

### PLIEGO DE CONDICIONES

**COMPARACIÓN DE PROPUESTAS CP-02-24**

**PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO”** |

**Potosí, abril de 2024**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **COMPARACIÓN DE PROPUESTAS CP-02-24**  **PRIMERA CONVOCATORIA**  La Caja de Salud de la Banca Privada, Regional Potosí, invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO** |
| Tipo de Convocatoria: COMPARACIÓN DE PROPUESTAS |
| Forma de adjudicación: POR EL TOTAL |
| Sistema de evaluación y adjudicación: CALIDAD y COSTO |
| Encargados de atender consultas: Walter Olivares Villca  Eldy Ticona Sánchez |
| Correo electrónico: [walter.olivares@csbp.com.bo](mailto:walter.olivares@csbp.com.bo)  [eldy.ticona@csbp.com.bo](mailto:eldy.ticona@csbp.com.bo)  [proveedores@csbp.com.bo](mailto:proveedores@csbp.com.bo) |
| Teléfono:  **6227663** |

**CONTRATO MARCO SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO – PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** | | | | |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN** |
| 1 | Invitación y publicación del Pliego de Condiciones | 8/04/2022 | Hasta  10:00 | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |
| 3 | Consultas Escritas | Hasta:  10/04/2024 | Hasta  Hrs.9:00 | Dirigidas a:  [walter.olivares@csbp.com.bo](mailto:walter.olivares@csbp.com.bo) |
| 4 | Reunión de Aclaración | Hasta:  11/04/2024 | Hasta  Hrs.16:00 | Calle Periodista N° 132 |
| 5 | Presentación de Ofertas. | Hasta:  19/04/2024 | Hasta:  16:30 | **Presentación Física:**  Calle Periodista N° 132 |
| 6 | Apertura de Ofertas. | Hasta:  22/04/2024 | Hasta:  15:00 | Calle Periodista N° 132 |
| 7 | Resultado Del Proceso | 26/04/2024 | | NOTA DE ADJUDICACIÓN |

