**|**



### PLIEGO DE CONDICIONES

**INVITACION PUBLICA**

### PT-IP-01-2023

**PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“SERVICIOS DE HOSPITALIZACION Y EMERGENCIA POR EVENTO CIUDAD DE POTOSI”** |

**Potosí, enero de 2023**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **INVITACIÓN PÚBLICA PT-IP-01-2023-**  **PRIMERA CONVOCATORIA**  La Caja de Salud de la Banca Privada, Oficina Nacional invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **SERVICIOS DE HOSPITALIZACION Y EMERGENCIA POR EVENTO CIUDAD DE POTOSI** |
| Tipo de Convocatoria: Convocatoria Pública Nacional |
| Forma de adjudicación: por el total |
| Sistema de evaluación y adjudicación: menor costo |
| 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 HOSPITALIZACION Y EMERGENCIA POR EVENTO CIUDAD DE POTOSI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** | | | | |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN** |
| 1 | Invitación y publicación del Pliego de Condiciones | 31/01/2023 | 08:00 | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |
| 2 | Consultas Escritas | 03/02/2023 | Hasta  Hrs. 16:00 | Dirigidas a:  [walter.olivares@csbp.com.bo](mailto:walter.olivares@csbp.com.bo) |
| 3 | Reunión de Aclaración | 04/02/023 | Hrs. 10:00 | Vía Zoom, en la siguiente dirección:  Meeting ID: 762 9813 4469  Passcode: BY0Dg2 |
| 4 | Presentación de Ofertas. | 08/02/2023 | 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 |
| 5 | Apertura de Ofertas. | 08/02/2023 | Hasta:  Hrs. 16:15 | Se realizará vía Zoom, en la siguiente dirección:  Meeting ID: 780 4241 3836  Passcode: t1aKc7 |
| 6 | Resultado Del Proceso | 10/02/2023 | | 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 y/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:   Marco Antonio Zamudio Quispe **AGENTE REGIONAL POTOSI**  Álvaro Morales Cárdenas**. CONTADOR REGIONAL POTOSI**   * 1. Las autoridades de la CSBP que ocupan cargos ejecutivos son:   Joaquín López Bakovic **Gerente General**  Patricia Crespo Vidaurre **Gerente Administrativo Financiero**  Edgar Butron Ledezma  **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.**   **DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA ECONÓMICA PARA ADJUDICACIÓN**   * La propuesta económica debe ser presentada en el **Formulario N°4** Propuesta Económica, identificado en los Anexos de este documento, **en original.** |
| 1. **VALIDEZ DE LA PROPUESTA** | La propuesta deberá tener una validez no menor a sesenta (60) días calendario, desde la fecha fijada para la apertura de propuestas.  En circunstancias excepcionales por causas de fuerza mayor, caso fortuito o de reclamación, la CSBP podrá solicitar por escrito la extensión del período de validez de las propuestas, disponiendo un tiempo perentorio para la renovación de garantías, si éstas fueron solicitadas, para lo que se considerará lo siguiente:   1. El proponente que rehúse aceptar la solicitud, será excluido del proceso, no siendo sujeto de ejecución de la Garantía de Seriedad de Propuesta, si ésta hubiera solicitado. 2. Los proponentes que accedan a la prórroga, no podrán modificar su propuesta. |
| 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 FÍSICA:**  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: PT-IP-01-2023 “SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIA POR EVENTO CIUDAD DE POTOSÍ” – PRIMERA CONVOCATORIA**  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 ELECTRÓNICA:**  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:** **PT-IP-01-2023 “SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIA POR EVENTO CIUDAD DE POTOSÍ” – 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 y el monto de su propuesta económica. Se dará a conocer el precio de las propuestas económicas.  Se dará lectura a los documentos administrativos y técnicos.  Se levantará Acta circunstanciada de todas las actuaciones administrativas precedentemente mencionadas, incluidas las observaciones que pudieran existir, debiendo firmar digitalmente la misma todos los miembros de la Comisión de Calificación.  Si no se presenta ninguna propuesta, la Comisión de Calificación dará por concluido el acto. Posteriormente elaborará el informe respectivo, recomendando al Comité de Contrataciones declare desierta la convocatoria. |
| 1. **ERRORES NO SUBSANABLES** | Es aquel que incide en la propuesta presentada y es objeto de inhabilitación por la ausencia total o parcial de los siguientes documentos y formalidades:   1. Propuesta Técnica. 2. Propuesta Económica. 3. Si producto de la revisión aritmética, el monto total de la propuesta y el monto verificado por la comisión de calificación, tiene una diferencia mayor al 2%. En el caso de procesos de contratación por ítems o lotes, este 2% establecido es por ítem o lote. 4. Falta de firma del representante legal en las declaraciones juradas. |
| 1. **ERRORES SUBSANABLES** | 1. Cuando los requisitos, condiciones, documentos y formularios de la propuesta cumplan sustancialmente con lo solicitado en el presente PC; 2. Cuando los errores, sean accidentales, accesorios o de forma y que no inciden en la validez y legalidad de la propuesta presentada; 3. Cuando la propuesta no presente aquellas condiciones o requisitos que no estén claramente señalados en el presente PC.   Los criterios señalados precedentemente no son limitativos, pudiendo la Comisión de Calificación considerar otros criterios de subsanabilidad.  Cuando la propuesta contenga errores subsanables, éstos serán señalados en el Informe de Evaluación y Recomendación de Adjudicación o Declaratoria Desierta.  Estos criterios podrán aplicarse también en la etapa de verificación de documentos para la formalización de la contratación. |
| 1. **INHABILITACION DE LAS PROPUESTAS** | La Comisión de Calificación debe inhabilitar una propuesta si se presentaran una o más de las siguientes causales:   1. Si se evidencia que la empresa proponente está en proceso de disolución o con serios indicios de ser declarada en quiebra. 2. Si se evidencia la falsedad o inconsistencia en la documentación presentada. 3. Si se evidencia que la empresa proponente ha incurrido en prácticas fraudulentas y/o corruptas. 4. Si durante la evaluación de propuestas, después del plazo otorgado, el proponente no presenta la documentación faltante requerida. 5. Si se presenta una de las causales de incompatibilidad o impedimento para participar en los procesos de contratación, establecidas en el presente PC. 6. Cuando en un proceso de contratación se demuestre cualquier relacionamiento por parte de cualquier funcionario del proponente o potencial proponente hacia cualquier empleado de la CSBP que no sea en forma escrita. 7. Si se presenta una de las causales de Errores No Subsanables, establecidas. 8. Cuando la propuesta contenga textos entre líneas, borrones y tachaduras. 9. Si la propuesta no cumple con cualquiera de los requisitos establecidos en el PC. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE III**  **EVALUACIÓN DE OFERTAS** | |
| 1. **SISTEMA DE EVALUACION Y ADJUDICACION** | La calificación de propuestas, se efectuará utilizando el sistema de evaluación y adjudicación: **Menor costo.**  Inicialmente se evaluarán los documentos administrativos presentados por todos los proponentes, aplicando el método CUMPLE/ NO CUMPLE.  Si el proponente hubiese omitido la presentación de algún documento administrativo que sea considerado error subsanable, solicitará al proponente el mencionado documento para que presente en el plazo de tres (3) días hábiles.  Recibido el documento en el plazo establecido, la Comisión de Calificación continuará con la evaluación correspondiente.  Si transcurridos el tercer día hábil el proponente no envía la documentación solicitada, la Comisión de Calificación procederá a inhabilitar la propuesta.  Las propuestas que hayan cumplido con todos los requisitos exigidos para la documentación administrativa serán sometidas a:   1. Evaluación de las Especificaciones Técnicas 2. Evaluación de la propuesta económica   Para la evaluación de la propuesta técnica, se verificarán las propuestas mediante el método cumple/no cumple, al ser requisitos indispensables para el proceso de selección para pasar a la siguiente etapa los proponentes deberán cumplir con todos los puntos de este requerimiento. Si en algún caso no existiera ninguna oferta que cumpla con todos los puntos de la propuesta técnica, la comisión de calificación podrá flexibilizar y/o tomar en cuenta todas las propuestas entregadas y/o otorgar un plazo a los proponentes para subsanar los errores de las propuestas.  Una vez, con todas las propuestas técnicas seleccionadas se procederá a la evaluación de la propuesta económica; siendo que la propuesta menor, ósea la más adecuada para la CSBP será adjudicada con este proceso. |
| 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 tres (3) 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 CALIFICACIÓN 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. **GARANTIA O POLIZA A PRIMER REQUERIMIENTO DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO** | ***Tiene por objeto garantizar el cumplimiento y conclusión del contrato y será equivalente al 7% (Siete por ciento) del total del mismo***. Por tratarse de un contrato por evento, el monto será retenido proporcionalmente (7%) de cada pago efectuado al proveedor; monto que será devuelto una vez concluido el contrato. De existir una ampliación de vigencia del servicio, se iniciará un nuevo proceso de retenciones por garantía de cumplimiento de contrato en la misma proporción, misma que será devuelta al concluir la relación contractual.  La CSBP ejecutará esta garantía por incumplimiento de las cláusulas específicamente pactadas en el contrato. |
| 1. **PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS** | El proponente adjudicado en un plazo máximo de tres (3) 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 dos (2) 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**  **CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIAS POR EVENTO PARA LA CSBP EN LA CIUDAD DE POTOSI** | |
| **27.1 ANTECEDENTES**  La Caja de Salud de la Banca Privada, requiere contratar Servicios de Hospitalización y Emergencias, que garanticen una atención de calidad y con calidez a su población afiliada, bajo la modalidad de compra de servicios ***por “evento”***, respaldado por la correspondiente nota fiscal (factura), emitida por el proveedor del servicio.  **27.2 EXPLICACIÓN DE COSTO POR EVENTO**  La propuesta económica debe incluir, el “Costo por Evento” en bolivianos, por cada uno de los servicios requeridos y descritos en el formulario N° 1 (Anexo). E 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.  La CSBP cancelará por el total de los servicios prestados en el mes facturado, considerando para cada servicio el costo por evento ofertado y plasmado en el contrato.  **27.3 SERVICIOS REQUERIDOS**  1. Gineco Obstetricia  2. Medicina interna  3. Neonatología  4. Pediatría  5. Cirugía  6. Unidad de Terapia intensiva UTI  7. Hospitalización  8. Emergencias  9. Atención del paciente COVID-19  **27.4 DURACIÓN DEL CONTRATO**  El Contrato de Servicio de Hospitalización y Emergencia tendrá una duración de 2 años calendario a partir de la firma del mismo, al primer año la CSBP realizará una evaluación del servicio y de no ser satisfactoria, se procederá a la cancelación del contrato.  El contrato se podrá ampliar por un período adicional de dos (2) años, siempre y cuando la evaluación de los servicios resulte satisfactoria.  **27.5 MODALIDAD DE CONTRATACIÓN**  Se firmará un contrato civil de Compra de Servicios por evento.  **27.6 PRESENTACIÓN DEL INFORME MENSUAL. –**  La presentación del informe, debe ser realizada hasta el vigésimo octavo 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.  **27.7 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 - cirugía * Hoja de costos por paciente - cirugía * 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.   **27.8 RESPALDOS:** Cada hoja de costos por paciente debe tener como respaldo, el EXPEDIENTE CLÍNICO registrado en el SAMI y/o fotocopia legalizada de dicho expediente, impreso, firmado y sellado por los profesionales involucrados en el proceso: Historia HOSPITAL-CLINICA(en SAMI), recetas médicas, órdenes de Gabinete, actividades de Enfermería (en SAMI) (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-CLÍNICA del MEDICO TRATANTE.  **27.9 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.  **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS POR LA CSBP**  El Centro Hospitalario deberá contar mínimamente con Médicos de Guardia (las 24 horas del día, los 65 días del año), Auxiliares de Enfermería, Licenciadas de Enfermería, Personal capacitado en Neonatología y todo el personal adicional requerido para una atención apropiada 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.   * Sobre el uso de medicamentos e insumos médicos, ***la CSBP dispensará todos los medicamentos prescritos*** por los médicos tratantes que manejan al paciente hospitalizado y/o de emergencias. Para tal efecto, el proveedor del servicio deberá proporcionar a la CSBP un ***espacio físico en la clínica/hospital para instalar el botiquín*** necesario, mismo que será administrado por y bajo la responsabilidad del proveedor del servicio. * Personal Médico, de Enfermería altamente capacitados en los servicios que brinda. * El personal de apoyo dependiente del Centro Hospitalario debe estar plenamente acreditado en cuanto a formación v experiencia para el cargo asignado. La CSBP podrá solicitar para verificación Files de personal. * **DINÁMICA DE ATENCIÓN PRIMARIA, EMERGENCIAS Y ESPECIALIDAD**   La atención de consulta por emergencia es de entera responsabilidad del Médico de Guardia, cuando la complejidad del caso sea mayor y rebase la capacidad del médico de guardia, bajo criterios clínicos de diagnóstico, deberá llamar al especialista que corresponda, Médico Internista en el área HOSPITAL-CLÍNICA de adultos, Pediatría en niños, Ginecología- obstetricia cuando corresponda y Cirugía General y traumatología en caso de pacientes del área quirúrgica y otras especialidades que se puedan requerir.   * El personal médico y de enfermería asumen plenamente la responsabilidad legal por el acto médico y de procedimientos de enfermería según reglamentación nacional y el ejercicio medico profesional, por lo cual son responsables del tratamiento iniciado, prescripción y administración de medicamentos, por lo que deben regirse a los protocolos de actuación médica y protocolos de enfermería a fin de preservar el adecuado desarrollo de la actividad asistencial. * **Médicos de Guardia**   Serán contratados por el Centro Hospitalario para la atención de consultas de emergencias y atención de pacientes internados, con turnos de 24 horas del día, los 365 días del año. Los Médicos de Guardia deberán registrar las atenciones en el sistema SAMI instalado en el hospital o clínica seleccionada, para lo cual serán capacitados en el manejo del sistema informático SAMI por personal de la CSBP.   * **Personal de enfermería, piso y servicios especiales.**   Las Enfermeras, deberán colaborar con las funciones destinadas a un buen manejo del paciente, así como del expediente clínico físico e informático, por lo tanto, debe verificar el llenado correcto de notas de enfermería, procedimientos, administración de medicamentos, firmas y sellos del personal médico, así como la conciliación diaria de medicamentos, insumos y materiales de curación proporcionados por la CSBP y por el Centro Hospitalario, etc.   * **Médicos especialistas de la CSBP**   La CSBP asistirá a su población protegida, con su plantel médico en todas las especialidades y subespecialidades, (personal médico de planta y bajo prestación de servicios por evento). Estos serán convocados por los Médicos de Guardia del Centro Hospitalario, mediante llamada telefónica a su celular respetando las líneas de transferencia médica por especialidades.  Sólo en casos excepcionales y cuando los médicos de la CSBP no puedan asistir, o la CSBP no contará con el especialista requerido, la CLÍNICA/HOSPITAL contratado proveerá estos especialistas.   * **Entrega de documentación**   + - Primeramente, toda la documentación debe estar debidamente registrada en el expediente clínico tanto en el SAMI como en los Formatos del HOSPITAL/CLÍNICA.   + - Para el cobro mensual se debe preparar para cada paciente atendido una carpeta conteniendo la Historia clínica, que deben ser revisadas, ordenadas y completadas de acuerdo al formato de presentación del informe mensual de la CSBP, estando los documentos completos con firmas y sellos del personal médico y de enfermería, en un plazo máximo de 48 horas a partir del alta del paciente. Con cada carpeta se prepara el informe mensual de cobro según formato descrito en el punto 33. * **Supervisión por parte de la CSBP**   El servicio del Centro Hospitalario, estará bajo supervisión y coordinación de la Comisión – Contraparte del Servicio, misma que está compuesta de la siguiente manera:   * + Jefe Médico Regional   + Farmacéutica Regional   + Coordinador de enfermería (HOSPITAL/CLÍNICA)   + Trabajadora Social   + Técnico de Informática   El proveedor del servicio debe nombrar un responsable de atender todas las Observaciones y problemas que puedan suscitarse para coordinar con supervisor de la CSBP.   * **Ubicación del centro hospitalario**   El Centro Hospitalario, preferentemente debe estar ubicado en el área urbana de la ciudad de Potosí.   * **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 institución les proporcionará la conexión VPN y configuración remota para el manejo del sistema medico integrado SAMI, para ello el HOSPITAL/CLÍNICA proponente deberá tener conexión a internet CORPORATIVO con un mínimo de 20MBPS.  Además, debe contar CON TRES (3) 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: 1) Un equipo de computación en Cirugía. 2) Un equipo de computación en Maternidad. 3) Un equipo de computación en Medicina Interna  La cancelación se realizará solamente si toda la información correspondiente al expediente clínico, está en el 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.   * **Nutricionista del proponente adjudicado.**   El centro adjudicado, deberá contar con un profesional nutricionista, que supervise el servicio de alimentación de los asegurados hospitalizados, a fin de garantizar el cumplimiento de las instrucciones médicas.   * **Otros servicios requeridos.** * Atención de urgencias y emergencias de pacientes, hospitalización, servicios quirúrgicos exámenes complementarios. * Salas de internación. con camas y equipo sufriente para hospitalización. * Área quirúrgica con un mínimo de dos quirófanos, disponible para cirugías programadas y de emergencia * Servicio de neonatología, equipada con lo mínimo para una atención adecuada al recién nacido. * Servicio de farmacia, con medicamentos contenidos en la LINAME   **INFRAESTRUCTURA**  **EMERGENCIA**   * Consultorio de Emergencias con disponibilidad de al menos 1 camilla * Sala de observación con al menos 1 camilla, implementos básicos y equipo adecuado para atención de emergencias * Ambiente para colocado de sueros inyectables y otros procedimientos médicos con implementos adecuados * Salas de internación individuales o compartidos con baño privado * Presencia de dos salas de quirófano con sistema de aspiración provisión de O2 (central y portátil), sistema de aire acondicionado y calefacción. * Área de descanso/vestuarios médicos * Área de lavado de manos * Central de esterilización * Sistema de desinfección de alto nivel en ambientes pisos y equipos * Sala de Partos * Área de Recepción del Recién Nacido * Estación de enfermería por piso para un trabajo de calidad. * Rayos X para emergencias * Ecografía para emergencias   **ÁREA DE FARMACIA**   * Central de informaciones. * Salas de espera * Áreas auxiliares para limpieza * Espacio físico para Botiquín Institucional de la CSBP   **TERAPIA INTENSIVA ADULTOS**   * Sala de terapias intensiva * Accesos para pacientes * Presencia de ascensor y rampla para traslado de pacientes   **SERVICIOS HOSPITALARIOS**  **EMERGENCIA**   * Equipos médicos suficientes para realizar cirugía convencional * Instrumental suficiente y de calidad para realizar correctamente las cirugías. * instrumental con desinfección y esterilización   **ÁREA QUIRÚRGICA**   * sala de recuperación con todas las condiciones técnicas necesarias. * Área de lavado manos * Sala de esterilización adecuadamente equipada y manejado en base a protocolo os establecidos, * Sala de partos equipado de tal manera que no le falte nada para realizar un trabajo correcto. * Atención del recién nacido equipado de tal manera que no le falte nada para realizar un traba-o correcto. * Estación de enfermería equipada de tal manera que no le falte nada para realizar un trabajo correcto. * Mobiliario suficiente para realizar un adecuado trabajo * Equipamiento suficiente y de calidad para cada una de las salas de internación. * Estudios auxiliares (radiografía y rafia) para quirófano   **ÁREA INTERNACIÓN**   * Salas de internación individuales sao compartidas con acceso a comunicación áreas con normas de bioseguridad   **SERVICIOS GENERALES**   * Servicios y sistemas necesarios para el funcionamiento del Centro Hospitalario * Sistema de comunicación telefónica que permita a los asegurados comunicar oportunamente las emergencias * Sistema de Timbres que permita al asegurado recibir atención oportuna * Servicio de Fax para comunicación inmediata. (deseable) * Red interna informática con cuatro puntos disponibles para emergencias y hospitalización. * Registro en el SAMI, Toda la información de emergencias y hospitalización deber registrada en el SAMI tanto por médicos y enfermeras de la institución contratada como por médicos extremos de la CSBP. * Servicio de Limpieza que permita realizar un trabajo de calidad. * Sistema de vigilancia y Control de infecciones intrahospitalarias funcionando de acuerdo a las normas nacionales. * Provisión de Material de Curación suficiente, en todos los servicios utilizados por la CSBP a costo de la Clínica. * Se tiene laboratorio contratado por la CSBP, por tanto, se requiere disponibilidad del ofertante, para permitir ingreso a nuestro laboratorio. * Servicios auxiliares de diagnóstico de Rayos X y Ecografía como mínimo, para atención de pacientes internados. * Servicio de alimentación y nutrición que reúna las condiciones de cantidad y calidad adecuadas. * Servicio de Limpieza (de la clínica o terciarizada * Servicio de Alimentación y Nutrición de la clínica o terciarizada * Instalación del SAMI, con gasto de internet a cuenta de la clínica contratada, más equipo de computación. Capacitación asesoramiento técnico, a cargo de la CSBP. * Rango de los puntos asignados por la empresa que proveerá el servicio de Internet. * Toda la información concerniente a las prestaciones médicas (consultas, Diagnóstico, tratamiento, internación, evolución. acto pre quirúrgico y quirúrgico. epicrisis) debe estar incorporada en el SAMI * Sistema informático de Información   **OTRAS CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS**   * Curaciones: Realizadas por Médico de Guardia o Enfermeras, sólo a pacientes de consulta por emergencia. A pacientes internados no se cobra. * Fisioterapia (sólo casos autorizados expresamente y bajo circunstancias especiales), La CSBP contrata este servicio por separado para pacientes ambulatorios y también para atención de internados\_ * Otras consideraciones en cuanto a costos, se definirá con precisión al inicio del contrato. |

**ANEXOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE VI**  **FORMULARIOS Y DOCUMENTOS PARA LA PRESENTACIÓN DE OFERTA** | |
| **FORMULARIO N°1** | CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA Y DECLARACION JURADA PARA EMPRESAS O ASOCIACIONES ACCIDENTALES |
| **FORMULARIO N°2** | IDENTIFICACION DEL PROPONENTE  IDENTIFICACION DEL PROPONENTE “ASOCIACIONES ACCIDENTALES” |
| **FORMULARIO N°3** | PROPUESTA DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS |
| **FORMULARIO N°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.: Invitación Pública PO-IP-01-23**

**SERVICIOS DE HOSPITALIZACION Y EMERGENCIA POR EVENTO CIUDAD DE POTOSI**

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

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

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

\*Para Sociedad Anónima y de Responsabilidad Limitada:

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

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

c) Matrícula de Inscripción en SEPREC, vigente.

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 Registrado en SEPREC, que faculte al representante legal a presentar propuestas y suscribir contratos, cuando el representante legal sea diferente al propietario.

b) Matrícula de Inscripción en SEPREC, vigente.

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**

Los proponentes deberán llenar solamente la columna “Propuesta” de acuerdo a los requisitos solicitados. Asimismo, deberán adjuntar la documentación respaldatoria que corresponda y firmar al pie del formulario.

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL SERVICIO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS**  **CSBP** | **PROPUESTA** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** |
| **Si** | **No** |
| 1 | El Centro Hospitalario deberá contar mínimamente con Médicos de Guardia (las 24 horas del día, los 65 días del año), Auxiliares de Enfermería, Licenciadas de Enfermería, Personal capacitado en Neonatología y todo el personal adicional requerido para una atención apropiada 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. |  |  |  |  |
| 2 | Sobre el uso de medicamentos e insumos médicos, la CSBP dispensará todos los medicamentos prescritos por los médicos tratantes que manejan al paciente hospitalizado y/o de emergencias.  Para tal efecto el proveedor del servicio deberá proporcionar a la CSBP un espacio físico en la clínica/hospital para instalar el botiquín necesario, mismo que será administrado por y bajo la responsabilidad del proveedor del servicio. |  |  |  |  |
| 3 | Personal Médico, de Enfermería altamente capacitados en los servicios que brinda |  |  |  |  |
| 4 | El personal de apoyo dependiente del Centro Hospitalario debe estar plenamente acreditado en cuanto a formación v experiencia para el cargo asignado. La CSBP podrá solicitar para verificación Files de personal. |  |  |  |  |
| 5 | **DINÁMICA DE ATENCIÓN PRIMARIA, EMERGENCIAS Y ESPECIALIDAD**  La atención de consulta por emergencia es de entera responsabilidad del Médico de Guardia, cuando la complejidad del caso sea mayor y rebase la capacidad del médico de guardia, bajo criterios clínicos de diagnóstico, deberá llamar al especialista que corresponda, Médico Internista en el área HOSPITAL-CLÍNICA de adultos, Pediatría en niños, Ginecología- obstetricia cuando corresponda y Cirugía General y traumatología en caso de pacientes del área quirúrgica y otras especialidades que se puedan requerir. |  |  |  |  |
| 6 | El personal médico y de enfermería asumen plenamente la responsabilidad legal por el acto médico y de procedimientos de enfermería según reglamentación nacional y el ejercicio medico profesional, por lo cual son responsables del tratamiento iniciado, prescripción y administración de medicamentos, por lo que deben regirse a los protocolos de actuación médica y protocolos de enfermería a fin de preservar el adecuado desarrollo de la actividad asistencial. |  |  |  |  |
| 7 | **Médicos de Guardia**  Serán contratados por el Centro Hospitalario para la atención de consultas de emergencias y atención de pacientes internados, con turnos de 24 horas del día, los 365 días del año. Los Médicos de Guardia deberán registrar las atenciones en el sistema SAMI instalado en el hospital o clínica seleccionada, para lo cual serán capacitados en el manejo del sistema informático SAMI por personal de la CSBP. |  |  |  |  |
| 8 | **Personal de enfermería, piso y servicios especiales.**  Las Enfermeras, deberán colaborar con las funciones destinadas a un buen manejo del paciente, así como del expediente clínico físico e informático, por lo tanto, debe verificar el llenado correcto de notas de enfermería, procedimientos, administración de medicamentos, firmas y sellos del personal médico, así como la conciliación diaria de medicamentos, insumos y materiales de curación proporcionados por la CSBP y por el Centro Hospitalario, etc. |  |  |  |  |
| 9 | **Médicos especialistas de la CSBP**  La CSBP asistirá a su población protegida, con su plantel médico en todas las especialidades y subespecialidades, (personal médico de planta y bajo prestación de servicios por evento). Estos serán convocados por los Médicos de Guardia del Centro Hospitalario, mediante llamada telefónica a su celular respetando las líneas de transferencia médica por especialidades.  Sólo en casos excepcionales y cuando los médicos de la CSBP no puedan asistir, o la CSBP no contará con el especialista requerido, la CLÍNICA/HOSPITAL contratado proveerá estos especialistas. |  |  |  |  |
| 10 | **Entrega de documentación**  • Primeramente, toda la documentación debe estar debidamente registrada en el expediente clínico tanto en el SAMI como en los Formatos del HOSPITAL/CLÍNICA.  • Para el cobro mensual se debe preparar para cada paciente atendido una carpeta conteniendo la Historia clínica, que deben ser revisadas, ordenadas y completadas de acuerdo al formato de presentación del informe mensual de la CSBP, estando los documentos completos con firmas y sellos del personal médico y de enfermería, en un plazo máximo de 48 horas a partir del alta del paciente. Con cada carpeta se prepara el informe mensual de cobro según formato descrito en el punto 33. |  |  |  |  |
| 11 | **SUPERVISIÓN POR PARTE DE LA CSBP**  El servicio del Centro Hospitalario, estará bajo supervisión y coordinación de la Comisión – Contraparte del Servicio, misma que está compuesta de la siguiente manera:   * Jefe Médico Regional * Farmacéutica Regional * Coordinador de enfermería (HOSPITAL/CLÍNICA) * Trabajadora Social * Técnico de Informática   El proveedor del servicio debe nombrar un responsable de atender todas las Observaciones y problemas que puedan suscitarse para coordinar con supervisor de la CSBP. |  |  |  |  |
| 12 | **UBICACIÓN DEL CENTRO HOSPITALARIO**  El Centro Hospitalario, preferentemente debe estar ubicado en el área urbana de la ciudad de Potosí. |  |  |  |  |
| 13 | **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 institución les proporcionará la conexión VPN y configuración remota para el manejo del sistema medico integrado SAMI, para ello el HOSPITAL/CLÍNICA proponente deberá tener conexión a internet CORPORATIVO con un mínimo de 20MBPS.  Además, debe contar CON TRES (3) 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: 1) Un equipo de computación en Cirugía. 2) Un equipo de computación en Maternidad. 3) Un equipo de computación en Medicina Interna  La cancelación se realizará solamente si toda la información correspondiente al expediente clínico, está en el 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. |  |  |  |  |
| 14 | **NUTRICIONISTA DEL PROPONENTE ADJUDICADO.**  El centro adjudicado, deberá contar con un profesional nutricionista, que supervise el servicio de alimentación de los asegurados hospitalizados, a fin de garantizar el cumplimiento de las instrucciones médicas. |  |  |  |  |
| 15 | Atención de urgencias y emergencias de pacientes, hospitalización, servicios quirúrgicos exámenes complementarios. |  |  |  |  |
| 16 | Salas de internación. con camas y equipo sufriente para hospitalización. |  |  |  |  |
| 17 | Área quirúrgica con un mínimo de dos quirófanos, disponible para cirugías programadas y de emergencia |  |  |  |  |
| 18 | Servicio de neonatología, equipada con lo mínimo para una atención adecuada al recién nacido. |  |  |  |  |
| 19 | Servicio de farmacia, con medicamentos contenidos en la LINAME |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS**  **CSBP** | **PROPUESTA** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** |
| **Si** | **No** |
| 1. **INFRAESTRUCTURA** | | | | | |
| **EMERGENCIAS** | | | | | |
| 1 | Consultorio de Emergencias con disponibilidad de al menos 1 camilla |  |  |  |  |
| 2 | Sala de observación con al menos 1 camilla, implementos básicos y equipo adecuado para atención de emergencias |  |  |  |  |
| 3 | Ambiente para colocado de sueros inyectables y otros procedimientos médicos con implementos adecuados |  |  |  |  |
| 4 | Salas de internación individuales o compartidos con baño privado |  |  |  |  |
| 5 | Presencia de dos salas de quirófano con sistema de aspiración provisión de O2 (central y portátil), sistema de aire acondicionado y calefacción. |  |  |  |  |
| 6 | Área de descanso/vestuarios médicos |  |  |  |  |
| 7 | Área de lavado de manos |  |  |  |  |
| 8 | Central de esterilización |  |  |  |  |
| 9 | Sistema de desinfección de alto nivel en ambientes pisos y equipos |  |  |  |  |
| 10 | Sala de Partos |  |  |  |  |
| 11 | Área de Recepción del Recién Nacido |  |  |  |  |
| 12 | Estación de enfermería por piso para un trabajo de calidad. |  |  |  |  |
| 13 | Rayos X para emergencias |  |  |  |  |
|  | Ecografía para emergencias |  |  |  |  |
| **AREA DE FARMACIA.** | | | | | |
|  | Central de informaciones. |  |  |  |  |
|  | Salas de espera |  |  |  |  |
|  | Áreas auxiliares para limpieza |  |  |  |  |
|  | Espacio físico para Botiquín Institucional de la CSBP |  |  |  |  |
| **TERAPIA INTENSIVA ADULTOS** | | | | | |
|  | Sala de terapias intensiva |  |  |  |  |
|  | Accesos para pacientes |  |  |  |  |
|  | Presencia de ascensor y rampla para traslado de pacientes |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS CSBP** | **PROPUESTA** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** |
| **Si** | **No** |
| 1. **SERVICIOS HOSPITALARIO** | | | | | |
| **EMERGENCIA** | | | | | |
| 1 | Equipos médicos suficientes para realizar cirugía convencional |  |  |  |  |
| 2 | Instrumental suficiente y de calidad para realizar correctamente las cirugías. |  |  |  |  |
| 3 | instrumental con desinfección y esterilización |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **ÁREA QUIRURGICA** | | | | | |
| 4 | sala de recuperación con todas las condiciones técnicas necesarias. |  |  |  |  |
| 5 | Área de lavado manos |  |  |  |  |
| 6 | Sala de esterilización adecuadamente equipada y manejado en base a protocolo os establecidos, |  |  |  |  |
| 7 | Sala de partos equipado de tal manera que no le falte nada para realizar un trabajo correcto. |  |  |  |  |
| 8 | Atención del recién nacido equipado de tal manera que no le falte nada para realizar un traba-o correcto. |  |  |  |  |
| 9 | Estación de enfermería equipada de tal manera que no le falte nada para realizar un trabajo correcto. |  |  |  |  |
| 10 | Mobiliario suficiente para realizar un adecuado trabajo |  |  |  |  |
| 11 | Equipamiento suficiente y de calidad para cada una de las salas de internación. |  |  |  |  |
| 12 | Estudios auxiliares (radiografía y rafia) para quirófano |  |  |  |  |
| **ÁREA DE INTERNACIÓN** | | | | | |
| 13 | Salas de internación individuales sao compartidas con acceso a comunicación áreas con normas de bioseguridad |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS CSBP** | **PROPUESTA** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** |
| **Si** | **No** |
| 1. **SERVICIOS GENERALES** | | | | | |
| 1 | Servicios y sistemas necesarios para el funcionamiento del Centro Hospitalario |  |  |  |  |
| 2 | Sistema de comunicación telefónica que permita a los asegurados comunicar oportunamente las emergencias |  |  |  |  |
| 3 | Sistema de Timbres que permita al asegurado recibir atención oportuna |  |  |  |  |
| 4 | Servicio de Fax para comunicación inmediata. (deseable) |  |  |  |  |
| 5 | Red interna informática con cuatro puntos disponibles para emergencias y hospitalización. |  |  |  |  |
| 6 | Registro en el SAMI, Toda la información de emergencias y hospitalización deber registrada en el SAMI tanto por médicos y enfermeras de la institución contratada como por médicos extremos de la CSBP. |  |  |  |  |
| 7 | Servicio de Limpieza que permita realizar un trabajo de calidad. |  |  |  |  |
| 8 | Sistema de vigilancia y Control de infecciones intrahospitalarias funcionando de acuerdo a las normas nacionales. |  |  |  |  |
| 9 | Provisión de Material de Curación suficiente, en todos los servicios utilizados or la CSBP a costo de la Clínica. |  |  |  |  |
| 10 | Se tiene laboratorio contratado por la CSBP, por tanto, se requiere disponibilidad del ofertante, para permitir ingreso a nuestro laboratorio. |  |  |  |  |
| 11 | Servicios auxiliares de diagnóstico de Rayos X y Ecografía como mínimo, para atención de pacientes internados. |  |  |  |  |
| 12 | Servicio de alimentación y nutrición que reúna las condiciones de cantidad y calidad adecuadas. |  |  |  |  |
| 13 | Servicio de Limpieza (de la clínica o terciarizada |  |  |  |  |
| 14 | Servicio de Alimentación y Nutrición de la clínica o terciarizada |  |  |  |  |
| 15 | Instalación del SAMI, con gasto de internet a cuenta de la clinica contratada, más equipo de computación. Capacitación asesoramiento técnico, a cargo de la CSBP.  Rango de los puntos asignados por la empresa que proveerá el servicio de Internet. |  |  |  |  |
| 16 | Toda la información concerniente a las prestaciones médicas (consultas, Diagnóstico, tratamiento, internación, evolución. acto pre quirúrgico y quirúrgico. epicrisis) debe estar incorporada en el SAMI  Sistema informático de Información |  |  |  |  |
| 1. **OTRAS CARACTERISTICAS SOLICITADAS** | | | | | |
| **N°** | **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS CSBP** | **PROPUESTA** | **CUMPLE** | | **OBSERVACIONES** |
| **Si** | **No** |
| 1 | Curaciones: Realizadas por Médico de Guardia o Enfermeras, sólo a pacientes de consulta por emergencia. A pacientes internados no se cobra. |  |  |  |  |
| 2 | Fisioterapia (sólo casos autorizados expresamente y bajo circunstancias especiales), La CSBP contrata este servicio por separado para pacientes ambulatorios y también para atención de internados\_ |  |  |  |  |
| 3 | Otras consideraciones en cuanto a costos, se definirá con precisión al inicio del contrato. |  |  |  |  |

NOTA: El control de presión arterial, toma de temperatura, inyectables y otros propios de enfermería en pacientes hospitalizados, no deben cobrarse por separado, es parte del servicio de enfermería y hotelería.