(\*) 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 Nº060/2021 del 30 de noviembre de 2021, 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. **INHABILITACIÓN PARA PARTICIPAR EN LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN** | De acuerdo al Reglamento de Compras aprobado con Resolución de Directorio N°060/2021 del 30 de noviembre de 2021, en su art. 15 está prohibida la contratación de bienes, obras y servicios, a proveedores que incurran en las situaciones siguientes:  • 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 o 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.  Estar sujeto a un conflicto de intereses como se define a continuación:  • Sea una persona natural o jurídica, en forma asociada o no, asesores 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 las 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 inmediata superior o instancia competente de la CSBP, de manera oportuna y con anterioridad a que sus actos causen efecto.  **Excepciones**  Las prohibiciones señaladas precedentemente no serán aplicadas en el caso que se demuestre que sólo existe un único Proveedor o Consultor especializado y que los bienes y servicios requeridos no pueden ser sustituidos por otros similares debido a la necesidad. |
| 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:   Dr. Walter Olivares Villca  AGENTE REGIONAL POTOSI     * 1. No Objeción Administrativa:   Lic. Jimena Llanos Chumacero  CONTADOR REGIONAL POTOSI |
| 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 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** | De acuerdo al Reglamento de Compras aprobado con Resolución de Directorio N° 060/2021 del 30 de noviembre de 2021, en su art. 21.  Podrá cancelarse el proceso cuando se establezca que:  a) Existe un hecho de fuerza mayor y/o caso fortuito que no permita la culminación del proceso y no pueda ser reanudada en fa misma gestión.  b) Se hubiera extinguido la necesidad de contratación; es decir, cuando la ejecución y resultados dejan de ser oportunos o surjan cambios sustanciales en el cumplimiento a los objetivos institucionales. |
| 1. **SUSPENSIÓN DEL PROCESO DE CONTRATACION** | De acuerdo al Reglamento de Compras aprobado con Resolución de Directorio N° 060/2021 del 30 de noviembre de 2021, en su art. 21; la CSBP podrá suspender el proceso de contratación en cualquier momento hasta antes de la firma de contrato o suscripción de órdenes de compra o servicio de acuerdo a lo siguiente:  a) Podrá suspenderse el proceso cuando se establezca que existe un hecho de fuerza mayor y/o caso fortuito que no permita la continuidad del proceso y que pueda ser reanudada dentro de la misma gestión.  b) A determinación de la Agencia Regional, cuando existan denuncias documentada y fundamentada irregularidades.  El proceso será reanudado una vez que el impedimento haya sido subsanado. |
| 1. **ANULACION DEL PROCESO DE CONTRATACION** | De acuerdo al Reglamento de Compras aprobado con Resolución de Directorio N° 060/2021 del 30 de noviembre de 2021, en su art. 21.  Podrá anularse el proceso hasta el vicio más antiguo cuando a través de sus funcionarios responsables se establezca que:  a) Existe incumplimiento a la normativa de contrataciones vigente en el CSBP.  b) Existe error en el Pliego de Condiciones o documento equivalente. En procesos por ítems o lotes, se continuará el proceso con el ítem o los lotes no anulados.  En caso de suspensión, cancelación o anulación de cualquier proceso de contratación la CSBP no incurre en responsabilidad alguna respecto de los proponentes afectados con estas decisiones. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE II**  **PREPARACIÓN DE LA OFERTA** | |
| 1. **PREPARACIÓN DE OFERTA** | Los potenciales proponentes que se encuentren en capacidad de proveer los servicios requeridos en el presente proceso de contratación deberán preparar sus propuestas conforme a los requisitos y condiciones establecidos:  **DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS**   * Carta de presentación y declaración jurada firmada por el representante legal del proponente, de acuerdo al Formulario N°1, en **original**. * Identificación del proponente, de acuerdo al Formulario N°2, en **original.**   **DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA TÉCNICA**   * Formulario **N°3** de Especificaciones Técnicas, identificado en los Anexos de este documento, **en original.**   **DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA ECONÓMICA**   * La propuesta económica debe ser presentada en el Formulario N°4 Propuesta Económica, identificado en los Anexos de este documento, **en original.** |
| 1. **VALIDEZ DE LA PROPUESTA** | La propuesta deberá tener una validez no menor a **sesenta (60) días calendario**, desde la fecha fijada para la apertura de propuestas.  En circunstancias excepcionales por causas de fuerza mayor, caso fortuito o de Reclamación, la CSBP podrá solicitar por escrito la extensión del período de validez de las propuestas, disponiendo un tiempo perentorio para la renovación de garantías, **si éstas fueron solicitadas**, (NO APLICA) |
| 1. **PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS** | Las propuestas deben ser presentadas en horario, fecha y lugar establecidos en la convocatoria.  La propuesta debe incluir un índice que permita la rápida ubicación de los documentos presentados.  El original de la propuesta deberá tener todas sus páginas numeradas, selladas y rubricadas por el representante legal del proponente.  No se aceptarán propuestas que contengan textos entre líneas, borrones y tachaduras, siendo causal de inhabilitación.  La propuesta debe ser presentada en un **ejemplar original** y **una copia** **DIGITAL.** |
| 1. **PRESENTACIÓN DE OFERTA** | La recepción de ofertas se realizará de forma física o electrónica.  **OFERTA FISICA:**  La propuesta deberá ser presentada en sobre cerrado y con cinta adhesiva transparente sobre las firmas y sellos. El rótulo del sobre podrá ser el siguiente:    **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **REGIONAL POTOSI,**  **LUGAR DE ENTREGA DE LA PROPUESTA**: ***Calle Periodista Nº 132 casi esquina Padilla***  **RAZÓN SOCIAL O NOMBRE DEL PROPONENTE:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CÓDIGO: LP-**  ***PRIMERA* CONVOCATORIA**  **No abrir antes de horas del día**  **de de 2022**  **No abrir antes de horas del día**  **de de 2022**  Antes del vencimiento del plazo de presentación de propuestas, mediante nota expresa firmada por el representante legal, el proponente podrá solicitar la devolución de su propuesta para realizar modificaciones y/o complementaciones a la misma.  Efectuadas las modificaciones, podrá proceder a su presentación.  Una vez vencido el plazo de presentación, las propuestas no podrán ser modificadas o complementadas. Para este último caso, en la etapa de evaluación, la Comisión de Calificación podrá solicitar al proponente presentar documentación legal o administrativa faltante.  El proponente podrá mediante nota expresa, desistir de continuar participando en el proceso de contratación, solamente hasta antes de la hora límite de recepción de propuestas; decisión que dará lugar a la devolución del sobre presentado por el proponente, debiendo registrarse la devolución en el Libro de Actas o Registro Electrónico. |
| 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.  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 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: **CALIDAD Y 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 los tres (3 días) hábiles 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 técnica sobre 50 puntos 2. Evaluación de la propuesta económica, sobre 50 puntos   **PROPUESTA ECONÓMICA (50 PUNTOS)**  El proponente que oferte los estudios requeridos y al **menor costo obtendrá los 50 puntos**; el resto de los proponentes tendrán un puntaje ponderado en relación al proponente que obtenga los 50 puntos  Los 50 puntos serán divididos de la siguiente manera:   |  |  | | --- | --- | | **DETALLE** | **PUNTAJE** | | Costo por paquete para los Estudios Frecuentes | 20 puntos | | Costo por evento para los Estudios Frecuentes | 10 puntos | | Costo por paquete para los Estudios NO Frecuentes | 15 puntos | | Costo por evento para los Estudios NO Frecuentes | 5 puntos | | **T O T A L** | **50 PUNTOS** |   La CSBP procederá a la evaluación de las ofertas económicas identificando a la propuesta con el menor costo, a la misma se le asignará el mayor puntaje, y a las otras propuestas económicas un puntaje inversamente proporcional en función al valor de sus ofertas, aplicando la siguiente fórmula:  **PEP = (MPO/PP) \* PA**  **Dónde:**  **PEP =** Precio Evaluado de la Propuesta  **MPO =** Menor Precio Ofertado  **PP =** Precio propuesto  **PA =** Puntaje Asignado a la Oferta Económica |
| 1. **EVALUACIÓN TÉCNICA** | **CALIFICABLE (50 PUNTOS)**  Comprenden un listado de requerimientos que la CSBP establece para ser verificados, calificados y sujetos a puntuación por parte de la Comisión de Calificación.  Esta calificación técnica se efectuará sobre un total de 50 puntos, los cuales se clasifican en los siguientes grupos, aplicando el siguiente criterio de calificación:  **1. Requerimientos Fundamentales o Habilitantes:** Comprenden un listado de requerimientos que la CSBP establece como INDISPENSABLES, para un servicio de calidad a sus asegurados. Estos requerimientos deben ser satisfechos o cubiertos en un 100 % por las empresas proponentes para que sus propuestas puedan ser consideradas o habilitadas para etapas posteriores de calificación. Si algún proponente no cumple con alguno de estos requerimientos fundamentales, su propuesta será inhabilitada.  Los **requerimientos Indispensables** son los siguientes: |
| **SERVICIO: LABORATORIO CLÍNICO**  **REQUISITOS INDISPENSABLES**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | PARA SER LLENADO POR LA CSBP | | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP | | | | CARACTERÍSTICA SOLICITADA | | Característica ofertada | Cumple | | OBSERVACIONES  (especificar por qué no cumple) | | SI | NO |  | | *1.* | **Legalidad de funcionamiento**  Autorización de funcionamiento otorgado por SEDES.  **Adjuntar fotocopia simple** |  |  |  |  | | *2.* | **Continuidad del Servicio**  En caso de que, por algún motivo, (desperfectos, mantenimiento, falta de reactivos, etc.) el centro contratado no pueda prestar el servicio a la CSBP, deberá contratar **por cuenta propia** los servicios de otro centro similar o la CSBP recurrirá a otro laboratorio a cuenta del Laboratorio contratado para garantizar la continuidad en la prestación de servicios.  **El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento**. |  |  |  |  | | *3.* | **Atención continua**  El Centro deberá brindar atención las 24 horas del día, incluyendo fines de semana, feriados, paros y otros, **sin costo adicional**, lo que permitirá atención de emergencias.  **El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento**. |  |  |  |  | | *4.* | **Tipos de exámenes**  **(Exámenes frecuentes y No frecuentes)**  El centro debe tener la capacidad para realizar **TODOS los estudios** detallados en el ANEXO 1.  Además, ofertar servicios por paquete:   * **PAQUETE N°1**, de pruebas generales o de rutina, en una cantidad mensual de 1000 exámenes * **PAQUETE N°2**, 200 PRUEBAS especiales y 80 PRUEBAS de la Clínica: Total: 280 pruebas.   ***Cantidades mayores a las mencionadas en ambos paquetes se pagarán por evento.***  Si existen algunos estudios que no pueden ser realizados, debe especificar cuáles y comprometerse a la derivación de estos estudios a otro centro, por cuenta propia y bajo su responsabilidad, garantizando calidad.  Estos exámenes tendrán costo individual y el proponente debe detallar el mismo de cada uno en su propuesta económica.  **El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |  |  |  |  | | *5.* | **Cumplimiento de horarios**  Atención en casos de emergencia y hospitalización:   * Los requerimientos de emergencias (ambulatorias o de hospitalización) deben ser atendidos en un periodo no mayor a 30 minutos para la toma de muestra. * En caso de atenciones de emergencia, los resultados deberán ser comunicados al médico tratante en un lapso no mayor a 4 horas, con excepción de los estudios que requieran mayor tiempo de procesamiento. * La toma de muestras de rutina a pacientes hospitalizados, se efectuará a requerimiento. El traslado del personal va por cuenta del laboratorio. * Provisión de EPPS, a cargo de la CSBP, mismo que inicialmente será previsto por el Laboratorio para toma de muestras de rutina a paciente Hospitalizados con patología COVID-19 y repuesto mensualmente por la CSBP.   Atención ambulatoria de rutina:   * Las muestras de rutina a pacientes ambulatorios en el laboratorio del proponente y en el Policonsultorio de la CSBP deberán ser tomadas y/o recibidas **de 07:00 a 10:00** o 7:30 a 10:30 a.m. La CSBP se responsabiliza por la comunicación a sus asegurados, los resultados serán estarán disponibles en el SAMI a partir de las 15:00.   **El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |  |  |  |  | | *6.* | **Dotación de insumos**  El Centro deberá proveer a la CSBP envases de buena calidad para la recolección de las diferentes muestras, tanto en pacientes ambulatorios como en pacientes hospitalizados y/o quirúrgicos.  **El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |  |  |  |  | | *7.* | **Equipo de computación**  El Centro contratado deberá contar con un equipo de computación, con procesador CORE I5 o superior, disco duro de 1 TB mínimo, memoria RAM de 2 GB mínimo, con puerto de red.  Con acceso a Internet ADSL mínimo de 256 MBPS para uso del Sistema Administrativo Médico Integrado (SAMI CSBP) en su módulo laboratorio. **(SAMIOFFLINE)**  **El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |  |  |  |  | | *8.* | **Presentación de la información y facturación**  Cada vigésimo quinto día hábil de cada mes, de acuerdo a un cronograma elaborado por la CSBP, el Centro contratado presentará un reporte estadístico y detalle de los estudios realizados en el mes, tanto en la modalidad de estudios frecuentes como no frecuentes (estos últimos con costo unitario), para la verificación y validación de servicios por la CSBP y posterior emisión de las facturas respectivas.  **El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |  |  |  |  | | 9. | **Entrega de resultados**  El Centro se compromete a la entrega de resultados en el día en instalaciones de la CSBP. Salvo en estudios que requieren más tiempo de procesamiento, aspecto que será comunicado a la CSBP.  **El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |  |  |  |  | | 10. | **Coordinación interinstitucional**  El Centro se compromete a participar de reuniones de coordinación convocadas por la CSBP y podrá también solicitar reuniones para tratar temas de interés común, como el funcionamiento de los Comités de Vigilancia de Infecciones Intra Hospitalarias y otros.  **El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |  |  |  |  | | *11.* | **Certificados de Calidad**  El centro debe contar con los siguientes certificados de calidad:   * Certificado de Control de Calidad emitido por instancia legalmente establecida por el Ministerio de Salud. (Adjuntar fotocopia simple) * Control de calidad interno (Adjuntar fotocopia simple) * Certificación de Calidad de los Reactivos que utiliza (Adjuntar fotocopia simple) |  |  |  |  |   **2. Requerimientos Calificables**: Comprenden un listado de requerimientos que la CSBP establece para ser verificados, calificados y sujetos a puntuación por parte de la Comisión de Calificación, según los siguientes criterios de calificación.  Esta calificación técnica se efectuará sobre un total de 50 puntos, de los cuales los proponentes deberán obtener por lo menos 40 puntos, caso contrario la propuesta será inhabilitada.  Los requerimientos calificables son los siguientes:  **PROPUESTA TÉCNICA**  **REQUISITOS CALIFICABLES**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | PARA SER LLENADO POR LA CSBP | | | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP | | | | CARACTERISTICA SOLICITADA | | | CARACTERISTICA OFERTADA | Puntaje | | OBSERVACIONES | | Total, Establecido | Asignado | |  | | **Sub**  **Ptos** |  |  |  |  | | **1.** | **INFRAESTRUCTURA:** |  |  | **14 (Ptos)** |  |  | | 1. Sala de espera y recepción de muestras | 1 Ptos |  |  |  |  | | 1. Baño para pacientes | 1 Ptos |  |  |  |  | | 1. Baño para empleados | 1 Ptos |  |  |  |  | | 1. Oficina del director, jefe o regente del laboratorio | 0.5 Ptos |  |  |  |  | | 1. Área de toma de muestras | 0.5 Ptos |  |  |  |  | | 1. Área de química sanguínea | 1 Ptos |  |  |  |  | | 1. Área de hematología | 1 Ptos |  |  |  |  | | 1. Área de separación de muestras | 1 Ptos |  |  |  |  | | 1. Área de inmunología - Serología | 0.5 Ptos |  |  |  |  | | 1. Área de COVID-19 | 0.5 Ptos |  |  |  |  | | 1. Área de microbiología | 1 Ptos |  |  |  |  | | 1. Área de informática y/o administrativa | 0.5 Ptos |  |  |  |  | | 1. Área de Parasitología | 1 Ptos |  |  |  |  | | 1. Área de Orinas y Líquidos Biológicos | 1 Ptos |  |  |  |  | | 1. Casilleros individuales para los trabajadores | 0.5 Ptos |  |  |  |  | | 1. Área de almacenamiento de reactivos | 0.5 Ptos |  |  |  |  | | 1. Área de reposo para pacientes | 0.5 Ptos |  |  |  |  | | 1. Área de almacenamiento o archivo de documentación | 0.5 Ptos |  |  |  |  | | 1. Area de lavado | 0.5 Pto |  |  |  |  | | **2.