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

**Nombre completo del representante legal o propietario            Firma**

## 

**FORMULARIO N° 4**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

**IMPORTANTE:** Esta lista deberá ser entregada en formato digital editable (formato EXCEL/WORD) a los correos [walter.olivares@csbp.com.bo](mailto:walter.olivares@csbp.com.bo) o [alvaro.morales@csbp.com.bo](mailto:alvaro.morales@csbp.com.bo), además del impreso y/o documento PDF que se entregue con la propuesta, ***para efectos de evaluación será tomado en cuenta el documento impreso y/o PDF adjuntos a la propuesta.***

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **GRUPO: CONSULTA EXTERNA** | |  |  |
| **N°** | **DESCRIPCION** | **UNIDAD** | **MONTO Bs.** |
| 1 | ATENCION NOCTURNA DE EMERGENCIA ENTRE 19:00 A 7:00 | SERVICIO |  |
| 2 | CONSULTA COVID-19 | SERVICIO |  |
| 3 | CONSULTA DE EMERGENCIA | SERVICIO |  |
| 4 | CONSULTA MEDICINA GENERAL | SERVICIO |  |
| 5 | CONSULTA ODONTOLOGIA | SERVICIO |  |
| 6 | CONSULTA DE CARDIOLOGIA | SERVICIO |  |
| 7 | CONSULTA DE CIRUGIA GENERAL | SERVICIO |  |
| 8 | CONSULTA DE ENDOCRINO LOGIA | SERVICIO |  |
| 9 | CONSULTA DE FISIOTERAPIA | SERVICIO |  |
| 10 | CONSULTA DE GASTROENTEROLOGIA | SERVICIO |  |
| 11 | CONSULTA DE NUTRICION Y DIETOTERAPIA | SERVICIO |  |
| 12 | CONSULTA DE OFTALMOLOGIA | SERVICIO |  |
| 13 | CONSULTA DE PSICOLOGIA | SERVICIO |  |
| 14 | CONSULTA DE TRAUMATOLOGIA | SERVICIO |  |
| 15 | CONSULTA DERMATOLOGIA | SERVICIO |  |
| 16 | CONSULTA GINECOLOG IA | SERVICIO |  |
| 17 | CONSULTA MEDICINA INTERNA | SERVICIO |  |
| 18 | CONSULTA PEDIATR ICA | SERVICIO |  |
|  |  |  |  |
| **GRUPO: INTERNACIÓN** | |  |  |
| **N°** | **DESCRIPCION** | **UNIDAD** | **MONTO Bs.** |
| 1 | INTERNACIÓN INFECTOLOGÍA COVID | DÍAS |  |
| 2 | INTERNACIÓN MEDICINA INTERNA | DÍAS |  |
| 3 | INTERNACION CIRUGIA | DÍAS |  |
| 4 | INTERNACION MATERNIDAD | DÍAS |  |
| 5 | INTERNACION NEONATOS | DÍAS |  |
| 9 | INTERNACION PEDIATRIA | DÍAS |  |
|  | INTERNACION TERAPIA INTENSIVA NEONATOS | DÍAS |  |
| 6 | INTERNACION TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA | DIAS |  |
| 7 | INTERNACION TERAPIA INTENSIVA ADULTOS | DÍAS |  |
| 8 | INTERNACION TERAPIA INTENSIVA COVID | DÍAS |  |
|  |  |  |  |
| **GRUPO: QUIROFANO** | |  |  |
| **N°** | **DESCRIPCION** | **UNIDAD** | **MONTO Bs.** |
| 1 | CESAREA | SERVICIO |  |
| 2 | CIRUGIA LAPAROSCOPICA | SERVICIO |  |
| 3 | CIRUGIA MAYOR (Q-2 HORAS) | SERVICIO |  |
| 4 | CIRUGIA MAYOR TIPO 11 (2-4 HORAS) | SERVICIO |  |
| 5 | CIRUGIA MAYOR TIPO 111 (4 +HORAS) | SERVICIO |  |
| 6 | CIRUGIA MEDIANA | SERVICIO |  |
| 7 | CIRUGIA MENOR | SERVICIO |  |
| 8 | ESTUDIO - CISTOSCOPIA | SERVICIO |  |
| 9 | LEGRADO | SERVICIO |  |
| 10 | PARTO | SERVICIO |  |
| 11 | SALA DE CURACION | SERVICIO |  |
| 12 | SALA DE YESOS | SERVICIO |  |
| 13 | USO DE LAPAROSCOPIO | SERVICIO |  |
| 14 | USO DE LAPAROSCOPIO COVID | SERVICIO |  |
| 15 | USO DE VIDEO LARINGOSCOPIO | SERVICIO |  |
| 16 | CIRUGIA MAYOR (D-2 HORAS) - ANESTESISTA | SERVICIO |  |
| 17 | CIRUGIA MAYOR (D-2 HORAS) - AYUDANTE | SERVICIO |  |
| 18 | CIRUGIA MAYOR (Q-2 HORAS) - CIRCULANTE | SERVICIO |  |
| 19 | CIRUGIA MAYOR (Q-2 HORAS) - CIRUJANO | SERVICIO |  |
| 20 | CIRUGIA MAYOR (Q-2 HORAS) - INSTRUMENTISTA | SERVICIO |  |
| 21 | CIRUGIA MEDIANA- ANESTESISTA | SERVICIO |  |
| 22 | CIRUGIA MEDIANA - AYUDANTE | SERVICIO |  |
| 23 | CIRUGIA MEDIANA- CIRCULANTE | SERVICIO |  |
| 24 | CIRUGIA MEDIANA- CIRUJANO | SERVICIO |  |
| 25 | CIRUGIA MEDIANA-INSTRUMENTISTA | SERVICIO |  |
| 26 | CIRUGIA MENOR - ANESTESISTA | SERVICIO |  |
| 27 | CIRUGIA MENOR- AYUDANTE | SERVICIO |  |
| 28 | CIRUGIA MENOR - CIRCULANTE | SERVICIO |  |
| 29 | CIRUGIA MENOR- CIRUJANO | SERVICIO |  |
| 30 | CIRUGIA MENOR - INSTRUMENTISTA | SERVICIO |  |
| 31 | CESAREA- ANESTESISTA | SERVICIO |  |
| 32 | CESAREA- AYUDANTE | SERVICIO |  |
| 33 | CESAREA - CIRCULANTE | SERVICIO |  |
| 34 | CESAREA- INSTRUMENTISTA | SERVICIO |  |
| 35 | PARTO - CIRCULANTE | SERVICIO |  |
| 36 | PARTO- CIRUJANO | SERVICIO |  |
| 37 | PARTO - PEDIATRA | SERVICIO |  |
| 38 | LEGRADO - ANESTESISTA | SERVICIO |  |
| 39 | LEGRADO - CIRCULANTE | SERVICIO |  |
| 40 | LEGRADO - CIRUJANO | SERVICIO |  |
| 41 | SALA DE YESOS - ANESTESISTA | SERVICIO |  |
| 42 | SALA DE YESOS - CIRCULANTE | SERVICIO |  |
| 43 | SALA DE YESOS - CIRUJANO | SERVICIO |  |
| 44 | SALA DE CURACIONES- ANESTESISTA | SERVICIO |  |
| 45 | SALA DE CURACIONES - CIRCULANTE | SERVICIO |  |
| 46 | SALA DE CURACIONES- CIRUJANO | SERVICIO |  |
| 47 | CIRUGIA LAPAROSCOPICA - ANESTESISTA | SERVICIO |  |
| 48 | CIRUGIA LAPAROSCOPICA - AYUDANTE | SERVICIO |  |
| 49 | CIRUGIA LAPAROSCOPICA - CIRCULANTE | SERVICIO |  |
| 50 | CIRUGIA LAPAROSCOPICA- CIRUJANO | SERVICIO |  |
| 51 | CIRUGIA LAPAROSCOPICA - INSTRUMENTISTA | SERVICIO |  |
| 52 | CIRUGIA MAYOR TIPO 11 (2-4 HORAS)- ANESTESISTA | SERVICIO |  |
| 53 | CIRUGIA MAYOR TIPO 11 (2-4 HORAS)- AYUDANTE | SERVICIO |  |
| 54 | CIRUGIA MAYOR TIPO 11 (2-4 HORAS)- CIRCULANTE | SERVICIO |  |
| 55 | CIRUGIA MAYOR TIPO 11 (2-4 HORAS) - CIRUJANO | SERVICIO |  |
| 56 | CIRUGIA MAYOR TIPO 11 (2-4 HORAS) - INSTRUMENTISTA | SERVICIO |  |
| 57 | CIRUGIA MAYOR TIPO 111 (4 + HORAS) - ANESTESISTA | SERV ICIO |  |
| 58 | CIRUGIA MAYOR TIPO 111 (4 + HORAS) - AYUDANTE | SERV ICIO |  |
| 59 | CIRUGIA MAYOR TIPO 111 (4 +HORAS) - CIRCULANTE | SERVICIO |  |
| 60 | CIRUGIA MAYOR TIPO 111 (4 + HORAS) - CIRUJANO | SERV ICIO |  |
| 61 | CIRUGIA MAYOR TIPO 111 (4 + HORAS) - INSTRUMENTISTA | SERVICIO |  |
| 62 | ESTUDIO - CISTOSCOPIA- ANESTESISTA | SERVICIO |  |
| 63 | ESTUDIO- CISTOSCOPIA- CIRCULANTE | SERVICIO |  |
| 64 | ESTUDIO- CISTOSCOPIA- CIRUJANO | SERVICIO |  |
| 65 | APOSITOS | PIEZA |  |
| 66 | CLAMPS UMBILICAL | PIEZA |  |
| 67 | COMPRESAS DESECHABLES | PIEZA |  |
| 68 | GASAS | PIEZA |  |
|  |  |  |  |
| **GRUPO: ARCO EN 'C'** | |  |  |
| **N°** | **DESCRIPCION** | **UNIDAD** | **MONTO Bs.** |
| 1 | CIRUGIA GENERAL | SERVICIO |  |
| 2 | CIRUGIA GENERAL + IMPRESIÓN | SERVICIO |  |
|  |  |  |  |
| **GRUPO: OTROS SERVICIOS** | |  |  |
| **N°** | **DESCRIPCION** | **UNIDAD** | **MONTO Bs.** |
| 1 | AMBULANCIA COVID - CIUDAD | SERVICIO |  |
| 2 | AMBULANCIA POTOSI- BETANZOS | SERVICIO |  |
| 3 | AMBULANCIA POTOSI- BETANZOS COVID | SERVICIO |  |
| 4 | AMBULANCIA POTOSI- COCHABAMBA | SERVICIO |  |
| 5 | AMBULANCIA POTOSI- COCHABAMBA COVID | SERVICIO |  |
| 6 | AMBULANCIA POTOSI - LA PAZ | SERVICIO |  |
| 7 | AMBULANCIA POTOSI- LAPAZ COVID | SERVICIO |  |
| 8 | AMBULANCIA POTOSI- ORURO | SERVICIO |  |
| 9 | AMBULANCIA POTOSI- ORURO COVID | SERVICIO |  |
| 10 | AMBULANCIA POTOSI- PORCO COVID | SERVICIO |  |
| 11 | AMBULANCIA POTOSI- SUCRE | SERVICIO |  |
| 12 | AMBULANCIA POTOSI- SUCRE COVID | SERVICIO |  |
| 13 | AMBULANCIA POTOSI- TUPIZA | SERVICIO |  |
| 14 | AMBULANCIA POTOSI -TUPIZA COVID | SERVICIO |  |
| 15 | AMBULANCIA POTOSI- UYUNI | SERVICIO |  |
| 16 | AMBULANCIA POTOSI- UYUNI COVID | SERVICIO |  |
| 17 | AMBULANCIA RADIO URBANO | SERVICIO |  |
| 18 | AMBULANCIA RADIO URBANO COVID | SERVICIO |  |
| 19 | OXIGENO (INTERNACION) COVID | HORA |  |
| 20 | OXIGENO (INTERNACION) | HORA |  |
| 21 | USO DE SIVACO | HORA |  |
| 22 | ALMUERZO | SERVICIO |  |
| 23 | LUMINIOTERAPIA | DÍA |  |
| 24 | CONSULTA DE INTERNACION | SERVICIO |  |
| 25 | DESCARGO DE INSUMOS |  |  |
| 26 | DUPLICADO DE CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | SERVICIO |  |
| 27 | EXTENSION CERTIFICADO MEDICO COVID | SERVICIO |  |
| 28 | EXTENSION CERTIFICADO MEDICO POR REQUERIMIENTO FISCAL COVID | SERVICIO |  |
| 29 | GASTOS DE ADMINISTRACION |  |  |
| 30 | MONITOR | HORA |  |
| 31 | MONITOR (POR HORA) COVID | HORA |  |
| 32 | RESPIRADOR AUTOMATICO | HORA |  |
| 33 | RESPIRADOR AUTOMATICO (POR HORA) COVID | HORA |  |
| 34 | NEBULIZACION INTIMADA | SERVICIO |  |
| 35 | BILITRON | HORA |  |
| 36 | LAPAROSCOPIO | SERVICIO |  |
| 37 | PANTALLA DE LAPAROSCOPIO | SERVICIO |  |
| 38 | MATERIAL DE INFECTOLOGIA | SERVICIO |  |
| 39 | MATERIAL DE INFECTOLOGIA COVID-19 | SERVICIO |  |
| 40 | BIGOTERAS | SERVICIO |  |
| 41 | DRENES LAMINARES | SERVICIO |  |
| 42 | DRENES TUBULARES | SERVICIO |  |
| 43 | MANGUERA DE ASPIRACION | SERVICIO |  |
| 44 | MANGUERA DE OXIGENO | SERVICIO |  |
| 45 | MASCARAS DE OXIGENO | SERVICIO |  |
| 46 | PAQUETE CIRUGIA MAYOR | SERVICIO |  |
| 47 | PAQUETE CIRUGIA MEDIANA | SERVICIO |  |
| 48 | PAQUETE CIRUGIA MENOR | SERVICIO |  |
| 49 | TUBOS CORRUGADOS DE 10 A 20 CM | SERVICIO |  |
| 50 | TUBOS CORRUGADOS DE 30 A 40 CM | SERVICIO |  |
| 51 | TUBOS CORRUGADOS DE 50 A 60 CM | SERVICIO |  |
| 52 | TUBOS DE LAPAROSCOPIA | SERVICIO |  |
| 53 | UNIFICADORES DE OXIGENO | SERVICIO |  |
|  |  |  |  |
| **GRUPO: FISIOTERAPIA** | |  |  |
| **N°** | **DESCRIPCION** | **UNIDAD** | **MONTO Bs.** |
| 1 | CAMILLA DE TRACCION | SESION |  |
| 2 | EJERCICIOS | SESION |  |
| 3 | ELECTRO ESTIMULACIÓN +EJERCICIOS | SESION |  |
| 4 | ELECTROESTI MULACIÓN | SESION |  |
| 5 | ELECTROFORTALECIMIENTO | SESION |  |
| 6 | ELECTROFORTALECIMIENTO +EJERCICIOS | SESION |  |
| 7 | ELECTROTERAPIA | SESION |  |
| 8 | ESTIMULACIÓN TEMPRANA | SESION |  |
| 9 | INTERFERENCIALES | SESION |  |
| 10 | INTERFERENCIALES + EJERCICIOS | SESION |  |
| 11 | INTERFERENCIALES + MASAJE | SESION |  |
| 12 | INTERFERENCIALES +RAYOS INFRARROJOS | SESION |  |
| 13 | LASER | SESION |  |
| 14 | LASSER DE ALTA POTENCIA | SES ION |  |
| 15 | MAGNETOTERAPIA | SESION |  |
| 16 | MAGNETOTERAPIA + EJERCICIOS | SESION |  |
| 17 | MAGNETOTERAPIA + MASAJES | SESION |  |
| 18 | MASAJE | SESION |  |
| 19 | MASAJE+ EJERCICIOS | SESION |  |
| 20 | MECANOTERAPIA | SESION |  |
| 21 | ONDA CORTA | SESION |  |
| 22 | ONDA CORTA+ MASAJE | SESION |  |
| 23 | ONDAS DE CHOQUE | SESION |  |
| 24 | ORTESIS | SESION |  |
| 25 | OTROS PROCEDIMIENTOS | SESION |  |
| 26 | PARAFINA | SESION |  |
| 27 | PARAFINA+ EJERCICIOS | SESION |  |
| 28 | RAYOS INFRA ROJO | SESION |  |
| 29 | REHABILITACIÓN MOTORA | SESION |  |
| 30 | TENS | SESION |  |
| 31 | TENS +EJERCICIOS | SESION |  |
| 32 | TENS + MASAJE | SESION |  |
| 33 | TENS +RAYOS INFRARROJOS | SESION |  |
| 34 | TERAPIA RESPIRATORIA | SESION |  |
| 35 | TERAPIA RESPIRATORIA+ REHABILITACIÓN MOTORA | SESION |  |
| 36 | TRACCION | SESION |  |
| 37 | TRACCIÓN + EJERCICIOS | SESION |  |
| 38 | ULTRASONIDO | SESION |  |
| 39 | ULTRASONIDO+ LASER | SESION |  |
| 40 | ULTRASONIDO+ MAGNETOTERAPIA | SESION |  |
| 41 | ULTRASONIDO+ MASAJE | SESION |  |
|  |  |  |  |
| **GRUPO: ENFERMERIA** | |  |  |
| **N°** | **DESCRIPCION** | **UNIDAD** | **MONTO Bs.** |
| 1 | CURACION MAYOR | SERVICIO |  |
| 2 | CURACION MEDIANA | SERVICIO |  |
| 3 | CURACION MENOR | SERVICIO |  |
| 4 | EXTIRPACION CONDILOMAS | SERVICIO |  |
| 5 | RETIRO DE PUNTOS | SERVICIO |  |
| 6 | SUTURA 1-5 PUNTOS | SERVICIO |  |
| 7 | SUTURA 6-10 PUNTOS | SERVICIO |  |
| 8 | SUTURA DE 11-20 PUNTOS | SERVICIO |  |
| 9 | TAPONAMIENTO NASAL | SERVICIO |  |
| 10 | ONICECTOMIA PARCIAL | SERVICIO |  |
| 11 | ONICECTOMIA TOTAL | SERVICIO |  |
| 12 | ENEMA SERVICIO | SERVICIO |  |
| 13 | GLICEMIA CAPILAR | SERVICIO |  |
| 14 | INYECTABLE I.M. | SERVICIO |  |
| 15 | INYECTABLE I.V. | SERVICIO |  |
| 16 | INYECTABLE SUB CUTANEO | SERVICIO |  |
| 17 | SANGRIA SERVICIO | SERVICIO |  |
| 18 | VENOCLISIS SERVICIO | SERVICIO |  |
| 19 | NEBULIZACION SERVICIO | SERVICIO |  |
| 20 | OXIGENO (AMBULATORIO) | SERVICIO |  |
| 21 | CAJA CIRUGIA SERVICIO | SERVICIO |  |
| 22 | CAJA CIRUGIA SERVICIO | SERVICIO |  |
| 23 | CAJA CIRUGIA SERVICIO | SERVICIO |  |
| 24 | CAJA DE SERVICIO | SERVICIO |  |
| 25 | CAJA DE SERVICIO | SERVICIO |  |
| 26 | CAJA DE SERVICIO | SERVICIO |  |
| 27 | CICLO DE SERVICIO | SERVICIO |  |
|  |  |  |  |
| **GRUPO: ECOGRAFIA** | |  |  |
| **N°** | **DESCRIPCION** | **UNIDAD** | **MONTO Bs.** |
| 1 | ECOGRAFIA DE MAMAS | ESTUDIO |  |
| 2 | ECOGRAFIA GINECO OBSTETRICA | ESTUDIO |  |
| 3 | ECOGRAFIA GINECOLOGICA | ESTUDIO |  |
| 4 | ECOGRAFIA OBSTETRICA | ESTUDIO |  |
| 5 | ECOGRAFIA TRANSVAGINAL | ESTUDIO |  |
| 6 | ECOGRAFIA TRIDIMENSIONAL | ESTUDIO |  |
| 7 | ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR | ESTUDIO |  |
| 8 | ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL | ESTUDIO |  |
| 9 | ECOGRAFIA DE VIAS BILIARES | ESTUDIO |  |
| 10 | ECOGRAFIA ENDORECTAL | ESTUDIO |  |
| 11 | ECOGRAFIA RENAL | ESTUDIO |  |
| 12 | ECOGRAFIA TESTICULAR | ESTUDIO |  |
| 13 | ECOGRAFIA VESICAL | ESTUDIO |  |
| 14 | ECOGRAFIA VESICO PROSTATICA | ESTUDIO |  |
| 15 | ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS | ESTUDIO |  |
| 16 | ECOGRAFIA DE TIROIDES | ESTUDIO |  |
| 17 | ECOGRAFIA TORAXICA | ESTUDIO |  |
| 18 | ECOGRAFIA TRANSFONTANELAR | ESTUDIO |  |
|  |  |  |  |
| **GRUPO: ENDOSCOPIA** | |  |  |
| **N°** | **DESCRIPCION** | **UNIDAD** | **MONTO Bs.** |
| 1 | COLONOSCOPIA | ESTUDIO |  |
| 2 | ENDOSCOPIA | ESTUDIO |  |
| 3 | RECTOSCOPIA | ESTUDIO |  |
| 4 | VIDEO BRONCOSCOPIA | ESTUDIO |  |
| 5 | VIDEO ENDOSCOPIA DIGESTIVA | ESTUDIO |  |
| 6 | VIDEO END05COPIA DIGESTIVA CON BIOPSIA | ESTUDIO |  |
| 7 | VIDEO ESOFAGOSCOPIA | ESTUDIO |  |
| 8 | ENDOSCOPIA CON BIOPSIA | ESTUDIO |  |
|  |  |  |  |
| **GRUPO: ELECTROCARDIOGRAMA** | |  |  |
| **N°** | **DESCRIPCION** | **UNIDAD** | **MONTO Bs.** |
| 1 | ELECTROCARDIOGRAMA | ESTUDIO |  |
| 2 | ECOCARDIOGRAMA | ESTUDIO |  |
|  |  |  |  |
| **GRUPO: RADIOLOGIA** | |  |  |
| **N°** | **DESCRIPCION** | **UNIDAD** | **MONTO Bs.** |
| 1 | AMBAS MANOS PA | ESTUDIO |  |
| 2 | AMBOS HOMBROS | ESTUDIO |  |
| 3 | ANTEBRAZO AP.lAT. | ESTUDIO |  |
| 4 | ART.ACROMIO ClAVICUlAR | ESTUDIO |  |
| 5 | ART. CARPO METACARPIO | ESTUDIO |  |
| 6 | ART. ESTERNO ClAVICUlAR | ESTUDIO |  |
| 7 | BRAZO AP.lAT. | ESTUDIO |  |
| 8 | ClAVICUlA PA. | ESTUDIO |  |
| 9 | CODO AP. lAT. | ESTUDIO |  |
| 10 | CODO AXIAL | ESTUDIO |  |
| 11 | CODO CON ROTACION INT. Y ROTACION EXT. | ESTUDIO |  |
| 12 | DEDO PULGAR PA. lAT. | ESTUDIO |  |
| 13 | DEDOS DE lA MANO PA. lAT. OBL. | ESTUDIO |  |
| 14 | HOMBROAP. | ESTUDIO |  |
| 15 | HOMBRO EN VUELO DE PAJARO | ESTUDIO |  |
| 16 | HOMBRO lATO TRANS TORAXICA | ESTUDIO |  |
| 17 | HOMBRO lAT. O TRANS TORAXICA | ESTUDIO |  |
| 18 | HOMBRO VUELO DE PAJARO | ESTUDIO |  |
| 19 | MANO lAT. | ESTUDIO |  |
| 20 | MANO PA. OBL. | ESTUDIO |  |
| 21 | MUÑECA (CANAL PALMAR) | ESTUDIO |  |
| 22 | MUÑECA PA.LAT. | ESTUDIO |  |
| 23 | AMBAS RODILlAS AP.LAT | ESTUDIO |  |
| 24 | AMBOS FEMUR AP.LAT. | ESTUDIO |  |
| 25 | AMBOS TARSOS PLANTARES | ESTUDIO |  |
| 26 | AMBOS TOBILLOS | ESTUDIO |  |
| 27 | CADERAS AP. | ESTUDIO |  |
| 28 | CADERAS lAWSTEN O ANCAS DE RANA | ESTUDIO |  |
| 29 | CALCANEO AP.OPA. Y LAT. | ESTUDIO |  |
| 30 | CODO MUÑECA MANO AP.LAT C/U | ESTUDIO |  |
| 31 | COLANGIOGRAFIA POST. OPERATORIA | ESTUDIO |  |
| 32 | DEDOS DEL PIE AP. LAT. | ESTUDIO |  |
| 33 | FEMUR AP.LAT. | ESTUDIO |  |
| 34 | HOMBRO AP.U OTROS | ESTUDIO |  |
| 35 | OTRAS PROYECCIONES DE HUESOS | ESTUDIO |  |
| 36 | PELVIS AP. | ESTUDIO |  |
| 37 | PELVIS AXIAL.TANG O ART COXOFEMORAL | ESTUDIO |  |
| 38 | PELVIS LAT. | ESTUDIO |  |
| 39 | PIERNA AP.LAT. | ESTUDIO |  |
| 40 | PIES CON CARGA AP. LAT | ESTUDIO |  |
| 41 | RODILlA AP. LAT. | ESTUDIO |  |
| 42 | RODILlA CON CARGA | ESTUDIO |  |
| 43 | RODILlA DE BOSTEZO | ESTUDIO |  |
| 44 | RODILLA EN 30,60 Y 90GRADOS | ESTUDIO |  |
| 45 | RODILLA LAT.CON RAYO HORIZONTAL | ESTUDIO |  |
| 46 | RODILlA PA | ESTUDIO |  |
| 47 | RODILLA TOBILLO. PIEAP.LATC/U | ESTUDIO |  |
| 48 | RODILLAS EN BIPEDAESTACION | ESTUDIO |  |
| 49 | ROTULA AXIAL O | ESTUDIO |  |
| 50 | TARSO AP. ESTUDIO | ESTUDIO |  |
| 51 | TARSO PLANTAR AP. | ESTUDIO |  |
| 52 | TARSO PLANTAR LAT. | ESTUDIO |  |
| 53 | TEN DON DE AQUILES | ESTUDIO |  |
| 54 | TEST DE FARRELL | ESTUDIO |  |
| 55 | TOBILLO AP. LAT. | ESTUDIO |  |
| 56 | TOBILLO CON ROTACION INT.ROTACION EXT. | ESTUDIO |  |
| 57 | TOBILLOS EN BOSTEZO | ESTUDIO |  |
| 58 | ART. TEMPORO MAXILAR BOCA ABIERTA, BOCA CERRADA | ESTUDIO |  |
| 59 | CAVUM | ESTUDIO |  |
| 60 | CRANEO AP.LAT | ESTUDIO |  |
| 61 | CRANEO AXIAL | ESTUDIO |  |
| 62 | CRANEO TOWNW U OTRAS DE CRANEO | ESTUDIO |  |
| 63 | HIRTZ | ESTUDIO |  |
| 64 | HUESO FACIALES | ESTUDIO |  |
| 65 | HUESOS DE LA NARIZ | ESTUDIO |  |
| 66 | SENOS PARANASALES | ESTUDIO |  |
| 67 | SHULLER BILATERAL | ESTUDIO |  |
| 68 | SILLA TURCA | ESTUDIO |  |
| 69 | TOWNE | ESTUDIO |  |
| 70 | ESTERNON | ESTUDIO |  |
| 71 | TORAX AP. | ESTUDIO |  |
| 72 | TORAX EN QUILLA AP. LAT. | ESTUDIO |  |
| 73 | TORAX LAT | ESTUDIO |  |
| 74 | TORAX OBL. O HEMITORAX | ESTUDIO |  |
| 75 | TORAX OSEO O HEMITORAX | ESTUDIO |  |
| 76 | TORAX PA. | ESTUDIO |  |
| 77 | TORAX PA. AP- COVID | ESTUDIO |  |
| 78 | ART. DORSO LUMBAR | ESTUDIO |  |
| 79 | ART. DORSO LUMBAR AP. LAT | ESTUDIO |  |
| 80 | ART. LUMBO SACRA AP. | ESTUDIO |  |
| 81 | ART. LUMBO SACRA AXIAL | ESTUDIO |  |
| 82 | ATLAS AP. | ESTUDIO |  |
| 83 | ATLAS AXIAL | ESTUDIO |  |
| 84 | COL CERVICAL OBLICUAS DER. IZQ. | ESTUDIO |  |
| 85 | COL. CERV ICAL AP. | ESTUDIO |  |
| 86 | COL. CERVICAL AP.LAT. | ESTUDIO |  |
| 87 | COL CERV ICAL LATERAL DER. IZQ. | ESTUDIO |  |
| 88 | COL. DORSAL AP. LAT. | ESTUDIO |  |
| 89 | COL DORSAL LATERALES DER. IZQ. | ESTUDIO |  |
| 90 | COL DORSAL OBLICUAS DER. IZQ. | ESTUDIO |  |
| 91 | COL LUMBAR LATERALES DER. IZQ. | ESTUDIO |  |
| 92 | COL. LUMBAR OBLICUAS DER. IZQ. | ESTUDIO |  |
| 93 | COL SACRO COCCIX AP. LAT. | ESTUDIO |  |
| 94 | FERGUNSON | ESTUDIO |  |
| 95 | ABDOMEN LAT | ESTUDIO |  |
| 96 | ABDOMEN OBL. | ESTUDIO |  |
| 97 | ABDOMEN PA DE CUBITO | ESTUDIO |  |
| 98 | ABDOMEN PA SIMPLE DE PIE | ESTUDIO |  |
| 99 | CISTOGRAFIA DE RELLENO Y ESFUERZO | ESTUDIO |  |
| 100 | COLANGIOGRAFIA INTRAOPERATORIA | ESTUDIO |  |
| 101 | COLANGIOGRAFIA POSTOPERATORIA | ESTUDIO |  |
| 102 | COLON POR ENEMA | ESTUDIO |  |
| 103 | ESOFAGO | ESTUDIO |  |
| 104 | FISTULOGRAFIA | ESTUDIO |  |
| 105 | GAMAGRAFIA OSEA CORPORAL TOTAL | ESTUDIO |  |
| 106 | HISTEROSALPINGOGRAFIA | ESTUDIO |  |
| 107 | MIELOGRAFIA | ESTUDIO |  |
| 108 | PIELOGRAFIA | ESTUDIO |  |
| 109 | SERIE CARDIACA | ESTUDIO |  |
| 110 | TEST DE FARRELL | ESTUDIO |  |
| 111 | URETROCISTOGRAFIA RETROGRADA | ESTUDIO |  |
| 112 | URETROGRAFIA | ESTUDIO |  |
| 113 | URODINAMIA | ESTUDIO |  |
| 114 | UROGRAFIA DESCENDENTE | ESTUDIO |  |
| 115 | UROGRAMA EXCRETOR | SERVICIO |  |
|  |  |  |  |
| **GRUPO: MAMOGRAFIA** | |  |  |
| **N°** | **DESCRIPCION** | **UNIDAD** | **MONTO Bs.** |
| 316 | CRANEO CAUDAL (Ce} | ESTUDIO |  |
| 319 | CRANEO CAUDAL CON ROTACION LATERAL | ESTUDIO |  |
| 318 | CRANEO CAUDAL CON ROTACION MEDIAL | ESTUDIO |  |
| 320 | CRANEO CAUDAL EXAGERADA | ESTUDIO |  |
| 325 | LATERAL | ESTUDIO |  |
| 322 | LATERAL MEDIAL | ESTUDIO |  |
| 323 | LOCALIZADA PUNTUAL | ESTUDIO |  |
| 324 | MAGNIFICADA | ESTUD IO |  |
| 321 | MEDIO LATERAL | ESTUDIO |  |
| 317 | MEDIO LATERAL OBLICUA (MLO) | ESTUDIO |  |
| 326 | TECNICAS DE CASCADA | ESTUDIO |  |
| 327 | TECNICAS DE TUBO IMBERTIDO | ESTUDIO |  |
|  |  |  |  |
| **GRUPO: DENSITOMETRIA** | |  |  |
| **N°** | **DESCRIPCION** | **UNIDAD** | **MONTO Bs.** |
| 330 | ANTEBRAZOS | ESTUDIO |  |
| 331 | COL. LATERALE S | ESTUDIO |  |
| 328 | COLUMNA Y CADERAS | ESTUDIO |  |
| 329 | CUERPO ENTERO | ESTUDIO |  |
| 332 | ORTOPEDIA DE ARTICULACIONES | ESTUDIO |  |
| 336 | COL. LATERALES COMPLETAS | ESTUDIO |  |
| 333 | COLUMNA Y CADERAS | ESTUDIO |  |
| 334 | CUERPO ENTERO | ESTUDIO |  |
| 335 | MANOS | ESTUDIO |  |
| 337 | ANIMALES PEQUEÑOS | ESTUDIO |  |
|  |  |  |  |
| **GRUPO: PANORAMICO DENTAL** | |  |  |
| **N°** | **DESCRIPCION** | **UNIDAD** | **MONTO Bs.** |
| 330 | CEFALOMÉTRICAS | ESTUDIO |  |
| 331 | PANORÁMICO DENTAL | ESTUDIO |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **GRUPO: LABORATORIO** | |  |  |
| **N°** | **DESCRIPCION** | **UNIDAD** | **MONTO Bs.** |
| 1 | ACIDO FOLICO | ESTUDIO |  |
| 2 | AGREGACION PLAQUETARIA | ESTUDIO |  |
| 3 | ANTICOAGULANTE LUPICO | ESTUDIO |  |