** | **MOBILIARIO:** |  |  | **2 (Ptos)** |  |  | | 1. Sillas o sillones para toma de muestras | 0.5 Ptos |  |  |  |  | | 1. Mobiliario para el área de recepción acorde a requerimientos de laboratorio de análisis clínicos | 0.5 Ptos |  |  |  |  | | 1. Mesones de trabajo | 0.5 Ptos |  |  |  |  | | 1. Estantería necesaria | 0.5 Ptos |  |  |  |  | | **3.** | **Equipamiento:**  El proponente debe contar con equipamiento moderno para el procesamiento de los estudios. En este requerimiento**, es indispensable que el proponente especifique en su propuesta el año de fabricación, marca e industria de todo el equipamiento que posee (Opcional, adjuntar documentación de respaldo).** La CSBP requiere que el proponente adjudicado cuente con equipamiento, instrumental y reactivos necesarios para la realización de todos los exámenes clínicos detallados en el Anexo Nº 1 “Estudios frecuentes y No frecuentes”. Los miembros de la Comisión de Calificación efectuaran una visita a los ambientes del proponente.  El proponente debe contar con los siguientes equipos mínimamente (los equipos pueden ser compartidos en diferentes áreas): |  |  | **10 (Ptos)** |  |  | | **QUIMICA SANGUINEA:**   * Analizadores Químicos * Analizadores de Electrolitos (Ionometro) * Baños térmicos * Vortex * Micropipetas * Cronómetros * Refrigerador clínico | 2.0 Ptos |  |  |  |  | | **HEMATOLOGÍA:**   * Contador (es) Hematológico (s) * Microscopio * Coagulómetro * Contador para formula diferencial * Refrigerador clínico * Rotador hematológico * Soportes de VSG * Pipeta Automáticas * Baño térmico * Aglutinoscopio * Rotador de Placa * Micro centrifugadora | 2.0 Ptos |  |  |  |  | | **MICROBIOLOGIA:**   * Microscopios * Estufa de cultivo para bacterias - hongos * Estufa de esterilización * Campana de flujo laminar * Ignitor eléctrico para ansas * Mechero bunse * Material de vidrio * Autoclave * Proveedor de sangre de cordero para preparación de medios de cultivos * Refrigerador clínico | 2.0 Ptos |  |  |  |  | | **INMUNOLOGIA:**   * Lector de Elisa * Lector de quimioluminiscencia (CLIA) * Nefelómetro * Rotador de Placa * Baño térmico * Incubador de Placas * Micropipetas propias del área * Cronómetros * Aglutinoscopio | 2.0 Ptos |  |  |  |  | | **UROANÁLISIS**   * Microscopio * Lector de tiras | 1 Ptos |  |  |  |  | | **PARASITOLOGÍA**   * Material para técnicas de concentración * Pool de muestras positivas para control y capacitación | 0.5 Ptos |  |  |  |  | | **OTROS, DESCRIBIR SI CUENTA CON MAYOR EQUIPAMIENTO.** | 0.5 Ptos |  |  |  |  | | **4.** | **BIOSEGURIDAD:**  La CSBP valorará el Sistema de Eliminación y Manejo de desechos y residuos del centro adjudicado, de acuerdo a normas vigentes.  **El proponente deberá explicar todo el funcionamiento de su sistema de bioseguridad**, mismo que será además evaluado en visita de la Comisión Calificadora.  Imprescindible el uso de material descartable para la toma de muestras.  **DEBE CONTAR CON UN MANUAL DE BIOSEGURIDAD PROPIO DEL LABORATORIO** |  |  | **4 (Ptos)** |  |  | | **5.** | **HORARIO DE TRABAJO RUTINARIO:**  La CSBP valorará las ofertas de los centros que tengan horarios de trabajo más extensos, de lunes a viernes y fines de semana.  El proponente debe especificar los horarios de atención de su centro. |  |  | **3 (Ptos)** |  |  | | **6.** | **EXPERIENCIA CERTIFICADA:**  El proponente necesariamente debe presentar documentos que avalen la experiencia de los servicios prestados, adjuntando las certificaciones correspondientes de instituciones de Salud Públicos, Privados y de la Seguridad Social de los últimos 5 años.  Todo acorde a lo establecido en el Formulario N° C-2 |  |  | **6 (Ptos)** |  |  | | **7.** | **PERSONAL ASIGNADO PARA PRESTAR EL SERVICIO:**  El proponente debe contar con profesionales con formación y experiencia avalada con Post grados y Experiencia comprobada, para lo cual debe adjuntar Hojas de Vida actualizada de los/las profesionales que brindarán el servicio. |  |  | **8 (Ptos)** |  |  | | * Jefe o Regente de Laboratorio   Con especialidad (Post Grado) y mínimo 5 años de experiencia específica**.** | 2 Ptos |  |  |  |  | | * Jefe o Responsable de Área de Química Clínica   Con especialidad (Post Grado) y mínimo 5 años de experiencia específica**.** | 1.5  Ptos |  |  |  |  | | * Jefe o Responsable de Área de Hematología   Con especialidad (Post Grado) y mínimo 5 años de experiencia específica**.** | 1.5  Ptos |  |  |  |  | | * Jefe o Responsable de Área de Microbiología   Con especialidad (Post Grado) y mínimo 5 años de experiencia específica**.** | 1  Ptos |  |  |  |  | | * Jefe o Responsable de Área de Inmunología   Con especialidad (Post Grado) y mínimo 5 años de experiencia específica**.** | 1  Ptos |  |  |  |  | | * Responsable del sistema de gestión de calidad   Con especialidad (Post Grado) y mínimo 5 años de experiencia específica**.** | 1 Ptos |  |  |  |  | | **8.** | **UBICACIÓN:**  Es recomendable que el Centro del proponente se encuentre ubicado en la dirección más próxima al Policonsultorio de la CSBP y que cuente con mayor facilidad de acceso peatonal y vehicular. |  |  | **3 (Ptos)** |  |  | | 1.- Calle, Avenida u otro (Dentro del Casco viejo de la ciudad) | 1 Pts |  |  |  |  | | 2.- Teléfono, correo electrónico e internet | 0.5 Ptos |  |  |  |  | | 3.- Fax | 0.5 Ptos |  |  |  |  | | 4.- Sucursales (una o más sucursales) | 1 Ptos |  |  |  |  | | **Total, puntaje** | | | | **50 PTS** |  |  | | |
| 1. **CALIFICACIÓN FINAL** | La Comisión de Calificación emitirá el Informe Final de evaluación recomendando la adjudicación a la propuesta mejor calificada, sin que necesariamente sea aquella cuyo precio ofertado y leído en el acto de apertura fue el más bajo.  El puntaje final por ítem se obtendrá sumando los puntajes obtenidos en la valuación de la oferta técnica y la oferta económica.  El procedimiento para la evaluación de la propuesta técnica (calidad) y propuesta económica; así como la obtención del puntaje final se repetirá para todos y cada uno de los ítems requeridos.  La Comisión de Calificación recomendará la adjudicación por ítems y precios unitarios de los bienes que tengan la propuesta con el MAYOR PUNTAJE resultante de la suma obtenida en la evaluación técnica y la evaluación económica. |
| 1. **PLAZO DE EVALUACIÓN** | La Comisión de Calificación evaluará la o las propuestas y preparará el Informe de Calificación Final y Recomendación en el plazo establecido según cronograma.  Este informe será remitido con carácter de recomendación y no creará derecho alguno a favor del o los proponentes adjudicados.  En ningún caso los proponentes podrán solicitar información de otras propuestas. |
| 1. **CONTENIDO DEL INFORME DE CALIFICACION FINAL Y RECOMENDACIÓN** | El informe de calificación final y recomendación, deberá contener como mínimo los siguientes aspectos:   1. Nómina de los proponentes y precios ofertados 2. Cuadros comparativos 3. Cuadros y formularios de evaluación de la propuesta técnica y la propuesta económica 4. Cuadros que detalle los ítems que se recomienda adjudicar, señalando precio referencial, precio adjudicado y diferencia. 5. Detalle de errores subsanables, cuando corresponda. 6. Detalle de inhabilitación de propuestas, ítems o lotes, según corresponda, señalando en cada caso la causal correspondiente. 7. Otros aspectos que la Comisión de Calificación considere pertinentes 8. Recomendación de aclaración o declaratoria desierta. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE IV**  **ESPECIFICACIONES TECNICAS** | |