| 4 | ANTICUERPOS ANTI-Rh | ESTUDIO |  |
| 5 | ANTICUERPOS ANTI-RH(D) | ESTUDIO |  |
| 6 | ANTITROMBINA 111 | ESTUDIO |  |
| 7 | APTT | ESTUDIO |  |
| 8 | CELULAS L.E. | ESTUDIO |  |
| 9 | COMPATIBILIDAD SANGUINEA | ESTUDIO |  |
| 10 | COOMBS DIRECTA | ESTUDIO |  |
| 11 | COOMBS INDIRECTA | ESTUDIO |  |
| 12 | CRIOAGLUTIN INAS | ESTUDIO |  |
| 13 | DIMERO D | ESTUDIO |  |
| 14 | DIMERO D LATEX | ESTUDIO |  |
| 15 | ERITROSEDIMENTACION | ESTUDIO |  |
| 16 | FERRITINA | ESTUDIO |  |
| 17 | FERRITINA (COVID) | ESTUDIO |  |
| 18 | FIBRINOGENO PLASMATICO | ESTUDIO |  |
| 19 | FOLATO ERITROCITARIO | ESTUDIO |  |
| 20 | FORMULA DIFERENCIAL | ESTUDIO |  |
| 21 | FROTIS PERIFERICO | ESTUDIO |  |
| 22 | GOTA GRUESA | ESTUDIO |  |
| 23 | GRUPO SANGUINIO | ESTUDIO |  |
| 24 | GRUPO SANGUINEO (AFILIACION) | ESTUDIO |  |
| 25 | HAPTOGLOBINA SERICA | ESTUDIO |  |
| 26 | HEMATOCRITO | ESTUDIO |  |
| 27 | HEMOGLOBINA | ESTUDIO |  |
| 28 | HEMOGRAMA COMPLETO | ESTUDIO |  |
| 29 | HEMOGRAMA COMPLETO (COVID) | ESTUDIO |  |
| 30 | HIERRO SERICO YTBIC | ESTUDIO |  |
| 31 | HOMOCISTEINA BASAL | ESTUDIO |  |
| 32 | INVESTIGACION DE PLASMODIUM | ESTUDIO |  |
| 33 | LEUCOGRAMA | ESTUDIO |  |
| 34 | PLASMINOGENO | ESTUDIO |  |
| 35 | PRE TRANSFUCIONALES | ESTUDIO |  |
| 36 | PRODUCTO DE DEGRADACION DE LA FIBRINA | ESTUDIO |  |
| 37 | PROTEINAC | ESTUDIO |  |
| 38 | PROTEINAS | ESTUDIO |  |
| 39 | RECUENTO DE EOSINOFILOS | ESTUDIO |  |
| 40 | RECUENTO DE EOSINOFILOS EN MOCO NASAL | ESTUDIO |  |
| 41 | RECUENTO DE PLAQUETAS | ESTUDIO |  |
| 42 | RECUENTO DE RETICULOSITOS | ESTUDIO |  |
| 43 | 1 SANGRIA | ESTUDIO |  |
| 44 | 1 SUB GRUPO Rh | ESTUDIO |  |
| 45 | TEST DE COOMBS (DIRECTO) | ESTUDIO |  |
| 46 | TEST DE COOMBS (INDIRECTO) | ESTUDIO |  |
| 47 | TEST DE COOMBS (INDIRECTO, POR AGLUTINACION) | ESTUDIO |  |
| 48 | TIEMPO DE COAGULACION | ESTUDIO |  |
| 49 | TIEMPO DE PROTROMBINA | ESTUDIO |  |
| 50 | TIEMPO DE TROMBINA | ESTUDIO |  |
| 51 | TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADO (T) | ESTUDIO |  |
| 52 | TIEMPO SANGRIA ESTUDIO | ESTUDIO |  |
| 53 | TOMA DE MUESTRA PARA PRUEBAS COVID-19 | ESTUDIO |  |
| 54 | TRANSFUSION SANGUINEA | ESTUDIO |  |
| 55 | VITAMINA 812 | ESTUDIO |  |
| 56 | 5-NUCLEOTIDASA ESTUDIO | ESTUDIO |  |
| 57 | ACETONA SERICA | ESTUDIO |  |
| 58 | ACETONA URINARIA | ESTUDIO |  |
| 59 | ACIDO CITRICO-CITRATO ORINA | ESTUDIO |  |
| 60 | ACIDO URICO | ESTUDIO |  |
| 61 | ACIDO VANIL-MANDELICO EN ORINA | ESTUDIO |  |
| 62 | ADENOSINA DESAMINASA (ADA) | ESTUDIO |  |
| 63 | ALANIN- AMINOTRASFERASAS (ALT-GPT) | ESTUDIO |  |
| 64 | ALBUMINA | ESTUDIO |  |
| 65 | ALDOLASA | ESTUDIO |  |
| 66 | ALFA 1ANTITRIPSINA | ESTUDIO |  |
| 67 | ALFA 2 MACROGLOBULINA | ESTUDIO |  |
| 68 | AMILASA | ESTUDIO |  |
| 69 | APOLIPOPROTEINA Al | ESTUDIO |  |
| 70 | APOLIPOPROTEINA B | ESTUDIO |  |
| 71 | BANDAS OUGOCLONALES | ESTUDIO |  |
| 72 | BENCEJONES | ESTUDIO |  |
| 73 | BETA 2 MICROGLOBULINA | ESTUDIO |  |
| 74 | BILIRUBINAS | ESTUDIO |  |
| 75 | BILIRUBINAS NEONATO | ESTUDIO |  |
| 76 | CALCIO ESTUDIO | ESTUDIO |  |
| 77 | CALCULO RENAL | ESTUDIO |  |
| 78 | CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA | ESTUDIO |  |
| 79 | CITRATO | ESTUDIO |  |
| 80 | CITRATO EN ORINA MATINAL | ESTUDIO |  |
| 81 | CLORO EN ORINA DE 24 HORAS | ESTUDIO |  |
| 82 | CLORO EN ORINA MATINAL | ESTUDIO |  |
| 83 | CLORO EN SUERO | ESTUDIO |  |
| 84 | COLESTEROL | ESTUDIO |  |
| 85 | COLINESTERASA | ESTUDIO |  |
| 86 | CPK | ESTUDIO |  |
| 87 | CPK-MB | ESTUDIO |  |
| 88 | CREATININA | ESTUDIO |  |
| 89 | CURVA DE POTASIO | ESTUDIO |  |
| 90 | CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA | ESTUDIO |  |
| 91 | DETERMINACION DE ACIDO LACTICO | ESTUDIO |  |
| 92 | DETERMINACION DE AMONIO | ESTUDIO |  |
| 93 | ELECTROLITOS | ESTUDIO |  |
| 94 | ELECTROLITOS EN ORINA DE 24 HORAS | ESTUDIO |  |
| 95 | ELECTROLITOS IRMA ESTUDIO | ESTUDIO |  |
| 96 | FOSFATA ACIDA TOTAL | ESTUDIO |  |
| 97 | FOSFATA ALCALINA | ESTUDIO |  |
| 98 | FOSFATASA ACIDA FRACCION PROSTATICA | ESTUDIO |  |
| 99 | FOSFORO | ESTUDIO |  |
| 100 | FRUCTOSA ORINA | ESTUDIO |  |
| 101 | FRUCTOSAMINA | ESTUDIO |  |
| 102 | GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA | ESTUDIO |  |
| 103 | GASES EN SANGRE | ESTUDIO |  |
| 104 | GASES Y ELECTROLITOS IRMA | ESTUDIO |  |
| 105 | GASTRINA | ESTUDIO |  |
| 106 | GLUCOSA | ESTUDIO |  |
| 107 | GLUCOSA NEONATO | ESTUDIO |  |
| 108 | GLUCOSA POST PANDRIAL | ESTUDIO |  |
| 109 | GLUCOSA STAT | ESTUDIO |  |
| 110 | GOT | ESTUDIO |  |
| 111 | HDL-COLESTEROL | ESTUDIO |  |
| 112 | HEMOGLOBINA GLICOSILADA A1C | ESTUDIO |  |
| 113 | INMUNO ELECTROFERESIS EN ORINA | ESTUDIO |  |
| 114 | INTOLERANCIA A LA LACTOSA | ESTUDIO |  |
| 115 | LACTATO DESHIDROGENASA | ESTUDIO |  |
| 116 | LACTATO DESHIDROGENA5A (COVID) | ESTUDIO |  |
| 117 | LIPASA | ESTUDIO |  |
| 118 | LITIO | ESTUDIO |  |
| 119 | MAGNESIO | ESTUDIO |  |
| 120 | METANEFRINA | ESTUDIO |  |
| 121 | MICROALBUMINURIA EN ORINA DE 24 HRS. | ESTUDIO |  |
| 122 | MIOGLOBINA | ESTUDIO |  |
| 123 | NORMETANEFRINA | ESTUDIO |  |
| 124 | NUS | ESTUDIO |  |
| 125 | OSMOLARIDAD EN SUERO | ESTUDIO |  |
| 126 | OSMOLARIDAD ORINA | ESTUDIO |  |
| 127 | OSTEOCALCINA | ESTUDIO |  |
| 128 | OXALATO EN ORINA DE 24 HRS. | ESTUDIO |  |
| 129 | POTASIO EN ORINA DE 24 HRS. | ESTUDIO |  |
| 130 | PROTEINAS TOTALES | ESTUDIO |  |
| 131 | PROTEINOGRAMA ELECTROFORESIS | ESTUDIO |  |
| 132 | TRANSAMINASA GOT | ESTUDIO |  |
| 133 | TRANSAMINASA GPT | ESTUDIO |  |
| 134 | TRIGLICERIDOS | ESTUDIO |  |
| 135 | TRIPSINA | ESTUDIO |  |
| 136 | TROPONINA 1 | ESTUDIO |  |
| 137 | UREA | ESTUDIO |  |
| 138 | VITAMINA D- (COLICALCIFEROL) | ESTUDIO |  |
| 139 | ACIDO URICO EN ORINA | ESTUDIO |  |
| 140 | CALCIO EN ORINA | ESTUDIO |  |
| 141 | CISTINURIA | ESTUDIO |  |
| 142 | CITRATO EN ORINA DE 24 HRS | ESTUDIO |  |
| 143 | CREATININA EN ORINA | ESTUDIO |  |
| 144 | DEPURACION DE CREATININA ENDOGENA | ESTUDIO |  |
| 145 | EGO | ESTUDIO |  |
| 146 | ESTUDIO FISICO QUIMICO LITIASIS RENAL | ESTUDIO |  |
| 147 | FOSFORO EN ORINA | ESTUDIO |  |
| 148 | MAGNESIO EN ORINA | ESTUDIO |  |
| 149 | METABOLITO EN ORINA | ESTUDIO |  |
| 150 | PROTEINURIA DE 24 HORAS | ESTUDIO |  |
| 151 | RECUENTO DE ADDIS | ESTUDIO |  |
| 152 | SEDIMENTO URINARIO | ESTUDIO |  |
| 153 | TEST DE EMBARAZO EN ORINA | ESTUDIO |  |
| 154 | UREA EN ORINA | ESTUDIO |  |
| 155 | ACIDO VALPROICO | ESTUDIO |  |
| 156 | ADENOVIRUS | ESTUDIO |  |
| 157 | AGLUTININAS CALIENTES | ESTUDIO |  |
| 158 | AMEBAS (EIA) | ESTUDIO |  |
| 159 | ANTI - PPD (EIA) | ESTUDIO |  |
| 160 | ANTI - SSA (RO} | ESTUDIO |  |
| 161 | ANTI- STAPHYLOCOCCUS | ESTUDIO |  |
| 162 | ANTI- TPHA | ESTUDIO |  |
| 163 | ANTI BETA 2 GUCOPROTEINA | ESTUDIO |  |
| 164 | ANTI CITOSOL HEPATICO (LC1) | ESTUDIO |  |
| 165 | ANTI DNA (ds) | ESTUDIO |  |
| 166 | ANTI ENDOMISIO | ESTUDIO |  |
| 167 | ANTI ESPERMATOZOIDES | ESTUDIO |  |
| 168 | ANTI FOSFOLIPIDOS | ESTUDIO |  |
| 169 | ANTI GUADINA (lgA) | ESTUDIO |  |
| 170 | ANTI HIALURONIDASA | ESTUDIO |  |
| 171 | ANTI HISTONAS | ESTUDIO |  |
| 172 | ANTI Jo-1 | ESTUDIO |  |
| 173 | ANTI LEISHMANIA | ESTUDIO |  |
| 174 | ANTI MIELINA | ESTUDIO |  |
| 175 | ANTI MITOCONDRIALES (AMA) | ESTUDIO |  |
| 176 | ANTI MUSCULO LISO AMA L | ESTUDIO |  |
| 177 | ANTI RNP/Sm | ESTUDIO |  |
| 178 | ANTI SCL-70 | ESTUDIO |  |
| 179 | ANTI SM | ESTUDIO |  |
| 180 | ANTI SS-B (La) | ESTUDIO |  |
| 181 | ANTI STREPTOCOCCUS DE GRUPO A | ESTUDIO |  |
| 182 | ANTICUERPO ANTI LEGIONELLA | ESTUDIO |  |
| 183 | ANTICUERPOS ANTI ASPERGILOSIS | ESTUDIO |  |
| 184 | ANTICUERPOS ANTI BLASTOMICOSIS | ESTUDIO |  |
| 185 | ANTICUERPOS ANTI BORRELIA BURGDORFERI | ESTUDIO |  |
| 186 | ANTICUERPOS ANTI ENDOMISIO | ESTUDIO |  |
| 187 | ANTICUERPOS ANTI ERITROIDE | ESTUDIO |  |
| 188 | ANTICUERPOS ANTI MICROSOMALES GAD | ESTUDIO |  |
| 189 | ANTICUERPOS ANTI PAROTIDITIS lgM lgG | ESTUDIO |  |
| 190 | ANTICUERPOS ANTICENTROMERO | ESTUDIO |  |
| 191 | ANTICUERPOS ANTI-NUCLEARES (ANA, CELULAS HEp- | ESTUDIO |  |
| 192 | ANTICUERPOS ANTI-PEPTIDO CICLICO DE LA CITRULIN. | ESTUDIO |  |
| 193 | ANTICUERPOS ANTIPLAQUETARIOS | ESTUDIO |  |
| 194 | ANTICUERPOS ANTIPLAQUETARIOS lgM | ESTUDIO |  |
| 195 | ANTICUERPOS ANTIRECEPTORES DE ACETÍLCOLINA | ESTUDIO |  |
| 196 | ANTICUERPOS COCCIDIOMICOSIS | ESTUDIO |  |
| 197 | ANTICUERPOS TOTALES CONTRA DIFTERIA | ESTUDIO |  |
| 198 | ANTIGEMIA HERPES 1Y 2 | ESTUDIO |  |
| 199 | ANTIGENEMIA PARA CITOMEGALOVIRUS | ESTUDIO |  |
| 200 | ANTIGENO HELYCOBACTER PYLORI. | ESTUDIO |  |
| 201 | ANTIGLIADINA | ESTUDIO |  |
| 202 | ANTITRANSGLU TAMI NASA | ESTUDIO |  |
| 203 | ANTITRASGLUTAMINASA lgG | ESTUDIO |  |
| 204 | BRUCELLA (AC. TOTALES) | ESTUDIO |  |
| 205 | BRUCELLA lgG | ESTUDIO |  |
| 206 | BRUCELLA lgM | ESTUDIO |  |
| 207 | C-ANCA | ESTUDIO |  |
| 208 | CARDIOLIPINA lgG | ESTUDIO |  |
| 209 | CARDIOLIPINA lgM-IgG | ESTUDIO |  |
| 210 | CARDIOLIPINAS lg M | ESTUDIO |  |
| 211 | CATALASA | ESTUDIO |  |
| 212 | CÉLULAS CD16 / | ESTUDIO |  |
| 213 | CHAGAS ELISA LP / | ESTUDIO |  |
| 214 | CHLAMIDIA - INMUNOFlUORECENCIA .:>1:0.:> | ESTUDIO |  |
| 215 | CHLAMIDIA EN SECRECION URETRAL v | ESTUDIO |  |
| 216 | CHLAMIDIA EN SECRECION VAGINAL / | ESTUDIO |  |
| 217 | CHLAMYDIA (LIQUIDO SEMINAL) / | ESTUDIO |  |
| 218 | CHLAMYDIA (SUERO) lgM- lgG / | ESTUDIO |  |
| 219 | CHLAMYDIA lgM 1971/ | ESTUDIO |  |
| 220 | CHLAMYDIA PNEUMONIAE | ESTUDIO |  |
| 221 | CHLAMYDIA TRACHOMATIS lg A 1 | ESTUDIO |  |
| 222 | CHLAMYDYA lgG ( | ESTUDIO |  |
| 223 | CISTICERCOCIS EN LCR 1 | ESTUDIO |  |
| 224 | CISTICERCOSIS LP | ESTUDIO |  |
| 225 | CISTINA | ESTUDIO |  |
| 226 | CITOMEGALOVIRUS | ESTUDIO |  |
| 227 | CITOMEGALOVIRUS EN ORINA / | ESTUDIO |  |
| 228 | CITOMEGALOVIRUS lgG / | ESTUDIO |  |
| 229 | CITOMEGALOVIRUS lgM / | ESTUDIO |  |
| 230 | CITOQUIMICO | ESTUDIO |  |
| 231 | COMPLEJOS INMUNES CIRCULANTES 1 | ESTUDIO |  |
| 232 | COMPLEMENTO C3 EN SUERO | ESTUDIO |  |
| 233 | COMPLEMENTO C4 EN SUERO | ESTUDIO |  |
| 234 | COMPLEMENTO CH50 EN SUERO | ESTUDIO |  |
| 235 | COMPLEMENTO HEMOLITICO TOTAL (CH50) | ESTUDIO |  |
| 236 | COMPLEMENTOS C3 - C4 EN SUERO | ESTUDIO |  |
| 237 | CRIOAGLUTININAS | ESTUDIO |  |
| 238 | CRIOGLOBUUNA | ESTUDIO |  |
| 239 | CRIPTOCOCOSIS | ESTUDIO |  |
| 240 | CRISTALIZACIÓN DE LIQUIDO AMNIÓTICO | ESTUDIO |  |
| 241 | DENGUE (EIA) | ESTUDIO |  |
| 242 | DETERMINACIO DE RIKETTSIA | ESTUDIO |  |
| 243 | E.I.A.TOXOPLASMOSIS lgG | ESTUDIO |  |
| 244 | E.I.A. TOXOPLASMOSIS lgM | ESTUDIO |  |
| 245 | ELECTROFORESIS DE PROTEINAS | ESTUDIO |  |
| 246 | ELISA CLOSTRIDIUM DIFFICILLE TOXINA ECES FECALES | ESTUDIO |  |
| 247 | ELISA COVID lgG | ESTUDIO |  |
| 248 | ELISA COVID lgM | ESTUDIO |  |
| 249 | ELISA FERRITINA | ESTUDIO |  |
| 250 | ELISA PARA BK | ESTUDIO |  |
|  |  |  |  |
| 251 | ELISA PARA CHAGAS | ESTUDIO |  |
| 252 | ELISA PARA CISTICERCOSIS | ESTUDIO |  |
| 253 | ELISA PARA TOXOPLASMOSIS lgG | ESTUDIO |  |
| 254 | ELISA PARA TOXOPLASMOSIS lgM | ESTUDIO |  |
| 255 | ENFERMEDAD DE CHAGAS | ESTUDIO |  |
| 256 | EPSTEIN BAAR lgG | ESTUDIO |  |
| 257 | EPSTEIN BAAR lgM | ESTUDIO |  |
| 258 | EPSTEIN BARR ( lgM - lgG ) | ESTUDIO |  |
| 259 | ESTREPTOLISINA CUANTIFICADO | ESTUDIO |  |
| 260 | ESTREPTOLISINA LATEX | ESTUDIO |  |
| 261 | S67 FACTOR REUMATOIDEO (RA LATEX)) | ESTUDIO |  |
| 262 | FACTOR REUMATOIDEO CUANTIFICADO | ESTUDIO |  |
| 263 | FACTOR REUMATOIDEO LATEX | ESTUDIO |  |
| 264 | FACTORES DE COMPLEMENTO C1q | ESTUDIO |  |
| 265 | FAGOCITOSIS | ESTUDIO |  |
| 266 | FTA SIFILIS | ESTUDIO |  |
| 267 | GIARDIA LAMBLIA (EIA) | ESTUDIO |  |
| 268 | GLUTATION PEROXIDASA(GPX) | ESTUDIO |  |
| 269 | HAI CHAGAS | ESTUDIO |  |
| 270 | HAI TOXOPLASMOSIS | ESTUDIO |  |
| 271 | HELYCOBACTER PYLORI (HECES) | ESTUDIO |  |
| 272 | HELYCOBACTER PYLORI (SUERO) | ESTUDIO |  |
| 273 | HELYCOBACTER PYLORIIg A | ESTUDIO |  |
| 274 | HELYCOBACTER PYLORIIgG | ESTUDIO |  |
| 275 | HELYCOBACTER PYLORI lgM | ESTUDIO |  |
| 276 | HEPATITIS D (DELTA-Ag.) | ESTUDIO |  |
| 277 | HEPATITIS A (HAVAB) | ESTUDIO |  |
| 278 | HEPATITIS B CORE (ANTI- HBC) | ESTUDIO |  |
| 279 | HEPATITIS B ENVOLTURA (Ag e VHB) | ESTUDIO |  |
| 280 | HEPATITIS B SUPERFICIE ( Ac s VHB) | ESTUDIO |  |
| 281 | HEPATITIS B SUPERFICIE (Ag s VHB) | ESTUDIO |  |
| 282 | HEPATITIS C (AG VHC) | ESTUDIO |  |
| 283 | HEPATITIS E | ESTUDIO |  |
| 284 | HERPES 1 | ESTUDIO |  |
| 285 | HERPES 1Y 2 (lgG - lgM) | ESTUDIO |  |
| 286 | HERPES 2 | ESTUDIO |  |
| 287 | HIDATIDOSIS ESTUDIO | ESTUDIO |  |
| 288 | HIDROXIPROLINA ORINA 24H. | ESTUDIO |  |
| 289 | HTLV-1 ESTUDIO | ESTUDIO |  |
| 290 | HTLV-11 ESTUDIO | ESTUDIO |  |
| 291 | HYSTOPLASMOSIS lgG | ESTUDIO |  |
| 292 | HYSTOPLASMOSIS lgM | ESTUDIO |  |
| 293 | IFI INFLUEZA | ESTUDIO |  |
| 294 | IGFl ESTUDIO | ESTUDIO |  |
| 295 | IGFB P3 (IBGP3) | ESTUDIO |  |
| 296 | INHIBIDOR ESTEARASA C1 | ESTUDIO |  |
| 297 | INMUNOFLUORESCENCIA CHAGAS | ESTUDIO |  |
| 298 | INMUNOGLOBULINA lgA | ESTUDIO |  |
| 299 | INMUNOGLOBULINA lgA LCR | ESTUDIO |  |
| 300 | INMUNOGLOBULINA lgA SECRETORIA | ESTUDIO |  |
| 301 | INMUNOGLOBULINA lgD | ESTUDIO |  |
|  |  |  |  |
| 302 | INMUNOGLOBULINA lgE | ESTUDIO |  |
| 303 | INMUNOGLOBULINA lgG | ESTUDIO |  |
| 304 | INMUNOGLOBUUNA lgG LCR | ESTUDIO |  |
| 305 | INMUNOGLOBULINA lgM | ESTUDIO |  |
| 306 | INMUNOGLOBULINAS lgM (LCR) | ESTUDIO |  |
| 307 | INMUNOGLOBULINAS LCR TOTAL | ESTUDIO |  |
| 308 | LEISMANIA ESTUDIO | ESTUDIO |  |
| 309 | LINFOCITOS B | ESTUDIO |  |
| 310 | LINFOCITOS B (CD-19) | ESTUDIO |  |
| 311 | LINFOCITOS CD4 - CD8 | ESTUDIO |  |
| 312 | LINFOCITOS T | ESTUDIO |  |
| 313 | LINFOCITOS T CITOTOXICOS / SUPRESORES (CD-8) | ESTUDIO |  |
| 314 | LINFOCITOS T HELPER | ESTUDIO |  |
| 315 | LINFOCITOS T MADUROS (CD-3) | ESTUDIO |  |
| 316 | LINFOCITOS T Y B E§TUDIO OUtl | ESTUDIO |  |
| 317 | LINFOCITOS TOTALES | ESTUDIO |  |
| 318 | LISTERIA ESTUDIO | ESTUDIO |  |
| 319 | MANTOUX ESTUDIO | ESTUDIO |  |
| 320 | MIELOPEROXIDASA ESTUDIO | ESTUDIO |  |
| 321 | MONOTEST ESTUDIO | ESTUDIO |  |
| 322 | MYCOPLASMA PNEUMONIAE | ESTUDIO |  |
| 323 | P-ANCA ESTUDIO | ESTUDIO |  |
| 324 | PARAINFLUENZA (EIA) | ESTUDIO |  |
| 325 | PARAMIXOVIRUS ESTUDIO | ESTUDIO |  |
| 326 | PAROTIDITIS lgM | ESTUDIO |  |
| 327 | PARVOVIRUS B 19 {lgM - lgG) | ESTUDIO |  |
| 328 | PCR COVID-19 EXTERNO | ESTUDIO |  |
| 329 | PCR ULTRASENSIBLE | ESTUDIO |  |
| 330 | PEPTIDO C | ESTUDIO |  |
| 331 | PEPTIDO S | ESTUDIO |  |
| 332 | PLASMODIUM SSP | ESTUDIO |  |
| 333 | PNEUMOCYSTIS CARINII | ESTUDIO |  |
| 334 | PROTEINA C REACTIVA CUANTIFICADO | ESTUDIO |  |
| 335 | PROTEINA C REACTIVA CUANTIFICADO (COVID) | ESTUDIO |  |
| 336 | PROTEINA C REACTIVA LATEX | ESTUDIO |  |
| 337 | PRUEBA DE EMBARAZO EN SUERO | ESTUDIO |  |
| 338 | PRUEBA DE HIPERSENSIBILIDAD | ESTUDIO |  |
| 339 | PRUEBA RAPIDA ANTIGENO COVID-19 | ESTUDIO |  |
| 340 | PRUEBA RAPIDA COVID-19 | ESTUDIO |  |
| 341 | REACCION DE HULDLESSON | ESTUDIO |  |
| 342 | REACCION DE SABIN FELDMAN | ESTUDIO |  |
| 343 | REACCION DE WAALHER- ROSE R.A | ESTUDIO |  |
| 344 | REACCION DE WIDAL | ESTUDIO |  |
| 345 | RPR ESTUDIO | ESTUDIO |  |
| 346 | RUBEOLA ESTUDIO | ESTUDIO |  |
| 347 | SARAMPION ESTUDIO | ESTUDIO |  |
| 348 | SEROLOGIA PARA HEPATITIS A . | ESTUDIO |  |
| 349 | SEROLOGIA PARA HEPATITIS B | ESTUDIO |  |
| 350 | SEROLOGIA PARA HEPATITIS C | ESTUDIO |  |
| 351 | SEROLOGIA PARA VIH | ESTUDIO |  |
| 352 | SIFILIS EIA | ESTUDIO |  |
|  |  |  |  |
| 353 | SIFILIS IC (INMUNOCROMATOGRAFIA PRUEBA RAPIDt | ESTUDIO |  |
| 354 | STREPTOZYME ESTUDIO | ESTUDIO |  |
| 355 | SUPEROXIDO DISMUTASA (SOD) | ESTUDIO |  |
| 356 | TOXOCARA CANIS | ESTUDIO |  |
| 357 | TOXOPLASMOSIS EN LCR | ESTUDIO |  |
| 358 | TUBERCULOSIS EN LCR | ESTUDIO |  |
| 359 | UREAPLASMA UREALYTICUM | ESTUDIO |  |
| 360 | VARICELA ZOSTER lgG | ESTUDIO |  |
| 361 | VARICELA ZOSTER lgM | ESTUDIO |  |
| 362 | VARICELA-ZOSTER ESTUDIO | ESTUDIO |  |
| 363 | VDRL ESTUDIO | ESTUDIO |  |
| 364 | VDRL DE LCR | ESTUDIO |  |
| 365 | VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (HIV) | ESTUDIO |  |
| 366 | VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO | ESTUDIO |  |
| 367 | VITAMINA D | ESTUDIO |  |
| 368 | VITAMINA E (1-2S(OH)2 D5) | ESTUDIO |  |
| 369 | ANTIBIOGRAMA | ESTUDIO |  |
| 370 | ANTIBIOGRAMA (ESPUTO} | ESTUDIO |  |
| 371 | ANTIBIOGRAMA (HECES FECALES} | ESTUDIO |  |
| 372 | ANTIBIOGRAMA (HEMOCULTIVO ADULTO) | ESTUDIO |  |
| 373 | ANTIBIOGRAMA (HEMOCULTIVO INFANTIL) | ESTUDIO |  |
| 374 | ANTIBIOGRAMA (HISOPEADO FARINGEO) | ESTUDIO |  |
| 375 | ANTIBIOGRAMA (ORINA) | ESTUDIO |  |
| 376 | ANTIBIOGRAMA (SECRECION VAGINAL) | ESTUDIO |  |
| 377 | ANTIBIOGRAMA 2º GERMEN | ESTUDIO |  |
| 378 | ANTIBIOGRAMA CAMPI | ESTUDIO |  |
| 379 | ANTIBIOGRAMA CCON | ESTUDIO |  |
| 380 | ANTIBIOGRAMA CSEC | ESTUDIO |  |
| 381 | ANTIBIOGRAMA CUPI | ESTUDIO |  |
| 382 | ANTIBIOGRAMA LOWESTEINJENSEN | ESTUDIO |  |
| 383 | BACILOSCOPIA DIRECTA | ESTUDIO |  |
| 384 | BACILOSCOPIA SERIADA | ESTUDIO |  |
| 385 | CHLAMYDIA TRACHOMATIS EXUDADO | ESTUDIO |  |
| 386 | CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOXINA HECES | ESTUDIO |  |
| 387 | CULTIVO | ESTUDIO |  |
| 388 | CULTIVO DE ESPUTO | ESTUDIO |  |
| 389 | CULTIVO DE HECES FECALES | ESTUDIO |  |
| 390 | CULTIVO DE HISOPEADO FARINGEO | ESTUDIO |  |
| 391 | CULTIVO DE ORINA | ESTUDIO |  |
| 392 | CULTIVO DE SECRECION VAGINAL | ESTUDIO |  |
| 393 | CULTIVO LOWENSTEIN | ESTUDIO |  |
| 394 | CULTIVO MICOLOGICO | ESTUDIO |  |
| 395 | CULTIVO PARA BK | ESTUDIO |  |
| 396 | CULTIVO PARA CAMPILOBACTERIAS | ESTUDIO |  |
| 397 | ESPERMIOGRAMA | ESTUDIO |  |
| 398 | EXAMEN EN CAMPO OBSCURO | ESTUDIO |  |
| 399 | EXAMEN LIQUIDO ASCITICO | ESTUDIO |  |
| 400 | EXAMEN LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO | ESTUDIO |  |
| 401 | EXAMEN LIQUIDO DE PUNCION | ESTUDIO |  |
| 402 | EXAMEN LIQUIDO PLEURAL | ESTUDIO |  |
| 403 | EXAMEN LIQUIDO SINOVIAL | ESTUDIO |  |
|  |  |  |  |
| 404 | EXAMEN SECRECION URETRAL | ESTUDIO |  |
| 405 | EXAMEN SECRECION VAGINAL | ESTUDIO |  |
| 406 | HELYCOBACTER (ANTRO) | ESTUDIO |  |
| 407 | HEMOCULTIVO ADULTO | ESTUDIO |  |
| 408 | HEMOCULTIVO ADULTO CON RESINA | ESTUDIO |  |
| 409 | HEMOCULTIVO ADULTO CON RESINA x 2 | ESTUDIO |  |
| 410 | HEMOCULTIVO ADULTO CON RESINA x 3 | ESTUDIO |  |
| 411 | HEMOCULTIVO ADULTO x 2 | ESTUDIO |  |
| 412 | HEMOCULTIVO ADULTO x 3 | ESTUDIO |  |
| 413 | HEMOCULTIVO INFANTIL | ESTUDIO |  |
| 414 | HEMOCULTIVO INFANTIL x 2 | ESTUDIO |  |
| 415 | HEMOCULTIVO INFANTIL x 3 | ESTUDIO |  |
| 416 | HEMOCULTIVO NIÑO CON RESINA | ESTUDIO |  |
| 417 | HEMOCULTIVO NIÑO CON RESINA x 2 | ESTUDIO |  |
| 418 | HEMOCULTIVO NIÑO CON RESINA x 3 | ESTUDIO |  |
| 419 | HISOPEADO FARINGEO | ESTUDIO |  |
| 420 | MICOLOGICO DIRECTO | ESTUDIO |  |
| 421 | PCR PARA BK | ESTUDIO |  |
| 422 | PRUEBA ESTREPTOCOCCUS GRUPO A | ESTUDIO |  |
| 423 | PRUEBA PARA INFLUENZA A Y B | ESTUDIO |  |
| 424 | PRUEBA PARA INFLUENZA A Y B (PROGRAMA) | ESTUDIO |  |
| 425 | PRUEBA PARA INFLUENZA H3N2 | ESTUDIO |  |
| 426 | TINCION DE GRAM | ESTUDIO |  |
| 427 | TINCION DE ZIEHL NIELSEN | ESTUDIO |  |
| 428 | TINCION PARA CHLAMIDIAS | ESTUDIO |  |
| 429 | TINTA CHINA EN LIQUIDO | ESTUDIO |  |
| 430 | AMEBA EN FRESCO | ESTUDIO |  |
| 431 | AZUCARES REDUCTORES | ESTUDIO |  |
| 432 | COPROPARASITOLOGICO DIRECTO | ESTUDIO |  |
| 433 | COPROPARASITOLOGICO SERIADO | ESTUDIO |  |
| 434 | DETECCION CUANTITATIVA DE GRASAS EN HECES | ESTUDIO |  |
| 435 | ESTEATOCRITO EN HECES | ESTUDIO |  |
| 436 | INVESTIGACION DE CRYPTOSPORIDIUM | ESTUDIO |  |
| 437 | MICRO METODO PARA CHAGAS | ESTUDIO |  |
| 438 | MOCO FECAL | ESTUDIO |  |
| 439 | SANGRE OCULTA EN HECES FECALES | ESTUDIO |  |
| 440 | SUDAN 111 | ESTUDIO |  |
| 441 | TEST DE GRAHAM (PRUEBA DE OXIURUS) | ESTUDIO |  |
| 442 | TEST PARA ROTAVIRUS | ESTUDIO |  |
| 443 | 17- HIDROXICETOSTEROIDES | ESTUDIO |  |
| 444 | 17- HIDROXIPREGNENOLONA | ESTUDIO |  |
| 445 | 17 CETOSTEROIDES FRACCIONADOS | ESTUDIO |  |