| 1. **PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS**   Los oferentes interesados en prestar los servicios de Laboratorio Clínico, deberán contar con Laboratorio Clínico Nivel II, según la Normativa del Ministerio de Salud y deportes de Bolivia y el SEDES Departamental; con instalaciones con capacidad para funcionar inmediatamente o bien que las mismas se encuentren en funcionamiento, así como satisfacer los requisitos y condiciones mínimas que se establecen a continuación:   1. **DEL SERVICIO**   El Centro deberá brindar atención las 24 horas del día, incluyendo fines de semana, feriados, paros y otros, sin costo adicional, lo que permitirá atención de emergencias.  En caso de que, por algún motivo, (desperfectos, mantenimiento, falta de reactivos, etc.) el centro contratado no pueda prestar el servicio a la CSBP, deberá contratar por cuenta propia los servicios de otro centro similar para garantizar la continuidad en la prestación de servicios.   1. **TIPOS DE EXÁMENES.**   **(Exámenes frecuentes y No frecuentes)**  El centro debe tener la capacidad para realizar TODOS los estudios detallados en el ANEXO 1.  Además, ofertar servicios por paquete:  • PAQUETE N°1, de pruebas generales o de rutina, en una cantidad mensual de 1000 exámenes  • PAQUETE N°2, 200 PRUEBAS especiales y 80 PRUEBAS de la Clínica: Total: 280 pruebas.  Cantidades mayores a las mencionadas en ambos paquetes se pagarán por evento.  Si existen algunos estudios que no pueden ser realizados, debe especificar cuáles y comprometerse a la derivación de estos estudios a otro centro, por cuenta propia y bajo su responsabilidad, garantizando calidad.  Estos exámenes tendrán costo individual y el proponente debe detallar el mismo de cada uno en su propuesta económica.   1. **CUMPLIMIENTO DE HORARIOS.**   **Atención en casos de emergencia y hospitalización:**  • Los requerimientos de emergencias (ambulatorias o de hospitalización) deben ser atendidos en un periodo no mayor a 30 minutos para la toma de muestra.  • En caso de atenciones de emergencia, los resultados deberán ser comunicados al médico tratante en un lapso no mayor a 4 horas, con excepción de los estudios que requieran mayor tiempo de procesamiento.  • La toma de muestras de rutina a pacientes hospitalizados, se efectuará a requerimiento. El traslado del personal va por cuenta del laboratorio.  • Provisión de EPPS, a cargo de la CSBP, mismo que inicialmente será previsto por el Laboratorio para toma de muestras de rutina a paciente Hospitalizados con patología COVID-19 y repuesto mensualmente por la CSBP.  **Atención ambulatoria de rutina:**  • Las muestras de rutina a pacientes ambulatorios en el laboratorio del proponente y en el Policonsultorio de la CSBP deberán ser tomadas y/o recibidas de 07:00 a 10:00 o 7:30 a 10:30 a.m. La CSBP se responsabiliza por la comunicación a sus asegurados.   1. **DOTACIÓN DE INSUMOS.**   El Centro deberá proveer a la CSBP envases de buena calidad para la recolección de las diferentes muestras, tanto en pacientes ambulatorios como en pacientes hospitalizados y/o quirúrgicos.   1. **EQUIPO DE COMPUTACIÓN.**   El Centro contratado deberá contar con un equipo de computación, con procesador CORE I5 o superior, disco duro de 1 TB mínimo, memoria RAM de 2 GB mínimo, con puerto de red.  Con acceso a Internet ADSL mínimo de 256 MBPS para uso del Sistema Administrativo Médico Integrado (SAMI CSBP) en su módulo laboratorio. (SAMIOFFLINE)   1. **PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y FACTURACIÓN.**   Cada vigésimo quinto día hábil de cada mes, de acuerdo a un cronograma elaborado por la CSBP, el Centro contratado presentará un reporte estadístico y detalle de los estudios realizados en el mes, tanto en la modalidad de estudios frecuentes como no frecuentes (estos últimos con costo unitario), para la verificación y validación de servicios por la CSBP y posterior emisión de las facturas respectivas.   1. **ENTREGA DE RESULTADOS.**   El Centro se compromete a la entrega de resultados en el día en instalaciones de la CSBP. Salvo en estudios que requieren más tiempo de procesamiento, aspecto que será comunicado a la CSBP.   1. **COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL.**   El Centro se compromete a participar de reuniones de coordinación convocadas por la CSBP y podrá también solicitar reuniones para tratar temas de interés común, como el funcionamiento de los Comités de Vigilancia de Infecciones Intra Hospitalarias y otros.   1. **CERTIFICADOS DE CALIDAD.**   El centro debe contar con los siguientes certificados de calidad:  • Certificado de Control de Calidad emitido por instancia legalmente establecida por el Ministerio de Salud. (Adjuntar fotocopia simple)  • Control de calidad interno (Adjuntar fotocopia simple)  • Certificación de Calidad de los Reactivos que utiliza (Adjuntar fotocopia simple)   1. **INFRAESTRUCTURA:**   a) Sala de espera y recepción de muestras  b) Baño para pacientes  c) Baño para empleados  d) Oficina del director, jefe o regente del laboratorio  e) Área de toma de muestras  f) Área de química sanguínea  g) Área de hematología  h) Área de separación de muestras  i) Área de inmunología - Serología  j) Área de COVID-19  k) Área de microbiología  l) Área de informática y/o administrativa  m) Área de Parasitología  n) Área de Orinas y Líquidos Biológicos  o) Casilleros individuales para los trabajadores  p) Área de almacenamiento de reactivos  q) Área de reposo para pacientes  r) Área de almacenamiento o archivo de documentación  s) Área de lavado   1. **MOBILIARIO:**   a) Sillas o sillones para toma de muestras  b) Mobiliario para el área de recepción acorde a requerimientos de laboratorio de análisis clínicos  c) Mesones de trabajo  d) Estantería necesaria   1. **EQUIPAMENTO:**   El proponente debe contar con equipamiento moderno para el procesamiento de los estudios. En este requerimiento, es indispensable que el proponente especifique en su propuesta el año de fabricación, marca e industria de todo el equipamiento que posee (Opcional, adjuntar documentación de respaldo).  La CSBP requiere que el proponente adjudicado cuente con equipamiento, instrumental y reactivos necesarios para la realización de todos los exámenes clínicos detallados en el Anexo Nº 1 “Estudios frecuentes y No frecuentes”. Los miembros de la Comisión de Calificación efectuaran una visita a los ambientes del proponente.  El proponente debe contar con los siguientes equipos mínimamente (los equipos pueden ser compartidos en diferentes áreas):   * 1. **QUÍMICA SANGUÍNEA:** * Analizadores Químicos * Analizadores de Electrolitos (Ionometro) * Baños térmicos * Vortex * Micropipetas * Cronómetros * Refrigerador clínico   1. **HEMATOLOGÍA:** * Contador (es) Hematológico (s) * Microscopio * Coagulómetro * Contador para formula diferencial * Refrigerador clínico * Rotador hematológico * Soportes de VSG * Pipeta Automáticas * Baño térmico * Aglutinoscopio * Rotador de Placa * Micro centrifugadora   1. **MICROBIOLOGIA:** * Microscopios * Estufa de cultivo para bacterias - hongos * Estufa de esterilización * Campana de flujo laminar * Ignitor eléctrico para ansas * Mechero bunse * Material de vidrio * Autoclave * Proveedor de sangre de cordero para preparación de medios de cultivos * Refrigerador clínico   1. **INMUNOLOGÍA:** * Lector de Elisa * Lector de quimioluminiscencia (CLIA) * Nefelómetro * Rotador de Placa * Baño térmico * Incubador de Placas * Micropipetas propias del área * Cronómetros * Aglutinoscopio   1. **UROANÁLISIS** * Microscopio * Lector de tiras   1. **PARASITOLOGÍA** * Material para técnicas de concentración * Pool de muestras positivas para control y capacitación  1. **BIOSEGURIDAD:**   La CSBP valorará el Sistema de Eliminación y Manejo de desechos y residuos del centro adjudicado, de acuerdo a normas vigentes.  El proponente deberá explicar todo el funcionamiento de su sistema de bioseguridad, mismo que será además evaluado en visita de la Comisión Calificadora.  Imprescindible el uso de material descartable para la toma de muestras.  **DEBE CONTAR CON UN MANUAL DE BIOSEGURIDAD PROPIO DEL LABORATORIO APROBADO POR SEDES**   1. **HORARIO DE TRABAJO RUTINARIO:**   La CSBP valorará las ofertas de los centros que tengan horarios de trabajo más extensos, de lunes a viernes y fines de semana.  El proponente debe especificar los horarios de atención de su centro.   1. **EXPERIENCIA CERTIFICADA:**   El proponente necesariamente debe presentar documentos que avalen la experiencia de los servicios prestados, adjuntando las certificaciones correspondientes de instituciones de Salud Públicos, Privados y de la Seguridad Social de los últimos 5 años.  Todo acorde a lo establecido en el Formulario N° C-2   1. **PERSONAL ASIGNADO PARA PRESTAR EL SERVICIO:**   El proponente debe contar con profesionales con formación y experiencia avalada con Post grados y Experiencia comprobada, para lo cual debe adjuntar Hojas de Vida actualizada de los/las profesionales que brindarán el servicio.   * Jefe o Regente de Laboratorio con especialidad (Post Grado) y mínimo 5 años de experiencia específica. * Jefe o Responsable de Área de Química Clínica con especialidad (Post Grado) y mínimo 5 años de experiencia específica. * Jefe o Responsable de Área de Hematología con especialidad (Post Grado) y mínimo 5 años de experiencia específica. * Jefe o Responsable de Área de Microbiología con especialidad (Post Grado) y mínimo 5 años de experiencia específica. * Jefe o Responsable de Área de Inmunología con especialidad (Post Grado) y mínimo 5 años de experiencia específica. * Responsable del sistema de gestión de calidad con especialidad (Post Grado) y mínimo 5 años de experiencia específica.  1. **UBICACIÓN:**   Es recomendable que el Centro del proponente se encuentre ubicado en la dirección más próxima al Policonsultorio de la CSBP y que cuente con mayor facilidad de acceso peatonal y vehicular.  1.- Calle, Avenida u otro (Dentro del Casco viejo de la ciudad)  2.- Teléfono, correo electrónico e internet  3.- Fax  4.- Sucursales (una o más sucursales) |