| 446 | 17 CETOSTEROIDES URINARIOS | ESTUDIO |  |
| 447 | 17 HIDROXIPROGESTERONA | ESTUDIO |  |
| 448 | 17 OH CORTICOSTEROIDE | ESTUDIO |  |
| 449 | ACIDO HIDROXIINDOLACETICO (SHIM) | ESTUDIO |  |
| 450 | ALDOSTERONA | ESTUDIO |  |
| 451 | ALFA-FETOPROTEINA (AFP) | ESTUDIO |  |
| 452 | ANDROSTENEDIONA | ESTUDIO |  |
| 453 | ANTI TIROGLOBULINA (ANTI- TG) | ESTUDIO |  |
| 454 | ANTICUERPOS ANTIMICROSOMALES (ANTI-TPO) | ESTUDIO |  |
|  |  |  |  |
| 455 | ANTIGLIADINA | ESTUDIO |  |
| 456 | ANTI-R-TSH | ESTUDIO |  |
| 457 | ANTITRANSGLUTAMINASA | ESTUDIO |  |
| 458 | CALCITONINA | ESTUDIO |  |
| 459 | CORTISOLAM | ESTUDIO |  |
| 460 | CORTISOL LIBRE EN ORINA | ESTUDIO |  |
| 461 | CORTIZOLam | ESTUDIO |  |
| 462 | CORTIZOL am y pm | ESTUDIO |  |
| 463 | CURVA DE CORTISOL POST ACTH | ESTUDIO |  |
| 464 | CURVA DE INSULINA | ESTUDIO |  |
| 465 | DHEA-SULFATLO (DHEA-S) | ESTUDIO |  |
| 466 | DIGOXINA | ESTUDIO |  |
| 467 | DIHIDROTESTOSTERONA | ESTUDIO |  |
| 468 | ESTRADIOL | ESTUDIO |  |
| 469 | ESTRIOLLIBRE EN SUERO | ESTUDIO |  |
| 470 | ESTRIOL TOTAL EN SUERO | ESTUDIO |  |
| 471 | FACTOR NATRIURETICO ATRIAL | ESTUDIO |  |
| 472 | FSH | ESTUDIO |  |
| 473 | HCG SUBUNIDAD BETA | ESTUDIO |  |
| 474 | HIDROXIPROLINA | ESTUDIO |  |
| 475 | HORMONA ADRENOCORTICOTROPINA (ACTH) | ESTUDIO |  |
| 476 | HORMONA ANTIDIURÉTICA (ADH) | ESTUDIO |  |
| 477 | HORMONA ANTIMULLERIANA | ESTUDIO |  |
| 478 | HORMONA DE CRECIMIENTO | ESTUDIO |  |
| 479 | HORMONA DE CRECIMIENTO GH | ESTUDIO |  |
| 480 | HORMONA DE CRECIMIENTO POS ESTIMULO | ESTUDIO |  |
| 481 | HORMONA DE CRECIMIENTO POST CLONIDINA | ESTUDIO |  |
| 482 | HORMONA DE CRECIMIENTO POST EJERCICIO | ESTUDIO |  |
| 483 | HORMONA DE CRECIMIENTO POST ESTIMULO | ESTUDIO |  |
| 484 | HORMONA DE CRECIMIENTO POST GRF | ESTUDIO |  |
| 485 | HORMONA IGF-1 | ESTUDIO |  |
| 486 | HORMONA lUTEINIZANTE (LH) | ESTUDIO |  |
| 487 | HORMONA PARATIROIDEA (PTH) | ESTUDIO |  |
| 488 | HORMONA TIRO ESTIMULANTE TSH | ESTUDIO |  |
| 489 | INMUNOGLOBULINA lgE | ESTUDIO |  |
| 490 | INSULINA | ESTUDIO |  |
| 491 | INSULINA CURVA DE TOLERANCIA | ESTUDIO |  |
| 492 | INSULINA POST PRANDIAL | ESTUDIO |  |
| 493 | LH | ESTUDIO |  |
| 494 | NORADRENALINA | ESTUDIO |  |
| 495 | PROGESTERONA | ESTUDIO |  |
| 496 | PROLACTINA | ESTUDIO |  |
| 497 | PROLACTINA 30 | ESTUDIO |  |
| 498 | PROLACTINA A LOS 30M. | ESTUDIO |  |
| 499 | PROLACTINA CON TRH | ESTUDIO |  |
| 500 | PRUEBA DE FENILCETONURIA | ESTUDIO |  |
| 501 | T3 | ESTUDIO |  |
| 502 | T4 | ESTUDIO |  |
| 503 | T4LIBRE | ESTUDIO |  |
| 504 | TEST DE ESTIMULO DE FSH CON LH-RH 100 ug IV | ESTUDIO |  |
| 505 | TEST DE ESTIMULO DE LH CON LH-RH 100 ug IV | ESTUDIO |  |
|  |  |  |  |
| 506 | TEST DE ESTIMULO DE TSH CON TRH (200 ug IV) | ESTUDIO |  |
| 507 | TESTOSTERONA | ESTUDIO |  |
| 508 | TESTOSTERONA LIBRE | ESTUDIO |  |
| 509 | TIROGLOBULINA | ESTUDIO |  |
| 510 | TIROXINA (T4) LP | ESTUDIO |  |
| 511 | TIROXINA LIBRE (T4L) LP | ESTUDIO |  |
| 512 | TRIIODOTIRONINA T-3 LP | ESTUDIO |  |
| 513 | TSH | ESTUDIO |  |
| 514 | TSH LP | ESTUDIO |  |
| 515 | TSH NEONATA L (DE DESCARTE) | ESTUDIO |  |
| 516 | TSH ULTRASENSIBLE LP | ESTUDIO |  |
| 517 | ALFA FETOPROTEINA | ESTUDIO |  |
| 518 | ANTÍGENO CARBOHIDRATADO 19-9 (CA 19-9) | ESTUDIO |  |
| 519 | ANTÍGENO CARBOHIDRATO (CA 153) | ESTUDIO |  |
| 520 | ANTÍGENO CARBOHIDRATO 125 (CA 125) | ESTUDIO |  |
| 521 | ANTIGENO CARBOHIDRATO 27-9 | ESTUDIO |  |
| 522 | ANTIGENO CARBOHIDRATO 50 (CA- 50) | ESTUDIO |  |
| 523 | ANTÍGENO CARBOHIDRATO 72-4 (CA 72-4) | ESTUDIO |  |
| 524 | ANTÍGENO CARCINO EMBRIONARIO (CEA) | ESTUDIO |  |
| 525 | ANTÍGENO TUMORAL VEJIGA | ESTUDIO |  |
| 526 | CEA ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO | ESTUDIO |  |
| 527 | PSA ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO | ESTUDIO |  |
| 528 | PSA LIBRE (LA PAZ) | ESTUDIO |  |
| 529 | PSA TOTAL {LA PAZ) | ESTUDIO |  |
| 530 | PSALANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO LIBRE | ESTUDIO |  |
| 531 | PSAL ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO LIBRE (COV | ESTUDIO |  |
| 532 | PCR CHLAMYDIA TRACHOMATIS | ESTUDIO |  |
| 533 | PCR CITOMEGALOVIRUS HUMANO | ESTUDIO |  |
| 534 | PCR HELYCOBACTER PYLORI | ESTUDIO |  |
| 535 | PCR HEPATITIS B | ESTUDIO |  |
| 536 | PCR HEPATITIS C | ESTUDIO |  |
| 537 | PCR HERPES SIMPLE 1Y 2, VIRUS HERPES 6 | ESTUDIO |  |
| 538 | PCR MICOBACTERIUM TUBERCULOSIS | ESTUDIO |  |
| 539 | PCR NEISSERIA GONORHOEAE | ESTUDIO |  |
| 540 | PCR ROTAVIRUS (ARN) |  |  |
| 541 | PCR TOXOPLASMA GONDII | ESTUDIO |  |
| 542 | PCR UREAPLASMA UREALYTICUM | ESTUDIO |  |
| 543 | PCR VIRUS EPSTEIN BARR | ESTUDIO |  |
| 544 | PCR VIRUS PAPILOMA HUMANO | ESTUDIO |  |
| 545 | RT- PCR COVID-19 | ESTUDIO |  |
| 546 | BENZODIACEPINAS | ESTUDIO |  |
| 547 | TOMA DE MUESTRA PARA PRUEBAS COVID-19 | SERVICIO |  |
|  |  |  |  |
| **GRUPO: INTERNACION COVID** | | | |
|  |  |  |  |
| **GRUPO: QUIROFANO COVID** | |  |  |
| **N°** | **DESCRIPCION** | **UNIDAD** | **MONTO Bs.** |
| 1 | CIRUGIA MAYOR (Q-2 HORAS) COVID- CIRUGIA MAYOR (Q-2 HORAS)- ANESTESISTA COVID | SERVICIO |  |
| 2 | CIRUGIA MAYOR (Q-2 HORAS) COVID- CIRUGIA MAYOR (Q-2 HORAS) - AYUDANTE COVID | SERVICIO |  |
| 3 | CIRUGIA MAYOR (Q-2 HORAS) COVID- CIRUGIA MAYOR (Q-2 HORAS)- CIRCULANTE COVID | SERVICIO |  |
| 4 | CIRUGIA MAYOR (Q-2 HORAS) COVID- CIRUGIA MAYOR (Q-2 HORAS)- ORUJANO COVID | SERVICIO |  |
| 5 | CIRUGIA MAYOR (Q-2 HORAS) COVID- CIRUGIA MAYOR (Q-2 HORAS)- INSTRUMENTISTA COVID | SERVICIO |  |
| 6 | CIRUGIA MAYOR (Q-2 HORAS) COVID- ORUGIA MAYOR (Q-2 HORAS) COVID | SERVICIO |  |
| 7 | CIRUGIA MEDIANA COVID- CIRUGIA MEDIANA- ANESTESISTA COVID | SERVICIO |  |
| 8 | CIRUGIA MEDIANA COVID- CIRUGIA MEDIANA- AYUDANTE COVID | SERVICIO |  |
| 9 | CIRUGIA MEDIANA COVID- CIRUGIA MEDIANA- CIRCULANTE COVID | SERV ICIO |  |
| 10 | CIRUGIA MEDIANA COVID- CIRUGIA MEDIANA- CIRUJANO COVID | SERVICIO |  |
| 11 | CIRUGIA MEDIANA COVID- CIRUGIA MEDIANA- INSTRUMENTISTA COVID | SERVICIO |  |
| 12 | ORUGIA MEDIANA COVID- CIRUGIA MEDIANA COVID | SERVICIO |  |
| 13 | CIRUGIA MENOR COVID- CIRUGIA MENOR- ANESTESISTA COVID | SERVICIO |  |
| 14 | CIRUGIA MENOR COVID- CIRUGIA MENOR- AYUDANTE COVID | SERVICIO |  |
| 15 | CIRUGIA MENOR COVID- CIRUGIA MENOR- CIRCULANTE COVID | SERVICIO |  |
| 16 | CIRUGIA MENOR COVID- CIRUGIA MENOR- CIRUJANO COVID | SERVICIO |  |
| 17 | CIRUGIA MENOR COVID- CIRUGIA MENOR- INSTRUMENTISTA COVID | SERVICIO |  |
| 18 | CIRUGIA MENOR COVID- CIRUGIA MENOR COVID | SERVICIO |  |
| 19 | CESAREA COVID - CESAR EA- ANESTESISTA COVID | SERVICIO |  |
| 20 | CESAREA COVID- CESAREA- AYUDANTE COVID | SERVICIO |  |
| 21 | CESAREA COVID- CESAREA- CIRCULANTE COVID | SERVICIO |  |
| 22 | CESAREA COVIO- CESAREA- INSTRUMENTISTA COVID | SERVICIO |  |
| 23 | CESAREA COVID- CESAREA COVID | SERVICIO |  |
| 24 | PARTO COVID- PARTO- CIRCULANTE COVID | SERVICIO |  |
| 25 | PARTO COVID - PARTO - CIRUJANO COVID | SERVICIO |  |
| 26 | PARTO COVID- PARTO- PEDIATRA COVID | SERVICIO |  |
| 27 | PARTO COVID- PARTO COVID | SERVICIO |  |
| 28 | LEGRADO COVID- LEGRADO- ANESTESISTA COVID | SERVICIO |  |
| 29 | LEGRADO COVID- LEGRADO- CIRCULANTE COVID | SERVICIO |  |
| 30 | LEGRADO COVID- LEGRADO- CIRUJANO COVID | SERVICIO |  |
| 31 | LEGRADO COVID- LEGRADO COVID | SERVICIO |  |
| 32 | SALA DE YESOS COVID- SALA DE YESOS- ANESTESISTA COVID | SERVICIO |  |
| 33 | SALA DE YESOS COVID- SALA DE YESOS- CIRCULANTE COVID | SERVICIO |  |
| 34 | SALA DE YESOS COVID- SALA DE YESOS- CIRUJANO COVID | SERVICIO |  |
| 35 | SALA DE YESOS COV ID - SALA DE YESOS COVID | SERVICIO |  |
| 36 | SALA DE CURACIONES COVID- SALA DE CURACIONES - ANESTESISTA COVID | SERVICIO |  |
| 37 | SALA DE CURACIONES COVID- SALA DE CURACIONES- CIRCULANTE COVID | SERVICIO |  |
| 38 | SALA DE CURACION ES COVID- SALA DE CURACIONES- CIRUJANO COVID | SERVICIO |  |
| 39 | SALA DE CURACIONES COVID - SALA DE CURACIONES COVID | SERVICIO |  |
| 40 | CIRUGIA LAPAROSCOPICA COVID- CIRUGIA LAPAROSCOPICA- ANESTESISTA COVID | SERVICIO |  |
| 41 | CIRUGIA LAPAROSCOPICA COVID- CIRUGIA LAPAROSCOPICA- AYUDANTE COVID | SERVICIO |  |
| 42 | CIRUGIA LAPAROSCOPICA COVID- ORUGIA LAPAROSCOPICA- CIRCULANTE COVID | SERVICIO |  |
| 43 | CIRUGIA LAPAROSCOPICA COVID- CIRUGIA LAPAROSCOPICA- CIRUJANO COVID | SERVICIO |  |
| 44 | CIRUGIA LAPAROSCOPICA COVID- ORUGIA LAPAROSCOPICA- INSTRUMENTISTA COVID | SERVICIO |  |
| 45 | CIRUGIA LAPAROSCOPICA COVID- CIRUGIA LAPAROSCOPICA COVID | SERVICIO |  |
| 46 | CIRUGIA MAYOR TIPO 11 (2-4 HORAS) COVID- CIRUGIA MAYOR TIPO (2-4 HORAS)- ANESTESISTA COVID | SERVICIO |  |
| 47 | CIRUGIA MAYOR TIPO 11 (2-4 HORAS) COVID- CIRUGIA MAYOR TIPO (2-4 HORAS)- AYUDANTE COVID | SERVICIO |  |
| 48 | CIRUGIA MAYOR TIPO 11 (2-4 HORAS) COVID- CIRUGIA MAYOR TIPO (2-4 HORAS) -CIR CULANTE COVID | SERVICIO |  |
| 49 | CIRUGIA MAYOR TIPO 11 (2-4 HORAS) COVID - CIRUGIA MAYOR TIPO (2-4 HORAS)- CIRUJANO COVID | SERVICIO |  |
| 50 | CIRUGIA MAYOR TIPO 11 (2-4 HORAS) COVID- CIRUGIA MAYOR TIPO (2-4 HORAS) - INSTRUMENTISTA COVID | SERVICIO |  |
| 51 | CIRUGIA MAYOR TIPO 11 (2-4 HORAS) COVID - CIRUGIA MAYOR TIPO (2-4 HORAS) COVID | SERVICIO |  |
| 52 | CIRUGIA MAYOR TIPO 111 (4 +HORAS) COVID - CIRUGIA MAYOR TIPO 111 (4 +HORAS) - ANESTESISTA COVID | SERVICIO |  |
| 53 | CIRUGIA MAYOR TIPO 111 (4 +HORAS) AYUDANTE COVID | SERVICIO |  |
| 54 | CIRUGIA MAYOR TIPO 111 (4 +HORAS) CIRCULANTE COVID | SERVICIO |  |
| 55 | CIRUGIA MAYOR TIPO 111 (4 +HORAS) CIRCULANTE COVID | SERVICIO |  |
| 56 | CIRUGIA MAYOR TIPO 111 (4 +HORAS) INSTRUMENTISTA COVID | SERVICIO |  |
| 57 | CIRUGIA MAYOR TIPO 111 (4 +HORAS) COVID | SERVICIO |  |
| 58 | ESTUDIO· CISTOSCOPIA COVID·ESTUDIO· CISTOSCOPIA ·ANESTESISTA COVID | SERVICIO |  |
| 59 | ESTUDIO· CISTOSCOPIA COVID ESTUDIO CISTOSCOPIA CIRCULANTE COVID | SERVICIO |  |
| 60 | ESTUDIO· CISTOSCOPIA COVID ESTUDIO· CISTOSCOPIA·CIRUJANO COVID | SERVICIO |  |
| 61 | ESTUDIO· CISTOSCOPIA COVID ESTUDIO· CISTOSCOPIA COVID | SERVICIO |  |

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

***Nombre del Representante Legal y/o propietario***

***Firma***

**CONTRATO DE SERVICIOS**

**HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIA – POR EVENTO**

Conste por el presente **CONTRATO DE SERVICIOS** suscrito al acuerdo de las partes y que surtirá efectos al tenor de las siguientes clausulas.

**PRIMERA. (PARTES). -** Son partes del presente **CONTRATO**:

* 1. La **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA – AGENCIA REGIONAL POTOSÍ**, representada por **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** con C.I. Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_., mayor de edad, hábil por derecho, en su condición de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** en mérito al Poder Especial, Suficiente y Expreso ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, otorgado por ante la Notaría de Fe Pública a cargo de ­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_, que en lo sucesivo se denominará **LA CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP),** y por la otra:
  2. El **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,** con Número de Identificación Tributaria (NIT) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** representado legalmente por **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, mayor de edad, hábil por derecho, con C.I.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ., en su condición de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**en mérito al Poder General, Amplio, Suficiente y Expreso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, otorgado por ante la Notaría de Fe Pública \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_, que en lo sucesivo se denominará **EL PROVEEDOR.**

**La CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)** y el **PROVEEDOR** podrán ser denominados en su conjunto como las **PARTES.**

**SEGUNDA. (ANTECEDENTES Y DOCUMENTOS INTEGRANTES DEL CONTRATO). –**

**LA CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)**, requiere contratar Servicios de Hospitalización y Emergencias, que garanticen una atención de calidad y con calidez a su población afiliada, bajo la modalidad de compra de servicios por “evento”, respaldado por la correspondiente nota fiscal (factura), emitida por el proveedor del servicio.

**El** **PROVEEDOR,** constituye una Entidad (Datos y Antecedentes del Proveedor), se encuentra facultado para suscribir contratos de servicios de salud al contar con el equipamiento e infraestructura adecuada para la atención hospitalaria y de emergencias.

**TERCERA. (OBJETO Y CONDICIONES). -** El **OBJETO** del presente **CONTRATO** es la prestación de servicios de emergencia y hospitalarios a los Titulares y beneficiarios de **LA CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)** por evento a cargo del **PROVEEDOR** utilizando su propia infraestructura, equipos, material e instrumental en condiciones óptimas de acuerdo a las siguientes condiciones:

**3.1. EXPLICACIÓN DE LA MODALIDAD:**

El servicio se prestará en la modalidad de **COSTO POR EVENTO** en bolivianos, por cada uno de los servicios requeridos y descritos en el formulario correspondiente. El costo propuesto por cada servicio, contempla el COSTO TOTAL y DEFINITIVO por el equipamiento, insumos y personal involucrado en la prestación del servicio.

**La CSBP** cancelará por el total de los servicios prestados en el mes facturado, considerando para cada servicio el costo por evento de acuerdo al presente **CONTRATO.**

**3.2. FARMACIA Y MEDICAMENTOS:**

**LA CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)** dispensará todos los medicamentos prescritos por los médicos tratantes que manejan al paciente hospitalizado y de emergencia.

Para tal efecto, **EL PROVEEDOR** cuenta con un espacio físico, donde la CSBP instalará el botiquín correspondiente que será administrado por y bajo la responsabilidad del Proveedor, bajo la supervisión de la Regente de farmacia de la CSBP.

**3.3 DE LOS SERVISIOS REQUERIDOS:**

**LA CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)** requiere del **PROVEEDOR** la prestación de los siguientes servicios:

1. Gineco Obstetricia.
2. Medicina interna.
3. Neonatología.
4. Pediatría.
5. Cirugía.
6. Unidad de Terapia intensiva UTI.
7. Hospitalización.
8. Emergencias.
9. Atención del paciente COVID-19.

**3.4 PERSONAL DEL PROVEEDOR**

**EL PROVEEDOR** deberá contar mínimamente con Médicos de Guardia (las 24 horas del día, los 365 días del año), Auxiliares de Enfermería, Licenciadas de Enfermería, Personal capacitado en Neonatología y todo el personal adicional requerido para una atención apropiada de nuestros asegurados en todos los servicios requeridos por **la CSBP.**

Este personal será de dependencia del **PROVEEDOR** y no tendrá ninguna relación contractual de índole laboral con la CSBP, por tanto, es el **PROVEEDOR** debe cubrir todas las cargas sociales que correspondan al personal de su dependencia, según establecen las leyes laborales.

El **PROVEEDOR** garantiza que el personal de apoyo de su dependencia, estará plenamente acreditado en cuanto a formación y experiencia para los cargos y labores asignados.

**3.5. DINAMICA DE ATENCIÓN PRIMARIA, EMERGENCIAS Y ESPECIALIDAD:**

La atención de consulta por emergencia es de entera responsabilidad del Médico de Guardia, cuando la complejidad del caso sea mayor y rebase la capacidad del médico de guardia, bajo criterios clínicos de diagnóstico, deberá llamar al especialista que corresponda, Médico Internista en el área HOSPITAL-CLINICA de adultos, Pediatría en niños, Ginecología- obstetricia cuando corresponda y Cirugía General y traumatología en caso de pacientes del área quirúrgica.

El personal médico y de enfermería asumen plenamente la responsabilidad legal por el acto médico y de procedimientos de enfermería según reglamentación nacional y el ejercicio medico profesional, por lo cual son responsables del tratamiento iniciado, prescripción y administración de medicamentos, por lo que deben regirse a los protocolos de actuación médica y protocolos de enfermería a fin de preservar el adecuado desarrollo de la actividad asistencial.

* **Médicos de Guardia:**

Son contratados por el **PROVEEDOR** para la atención de consultas de emergencias y atención de pacientes internados, con turnos de 24 horas del día, los 365 días del año. Los Médicos de Guardia serán capacitados en el manejo del sistema informático SAMI por personal de **la CSBP.**

* **Personal de Enfermería, piso y servicios especiales:**

Las Enfermeras, deberán colaborar con las funciones destinadas a un buen manejo del paciente, así como del expediente clínico físico e informático, por lo tanto, debe verificar el llenado correcto de notas de enfermería, procedimientos, administración de medicamentos, firmas y sellos del personal médico, así como la conciliación diaria de medicamentos, insumos y materiales de curación proporcionados por **la CSBP** y por **el PROVEEDOR.**

El personal de enfermería bajo la supervisión de la Jefe de Piso debe velar por el confort del paciente, así como el aseo personal, debiendo estar la persona internada presentable para la hora de la visita médica (horario ideal para el aseo de 7:30 a 8:00 a.m.) y de su unidad antes de la visita médica.

El personal de enfermería debe colaborar con el paciente post operado e imposibilitado, en la toma de sus alimentos y aseo personal, efectuando desde el peinado, cepillado de dientes, masaje de cuerpo, etc. destinados a dar un confort adecuado del paciente.

El **PROVEEDOR** debe proporcionar para la atención de pacientes en las diferentes secciones, personal de enfermería capacitado, con experiencia y debidamente acreditado en servicios especiales como NEONATOLOGIA, UTI, etc.

* **Personal Administrativo:**

Con la finalidad de lograr una correcta coordinación con el **PROVEEDOR** para la resolución de problemas o desarrollo de actividades en forma oportuna, el **PROVEEDOR** debe contar con:

* Un/a Coordinador/a Médico (director, jefe de hospitalización o similar).
* Un/a Coordinador/a Administrativo.
* Un/a jefe/a de Enfermeras coordinador/a, con poder de decisión y permanencia en el Centro Hospitalario.
* Un/a recepcionista telefónico/a, por turno para atención preferentemente las 24 horas.
* **Médicos Especialistas de la CSBP:**

**La CSBP** asistirá a su población protegida, con su plantel médico en todas las especialidades y subespecialidades, (personal médico de planta y bajo prestación de servicios por evento).Estos serán convocados por los Médicos de Guardia del **PROVEEDOR** mediante llamada telefónica a su celular respetando las líneas de transferencia médica por especialidades.

Sólo en casos excepcionales y cuando los médicos de **la CSBP** no puedan asistir**, EL PROVEEDOR** proveerá estos especialistas.

* **Entrega de Documentación:**

**T**oda la documentación debe estar debidamente registrada en el expediente clínico tanto en el SAMI como en los Formatos del **PROVEEDOR.**

Para el cobro mensual se debe preparar para cada paciente atendido una carpeta conteniendo la Historia, que deben ser revisadas, ordenadas y completadas de acuerdo al formato de presentación del informe mensual de **la CSBP,** estando los documentos completos con firmas y sellos del personal médico y de enfermería, en un plazo máximo de 48 horas a partir del alta del paciente. Con cada carpeta se prepara el informe mensual de cobro según formato.

**3.6. SUPERVISIÓN POR PARTE DE LA CSBP:**

El servicio prestado por el **PROVEEDOR** estará bajo supervisión y coordinación de la Comisión – Contraparte del Servicio, misma que está compuesta de la siguiente manera:

* Jefe Médico Regional.
* Farmacéutica Regional.
* Médico General (Fiscal).
* Coordinador de enfermería (HOSPITAL/CLINICA).
* Trabajadora Social.
* Técnico de Informática.

**El PROVEEDOR** mediante nota escrita, nombrará al/a responsable de atender todas las observaciones y problemas que puedan suscitarse para coordinar su solución.

**3.7. MANEJO DEL SISTEMA SAMI:**

Se considera obligatorio para el personal médico y de Enfermería el registro de las atenciones en el sistema SAMI. La institución les proporcionará la conexión VPN y configuración remota para el manejo del sistema medico integrado SAMI, para ello el **PROVEEDOR** cuenta con conexión a internet CORPORATIVO con un mínimo de 20MBPS.

El **PROVEEDOR** cuenta con TRES (3) o más equipos de computación que tienen como mínimo las siguientes características: procesador Core I5, memoria RAM de 8GB y sistema operativo Windows 10 pro de 64 BITS: 1) Un equipo de computación en Cirugía. 2) Un equipo de computación en Maternidad. 3) Un equipo de computación en Medicina Interna.

Toda cancelación se realizará solamente si toda la información correspondiente al expediente clínico, está en el 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 será instalado en el **PROVEEDOR** para que se efectúe el registro de toda la información concerniente a las prestaciones médicas en las Historias Clínicas computarizadas.

**3.8. NUTRICIONISTA:**

El **PROVEEDOR** cuenta con un profesional nutricionista, que supervise el servicio de alimentación de los asegurados hospitalizados, a fin de garantizar el cumplimiento de las instrucciones médicas.

**3.9. PRESENTACIÓN DE INFORME MENSUAL:**

La presentación del informe, debe ser realizada hasta el vigésimo octavo día del mes de realizado el servicio, para lo cual, **EL PROVEEDOR,** deberá realizar un corte administrativo contable al vigésimo quinto día del mes en curso.

El informe debe contener mínimamente:

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 – cirugía.

❖ Hoja de costos por paciente – cirugía.

❖ 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 y/o fotocopia legalizada de dicho expediente, impreso, firmado y sellado por los profesionales involucrados en el proceso: Historia HOSPITAL-CLINICA(en SAMI), recetas médicas, órdenes de Gabinete, actividades de Enfermería (en SAMI) (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 HOSPITALCLINICA 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 **PROVEEDOR** el archivador (con sus CARATULAS Y PESTAÑAS), para que el próximo informe venga en la misma forma.

**CUARTA. (DE LAS CONDICIONES TÉCNICAS DEL SERVICIO). –** El **PROVEEDOR** se compromete a prestar los servicios de emergencias y hospitalización de acuerdo a las condiciones técnicas mismas que se encuentran adjuntas al presente **CONTRATO** y son parte indivisible.

**QUINTA. (DEL COSTO). –** Los servicios a prestar POR EVENTO por el **PROVEEDOR** a favor de **LA CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)** tendrán un costo de acuerdo a los ARANCELES MÉDICOS – GESTIÓN 2023, mismo que forma parte indivisible del presente **CONTRATO** y se encuentra en anexos.

**SEXTA. (FORMA DE PAGO). – El PROVEEDOR,** realizará un corte administrativo contable de los servicios prestados al día 25 de cada mes, debiendo hacer llegar la solicitud de pago y la factura correspondiente hasta el día 28 de cada mes, acompañando toda la documentación descrita en la Clausula Tercera subnumeral 3.9 del presente **CONTRATO**.

La **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)** revisará la documentación presentada y de no existir errores u observaciones**,** realizarála cancelación correspondiente hasta el último día hábil del mes en curso.

En caso de existir errores u observaciones, la **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)** deberá hacer conocer de forma inmediata a **EL PROVEEDOR** para que este, en un plazo máximo de 2 días hábiles, realizase las correcciones necesarias; una vez subsanadas dichas observaciones, la **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP),** realizará la cancelación en un plazo no mayor a 2 días hábiles.

**SÉPTIMA. (VIGENCIA). -** El presente **CONTRATO** tendrá una duración **de 2 años calendario** a partir de su suscripción y firma del mismo; sin embargo, al primer año la **CSBP** realizará una evaluación del servicio y de no ser satisfactoria, procederá a la cancelación del contrato.

El contrato se podrá ampliar por un período adicional de dos (2) años, siempre y cuando la evaluación de los servicios resulte satisfactoria.

**OCTAVA. (DE LA EXTINCIÓN DEL CONTRATO). –** El **CONTRATO** se podrá extinguir por las siguientes causales:

**8.1.** Por cumplimiento del CONTRATO.

**8.2.** Por resolución del CONTRATO.

- **El PROVEEDOR** en caso de incumplimiento en el pago de la factura por parte de la CSBP, debiendo el **PROVEEDOR** dar un preaviso por escrito con treinta (30) días calendario de anticipación, sin perjuicio de seguir las acciones legales para el pago de lo adeudado.

- **La CSBP** por incumplimiento del servicio por parte del **PROVEEDOR,** debiendo hacer llegar comunicación escrita con un plazo de quince (15) días calendario de anticipación.

**8.3.** Por Servicio Deficitario.

- La **CSBP** después del primer año, realizará una evaluación de calidad de los servicios prestados, de no ser satisfactoria, procederá a la extinción del contrato. Para tal efecto, emitirá una nota formal al **PROVEEDOR** mencionando los motivos de esta decisión y otorgando un plazo de 30 días calendario para concretar la disolución contractual.

**NOVENA. (SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS). –** en caso de presentarse controversias, **LAS PARTES** tratarán de solucionarlas de forma amigable o conciliatoria, si transcurridos treinta (30) días desde el inicio de las negociaciones, **LAS PARTES** podrán acudir a la vía judicial.

**DÉCIMA. (DOMICILIO).** – **LAS PARTES** señalan que sus domicilios, para fines de comunicación entre ellas, de ejecución del presente **CONTRATO**, de solución de controversias y cualquier otro acto emergente del mismo, son los siguientes:

* **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **PROVEEDOR:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**DÉCIMA PRIMERA. (EFICACIA DEL CONTRATO). –** El presente **CONTREATO** podrá ser elevado a instrumento público, en tanto no ocurra ello, surtirá efectos legales y tendrá validez como documento privado entre las partes.

**DÉCIMA SEGUNDA. (CONFORMIDAD). -**  En señal de conformidad y para su fiel y estricto cumplimiento suscriben el presente **CONTRATO** en cuatro ejemplares de un mismo tenor y validez, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, en representación legal de **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP),** y **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** en calidad de representante legal del **PROVEEDOR**.

Potosí, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023

**CSBP PROVEEDOR**