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

**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.: Comparación de propuestas CP-02-24**

**SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO**

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

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

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

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

\*Para Sociedad Anónima y de Responsabilidad Limitada:

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

\*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.

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 ECONÓMICA**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PUNTAJE** |
| El proponente que oferte los estudios requeridos y al menor costo obtendrá los 50 puntos.  El resto de los proponentes tendrán un puntaje ponderado en relación al proponente que obtenga los 50 puntos | 50 |
| **T O T A L** | **50** |

Divididos de la siguiente manera:

|  |  |
| --- | --- |
| **DETALLE** | **MONTO Bs.** |
| Costo por paquete para los Estudios Frecuentes |  |
| Costo por evento para los Estudios Frecuentes |  |
| Costo por paquete para los Estudios NO Frecuentes |  |
| Costo por evento para los Estudios NO Frecuentes |  |
| **(50 PUNTOS) TOTAL Bs.** |  |

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

**(Firma del Representante Legal)**

**(Nombre completo del Representante Legal)**

**FORMULARIO N° 4**

**PROPUESTA TÉCNICA**

**1. Requerimientos Fundamentales o Habilitantes:** Comprenden un listado de requerimientos que la CSBP establece como INDISPENSABLES, para un servicio de calidad a sus asegurados. Estos requerimientos deben ser satisfechos o cubiertos en un 100 % por las empresas proponentes para que sus propuestas puedan ser consideradas o habilitadas para etapas posteriores de calificación. Si algún proponente no cumple con alguno de estos requerimientos fundamentales, su propuesta será inhabilitada.

Los **requerimientos Indispensables** son los siguientes:

**SERVICIO: LABORATORIO CLÍNICO**

**REQUISITOS INDISPENSABLES**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARA SER LLENADO POR LA CSBP | | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP | | |
| CARACTERÍSTICA SOLICITADA | | Característica ofertada | Cumple | | OBSERVACIONES  (especificar por qué no cumple) |
| SI | NO |  |
| *1.* | **Legalidad de funcionamiento**  Autorización de funcionamiento otorgado por SEDES.  **Adjuntar fotocopia simple** |  |  |  |  |
| *2.* | **Continuidad del Servicio**  En caso de que, por algún motivo, (desperfectos, mantenimiento, falta de reactivos, etc.) el centro contratado no pueda prestar el servicio a la CSBP, deberá contratar **por cuenta propia** los servicios de otro centro similar para garantizar la continuidad en la prestación de servicios.  **El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento**. |  |  |  |  |
| *3.* | **Atención continua**  El Centro deberá brindar atención las 24 horas del día, incluyendo fines de semana, feriados, paros y otros, **sin costo adicional**, lo que permitirá atención de emergencias.  **El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento**. |  |  |  |  |
| *4.* | **Tipos de exámenes**  **(Exámenes frecuentes y No frecuentes)**  El centro debe tener la capacidad para realizar **TODOS los estudios** detallados en el ANEXO 1.  Además, ofertar servicios por paquete:   * **PAQUETE N°1**, de pruebas generales o de rutina, en una cantidad mensual de 1000 exámenes * **PAQUETE N°2**, 200 PRUEBAS especiales y 80 PRUEBAS de la Clínica: Total: 280 pruebas.   ***Cantidades mayores a las mencionadas en ambos paquetes se pagarán por evento.***  Si existen algunos estudios que no pueden ser realizados, debe especificar cuáles y comprometerse a la derivación de estos estudios a otro centro, por cuenta propia y bajo su responsabilidad, garantizando calidad.  Estos exámenes tendrán costo individual y el proponente debe detallar el mismo de cada uno en su propuesta económica.  **El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |  |  |  |  |
| *5.* | **Cumplimiento de horarios**  Atención en casos de emergencia y hospitalización:   * Los requerimientos de emergencias (ambulatorias o de hospitalización) deben ser atendidos en un periodo no mayor a 30 minutos para la toma de muestra. * En caso de atenciones de emergencia, los resultados deberán ser comunicados al médico tratante en un lapso no mayor a 4 horas, con excepción de los estudios que requieran mayor tiempo de procesamiento. * La toma de muestras de rutina a pacientes hospitalizados, se efectuará a requerimiento. El traslado del personal va por cuenta del laboratorio. * Provisión de EPPS, a cargo de la CSBP, mismo que inicialmente será previsto por el Laboratorio para toma de muestras de rutina a paciente Hospitalizados con patología COVID-19 y repuesto mensualmente por la CSBP.   Atención ambulatoria de rutina:   * Las muestras de rutina a pacientes ambulatorios en el laboratorio del proponente y en el Policonsultorio de la CSBP deberán ser tomadas y/o recibidas **de 07:00 a 10:00** o 7:30 a 10:30 a.m. La CSBP se responsabiliza por la comunicación a sus asegurados.   **El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |  |  |  |  |
| *6.* | **Dotación de insumos**  El Centro deberá proveer a la CSBP envases de buena calidad para la recolección de las diferentes muestras, tanto en pacientes ambulatorios como en pacientes hospitalizados y/o quirúrgicos.  **El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |  |  |  |  |
| *7.* | **Equipo de computación**  El Centro contratado deberá contar con un equipo de computación, con procesador CORE I5 o superior, disco duro de 1 TB mínimo, memoria RAM de 2 GB mínimo, con puerto de red.  Con acceso a Internet ADSL mínimo de 256 MBPS para uso del Sistema Administrativo Médico Integrado (SAMI CSBP) en su módulo laboratorio. **(SAMIOFFLINE)**  **El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |  |  |  |  |
| *8.* | **Presentación de la información y facturación**  Cada vigésimo quinto día hábil de cada mes, de acuerdo a un cronograma elaborado por la CSBP, el Centro contratado presentará un reporte estadístico y detalle de los estudios realizados en el mes, tanto en la modalidad de estudios frecuentes como no frecuentes (estos últimos con costo unitario), para la verificación y validación de servicios por la CSBP y posterior emisión de las facturas respectivas.  **El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |  |  |  |  |
| 9. | **Entrega de resultados**  El Centro se compromete a la entrega de resultados en el día en instalaciones de la CSBP. Salvo en estudios que requieren más tiempo de procesamiento, aspecto que será comunicado a la CSBP.  **El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |  |  |  |  |
| 10. | **Coordinación interinstitucional**  El Centro se compromete a participar de reuniones de coordinación convocadas por la CSBP y podrá también solicitar reuniones para tratar temas de interés común, como el funcionamiento de los Comités de Vigilancia de Infecciones Intra Hospitalarias y otros.  **El proponente debe manifestar su compromiso sobre este requerimiento.** |  |  |  |  |
| *11.* | **Certificados de Calidad**  El centro debe contar con los siguientes certificados de calidad:   * Certificado de Control de Calidad emitido por instancia legalmente establecida por el Ministerio de Salud. (Adjuntar fotocopia simple) * Control de calidad interno (Adjuntar fotocopia simple) * Certificación de Calidad de los Reactivos que utiliza (Adjuntar fotocopia simple) |  |  |  |  |

**2. Requerimientos Calificables**: Comprenden un listado de requerimientos que la CSBP establece para ser verificados, calificados y sujetos a puntuación por parte de la Comisión de Calificación, según los siguientes criterios de calificación.

Esta calificación técnica se efectuará sobre un total de 50 puntos, de los cuales los proponentes deberán obtener por lo menos 40 puntos, caso contrario la propuesta será inhabilitada.

Los requerimientos calificables son los siguientes:

**PROPUESTA TÉCNICA**

**REQUISITOS CALIFICABLES**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARA SER LLENADO POR LA CSBP | | | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | PARA LA CALIFICACIÓN DE LA CSBP | | |
| CARACTERISTICA SOLICITADA | | | CARACTERISTICA OFERTADA | Puntaje | | OBSERVACIONES |
| Total, Establecido | Asignado |
|  | | **Sub**  **Ptos** |  |  |  |  |
| **1.** | **INFRAESTRUCTURA:** |  |  | **14 (Ptos)** |  |  |
| 1. Sala de espera y recepción de muestras | 1 Ptos |  |  |  |  |
| 1. Baño para pacientes | 1 Ptos |  |  |  |  |
| 1. Baño para empleados | 1 Ptos |  |  |  |  |
| 1. Oficina del director, jefe o regente del laboratorio | 0.5 Ptos |  |  |  |  |
| 1. Área de toma de muestras | 0.5 Ptos |  |  |  |  |
| 1. Área de química sanguínea | 1 Ptos |  |  |  |  |
| 1. Área de hematología | 1 Ptos |  |  |  |  |
| 1. Área de separación de muestras | 1 Ptos |  |  |  |  |
| 1. Área de inmunología - Serología | 0.5 Ptos |  |  |  |  |
| 1. Área de COVID-19 | 0.5 Ptos |  |  |  |  |
| 1. Área de microbiología | 1 Ptos |  |  |  |  |
| 1. Área de informática y/o administrativa | 0.5 Ptos |  |  |  |  |
| 1. Área de Parasitología | 1 Ptos |  |  |  |  |
| 1. Área de Orinas y Líquidos Biológicos | 1 Ptos |  |  |  |  |
| 1. Casilleros individuales para los trabajadores | 0.5 Ptos |  |  |  |  |
| 1. Área de almacenamiento de reactivos | 0.5 Ptos |  |  |  |  |
| 1. Área de reposo para pacientes | 0.5 Ptos |  |  |  |  |
| 1. Área de almacenamiento o archivo de documentación | 0.5 Ptos |  |  |  |  |
| 1. Area de lavado | 0.5 Pto |  |  |  |  |
| **2.** | **MOBILIARIO:** |  |  | **2 (Ptos)** |  |  |
| 1. Sillas o sillones para toma de muestras | 0.5 Ptos |  |  |  |  |
| 1. Mobiliario para el área de recepción acorde a requerimientos de laboratorio de análisis clínicos | 0.5 Ptos |  |  |  |  |
| 1. Mesones de trabajo | 0.5 Ptos |  |  |  |  |
| 1. Estantería necesaria | 0.5 Ptos |  |  |  |  |
| **3.** | **Equipamiento:**  El proponente debe contar con equipamiento moderno para el procesamiento de los estudios. En este requerimiento**, es indispensable que el proponente especifique en su propuesta el año de fabricación, marca e industria de todo el equipamiento que posee (Opcional, adjuntar documentación de respaldo).** La CSBP requiere que el proponente adjudicado cuente con equipamiento, instrumental y reactivos necesarios para la realización de todos los exámenes clínicos detallados en el Anexo Nº 1 “Estudios frecuentes y No frecuentes”. Los miembros de la Comisión de Calificación efectuaran una visita a los ambientes del proponente.  El proponente debe contar con los siguientes equipos mínimamente (los equipos pueden ser compartidos en diferentes áreas): |  |  | **10 (Ptos)** |  |  |
| **QUIMICA SANGUINEA:**   * Analizadores Químicos * Analizadores de Electrolitos (Ionometro) * Baños térmicos * Vortex * Micropipetas * Cronómetros * Refrigerador clínico | 2.0 Ptos |  |  |  |  |
| **HEMATOLOGÍA:**   * Contador (es) Hematológico (s) * Microscopio * Coagulómetro * Contador para formula diferencial * Refrigerador clínico * Rotador hematológico * Soportes de VSG * Pipeta Automáticas * Baño térmico * Aglutinoscopio * Rotador de Placa * Micro centrifugadora | 2.0 Ptos |  |  |  |  |
| **MICROBIOLOGIA:**   * Microscopios * Estufa de cultivo para bacterias - hongos * Estufa de esterilización * Campana de flujo laminar * Ignitor eléctrico para ansas * Mechero bunse * Material de vidrio * Autoclave * Proveedor de sangre de cordero para preparación de medios de cultivos * Refrigerador clínico | 2.0 Ptos |  |  |  |  |
| **INMUNOLOGIA:**   * Lector de Elisa * Lector de quimioluminiscencia (CLIA) * Nefelómetro * Rotador de Placa * Baño térmico * Incubador de Placas * Micropipetas propias del área * Cronómetros * Aglutinoscopio | 2.0 Ptos |  |  |  |  |
| **UROANÁLISIS**   * Microscopio * Lector de tiras | 1 Ptos |  |  |  |  |
| **PARASITOLOGÍA**   * Material para técnicas de concentración * Pool de muestras positivas para control y capacitación | 0.5 Ptos |  |  |  |  |
| **OTROS, DESCRIBIR SI CUENTA CON MAYOR EQUIPAMIENTO.** | 0.5 Ptos |  |  |  |  |
| **4.** | **BIOSEGURIDAD:**  La CSBP valorará el Sistema de Eliminación y Manejo de desechos y residuos del centro adjudicado, de acuerdo a normas vigentes.  **El proponente deberá explicar todo el funcionamiento de su sistema de bioseguridad**, mismo que será además evaluado en visita de la Comisión Calificadora.  Imprescindible el uso de material descartable para la toma de muestras.  **DEBE CONTAR CON UN MANUAL DE BIOSEGURIDAD PROPIO DEL LABORATORIO APROBADO POR SEDES** |  |  | **4 (Ptos)** |  |  |
| **5.** | **HORARIO DE TRABAJO RUTINARIO:**  La CSBP valorará las ofertas de los centros que tengan horarios de trabajo más extensos, de lunes a viernes y fines de semana.  El proponente debe especificar los horarios de atención de su centro. |  |  | **3 (Ptos)** |  |  |
| **6.** | **EXPERIENCIA CERTIFICADA:**  El proponente necesariamente debe presentar documentos que avalen la experiencia de los servicios prestados, adjuntando las certificaciones correspondientes de instituciones de Salud Públicos, Privados y de la Seguridad Social de los últimos 5 años.  Todo acorde a lo establecido en el Formulario N° C-2 |  |  | **6 (Ptos)** |  |  |
| **7.** | **PERSONAL ASIGNADO PARA PRESTAR EL SERVICIO:**  El proponente debe contar con profesionales con formación y experiencia avalada con Post grados y Experiencia comprobada, para lo cual debe adjuntar Hojas de Vida actualizada de los/las profesionales que brindarán el servicio. |  |  | **8 (Ptos)** |  |  |
| * Jefe o Regente de Laboratorio   Con especialidad (Post Grado) y mínimo 5 años de experiencia específica**.** | 2 Ptos |  |  |  |  |
| * Jefe o Responsable de Área de Química Clínica   Con especialidad (Post Grado) y mínimo 5 años de experiencia específica**.** | 1.5  Ptos |  |  |  |  |
| * Jefe o Responsable de Área de Hematología   Con especialidad (Post Grado) y mínimo 5 años de experiencia específica**.** | 1.5  Ptos |  |  |  |  |
| * Jefe o Responsable de Área de Microbiología   Con especialidad (Post Grado) y mínimo 5 años de experiencia específica**.** | 1  Ptos |  |  |  |  |
| * Jefe o Responsable de Área de Inmunología   Con especialidad (Post Grado) y mínimo 5 años de experiencia específica**.** | 1  Ptos |  |  |  |  |
| * Responsable del sistema de gestión de calidad   Con especialidad (Post Grado) y mínimo 5 años de experiencia específica**.** | 1 Ptos |  |  |  |  |
| **8.** | **UBICACIÓN:**  Es recomendable que el Centro del proponente se encuentre ubicado en la dirección más próxima al Policonsultorio de la CSBP y que cuente con mayor facilidad de acceso peatonal y vehicular. |  |  | **3 (Ptos)** |  |  |
| 1.- Calle, Avenida u otro (Dentro del Casco viejo de la ciudad) | 1 Pts |  |  |  |  |
| 2.- Teléfono, correo electrónico e internet | 0.5 Ptos |  |  |  |  |
| 3.- Fax | 0.5 Ptos |  |  |  |  |
| 4.- Sucursales (una o más sucursales) | 1 Ptos |  |  |  |  |
| **Total, puntaje** | | | | **50 PTS** |  |  |

ANEXO Nº 1 ESTUDIOS FRECUENTES Y NO FRECUENTES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| EXÁMENES FRECUENTES | | | |
| N° | EXAMEN | N° | EXAMEN |
| 1 | ACIDO ÚRICO | 26 | T.S.H. |
| 2 | BILIRRUBINAS SÉRICAS | 27 | TEST DE EMBARAZO |
| 3 | CALCIO IONIZADO | 28 | TGO (ALT) |
| 4 | COLESTEROL | 29 | TIEMPO DE COAGULACIÓN |
| 5 | COPROPARASITOLÓGICO SIMPLE | 30 | TIEMPO DE PROTOMBINA |
| 6 | CORONAVIRUS PRUEBA RÁPIDA | 31 | TIEMPO DE SANGRÍA |
| 7 | CORONAVIRUS PRUEBA RÁPIDA ANTÍGENO  NASAL | 32 | TIEMPO DE TROMBINA |
| 8 | CREATININA | 33 | TOXOPLASMA Ig M |
| 9 | CURVA DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA | 34 | TRIGLICÉRIDOS |
| 10 | DESHIDROGENASA LÁCTICA | 35 | UROCULTIVO Y ANTIBIOGRAMA |
| 11 | ESTRADIOL | 36 | ANTÍGENO PRÓSTATA ESPECIFICO LIBRE |
| 12 | EXAMEN EN FRESCO DE SECRECIÓN VAGINAL | 37 | CALCIO SÉRICO |
| 13 | EXAMEN GENERAL DE ORINA | 38 | DIMERO D |
| 14 | FOSFATASA ALCALINA | 39 | ELISA PARA COVID - 19 |
| 15 | GLUCOSA | 40 | FERRITINA |
| 16 | GLUCOSA 120 POSTPRANDIAL | 41 | HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO |
| 17 | GRUPO SANGUÍNEO Y RH | 42 | PSA TOTAL |
| 18 | HDL COLESTEROL | 43 | TOXOPLASMOSIS (HAI) |
| 19 | HEMOCULTIVO Y ANTIBIOGRAMA | 44 | TSH NEONATAL |
| 20 | HEMOGRAMA | 45 | HAI CHAGAS |
| 21 | LDL |  |  |
| 22 | PROTEÍNA C REACTIVA |  |  |
| 23 | REACCIÓN WIDAL-WEIL FELIX |  |  |
| 24 | RECUENTO DE PLAQUETAS |  |  |
| 25 | SANGRE OCULTA EN HECES |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| EXÁMENES NO FRECUENTES | | | |
| N° | EXAMEN | N° | EXAMEN |
| 1 | 17 HIDROXIPROGESTERONA | 36 | ANTICUERPOS ANTINEUTROFILO (ANCA) |
| 2 | ACETONA SERICA | 37 | ANTICUERPOS ANTINUCLEARES |
| 3 | ACIDO FOLICO | 38 | ANTICUERPOS ANTIPLAQUETARIO IGG |
| 4 | ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS | 39 | ANTICUERPOS ANTITIROGLOBULINA |
| 5 | ACTH | 40 | ANTICUERPOS ANTITIROIDEOS |
| 6 | ALBUMINA | 41 | ANTICUERPOS DERMATOMIOSITIS |
| 7 | ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS- | 42 | ANTICUERPOS IGG (ANTI CLAMYDIA  TRACHOMATIS) |
| 8 | ALDOLASA SERICA | 43 | ANTICUERPOS SSA (INMUNOFLUORESCENCIA) |
| 9 | ALFA 1 ANTITRIPSINA | 44 | ANTIENDOMISIO IG A |
| 10 | ALPHA AMILASA | 45 | ANTIESTREPTOLISINAS |
| 11 | AMEBAS | 46 | ANTIGENEMIA PARA H. PYLORI |
| 12 | AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS | 47 | ANTIGENO PLACENTARIO |
| 13 | AMILASA PANCREATICA | 48 | ANTIGLIADINA IG A |
| 14 | ANALISIS DE CALCULO RENAL | 49 | ANTIGLIADINA IG G |
| 15 | ANDROSTENEDIONA | 50 | ANTITRANSGLUTAMINASA IG A |
| 16 | ANTI CC P | 51 | ANTITRANSGLUTAMINASA IG G |
| 17 | ANTI DNA DS | 52 | APOLIPOPROTEINA A |
| 18 | ANTI DNA SS | 53 | APOLIPOPROTEINA B |
| 19 | ANTI HISTONA | 54 | ASBESTO |
| 20 | ANTI SS A | 55 | AZUCARES REDUCTORES |
| 21 | ANTI SS B | 56 | B12 VITAMINA |
| 22 | ANTICUERPOS ANCA C | 57 | BETA - HCG LIBRE |
| 23 | ANTICUERPOS ANCA P | 58 | BILICULTIVO Y ANTIBIOGRAMA |
| 24 | ANTICUERPOS ANTI DNA | 59 | BILIRRUBINA EN ORINA |
| 25 | ANTICUERPOS ANTI HVC | 60 | BK1 |
| 26 | ANTICUERPOS ANTI JO | 61 | BK1, BK2, BK3 |
| 27 | ANTICUERPOS ANTI MITOCONDRIALES | 62 | BRUCELLA IGG |
| 28 | ANTICUERPOS ANTI RNP | 63 | BRUCELLA IGM |
| 29 | ANTICUERPOS ANTI SCL 70 | 64 | C1 INHIBIDOR DE LA ESTEREASA |
| 30 | ANTICUERPOS ANTI SM | 65 | CA-125 |
| 31 | ANTICUERPOS ANTI SS | 66 | CA-15-3 |
| 32 | ANTICUERPOS ANTI TPO | 67 | CA19-9 |
| 33 | ANTICUERPOS ANTI VHA | 68 | CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS |
| 34 | ANTICUERPOS ANTICITOPLASMATICOS | 69 | CALCITONINA |
| 35 | ANTICUERPOS ANTIMUSCULO LISO | 70 | CARGA VIRAL VIH |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 71 | CEA (ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO) | 108 | CULTIVO Y ANTIBIOGRAMA DE SECRECIÓN NO ESPECIFICA |
| 72 | CHLAMYDIA (INFECCION ACTIVA ANTIGENO) IFD | 109 | CYFRA 21-1 |
| 73 | CHLAMYDIA Ig G | 110 | DEHIDROXIVITAMINA (D3) |
| 74 | CHLAMYDIA Ig M | 111 | DEMODEX FOLICULORUM |
| 75 | CISTICERCOSIS - ANTICUERPOS | 112 | DENGUE IgG - IgM |
| 76 | CITOMEGALOVIRUS | 113 | DEPURACIÓN DE CREATININA DE 24 HORAS EN ORINA |
| 77 | CITOMEGALOVIRUS IG G | 114 | DETECCIÓN RÁPIDA CLAMIDIA EN SEC. VAGINA |
| 78 | CITOMEGALOVIRUS IG M | 115 | DETERMINACIÓN DE BILIRRUBINAS |
| 79 | CITOQUÍMICO DE LÍQUIDOS SINOVIAL | 116 | DHEA |
| 80 | CLORO EN ORINA DE 24 HS | 117 | ELECTROLITOS EN HECES CL |
| 81 | COMPLEMENTO C4 | 118 | ELECTROLITOS EN HECES K |
| 82 | COMPLEMENTO C3 | 119 | ELECTROLITOS EN HECES NA |
| 83 | COPROCULTIVO Y ANTIBIOGRAMA | 120 | ELECTROLITOS EN ORINA CL |
| 84 | COPROPARASITOLÓGICO SERIADO | 121 | ELECTROLITOS EN ORINA K |
| 85 | CORONAVIRUS PCR | 122 | ELECTROLITOS EN ORINA NA |
| 86 | CORTISOL AM | 123 | ELECTROLITOS EN SUDOR |
| 87 | CORTISOL LIBRE URINARIO | 124 | ELECTROLITOS SÉRICOS NA-K-CL |
| 88 | CORTISOL PM | 125 | ELISA IG G DE AVIDEZ PARA TOXOPLASMA |
| 89 | CORTISOL SÉRICO | 126 | ELISA PARA CHAGAS |
| 90 | CPK NAC | 127 | ELISA PARA SÍFILIS |
| 91 | CPK-MB | 128 | ESPERMATOGRAMA |
| 92 | CPK-T | 129 | ESTRIOL |
| 93 | CREATININFOSFOQUINASA | 130 | ESTRIOL LIBRE |
| 94 | CREATINURIA DE 24 HORAS | 131 | EXAMEN MICOLÓGICO DIRECTO |
| 95 | CRISTALIZACIÓN DE LIQUIDO AMNIÓTICO | 132 | F.S.H. |
| 96 | CULTI. P/BK Y ANTIBIOGRAMA | 133 | FACTOR REUMATOIDEO |
| 97 | CULTIVO DE HONGOS Y ANTIBIOGRAMA | 134 | FE SÉRICO- TRANSFERRINA |
| 98 | CULTIVO DE LCR Y ANTIBIOGRAMA | 135 | FIBRINÓGENO |
| 99 | CULTIVO DE SECRECIÓN BRONQUIAL | 136 | FOSFATASA ACIDA PROSTÁTICA |
| 100 | CULTIVO EN TAYER MARTIN | 137 | FOSFATASA ACIDA TOTAL |
| 101 | CULTIVO ESPERMA Y ANTIBIOGRAMA | 138 | FOSFORO |
| 102 | CULTIVO LIQ. SINOVIAL + ANTIBIOGRAMA | 139 | FOSFORO EN ORINA |
| 103 | CULTIVO PARA ANAEROBIOS | 140 | FRAGILIDAD CAPILAR |
| 104 | CULTIVO SEC. FARINGEA Y ANTIB. | 141 | FROTIS EXAMEN DIRECTO |
| 105 | CULTIVO SEC. PARANASAL ANTIBIOGRAMA | 142 | GAMMA-GLUTAMIL TRANSPEPTIDAS |
| 106 | CULTIVO SEC. URETRAL ANTIBIOGRAMA | 143 | GASES ARTERIALES |
| 107 | CULTIVO SEC. VAGINAL Y ANTIBIOGRAMA | 144 | GASTRINA |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 145 | GIARDIA LAMBLIA (EIA) | 182 | HISTOPLASMA ANTICUERPO IGG |
| 146 | GLOBULINAS | 183 | HIV (WESTERN BLOT) |
| 147 | GLUCOSA POST CARGA 1 HORA | 184 | HIV I - II (ELISA) |
| 148 | GLUCOSA POST CARGA 2 HORA | 185 | HORMONA DEL CRECIMIENTO |
| 149 | GLUCOSURIA | 186 | HORMONA DEL CRECIMIENTO POST CARGA 120 MINUTOS |
| 150 | GOTA GRUESA PARA PALUDISMO | 187 | HORMONA DEL CRECIMIENTO POST CARGA 60 MINUTOS |
| 151 | GRASAS EN HECES | 188 | HORMONA DEL CRECIMIENTO POST CARGA 90 MINUTOS |
| 152 | HAPTOGLOBINA | 189 | HTLV - I ELISA |
| 153 | HCG CUANTITATIVO | 190 | IFB MYCOPLASMA UREAPLASMA |
| 154 | HELICOBACTER PYLORI | 191 | IFI INFLUENZA |
| 155 | HELICOBACTER PYLORI IGM | 192 | IFI PARA ANTICUERPOS ANTINUCLEARES |
| 156 | HELICOBACTER PYLORI IGG | 193 | IFI PARA CHAGAS |
| 157 | HEMATOCRITO | 194 | IGF - 1 |
| 158 | HEMATOCRITO EN LIQ. PLEURAL | 195 | INMUNOFLUORESCENCIA PARA CLAMIDIAS |
| 159 | HEMOAGLUTINACION INDIRECTA PARA CHAGAS (HAI-CHAGAS) | 196 | INMUNOGLOBULINA SERICA IGM |
| 160 | HEMOGLOBINA GLUCOSILADA | 197 | INMUNOGLOBULINA SERICA IGA |
| 161 | HEPATITIS "B" ANTI - ANTIGENO E | 198 | INMUNOGLOBULINA SERICA IGE |
| 162 | HEPATITIS "B" ANTIGENO DE SUPERFICIE | 199 | INMUNOGLOBULINA SERICA IGG |
| 163 | HEPATITIS "B" ANTIGENO E | 200 | INSULINA |
| 164 | HEPATITIS "C" CARGA VIRAL (PCR) | 201 | INSULINA POST CARGA 1 HORA |
| 165 | HEPATITIS A IG G | 202 | INSULINA POST CARGA 2 HORA |
| 166 | HEPATITIS A IG M | 203 | ISOSPORA BELLI |
| 167 | HEPATITIS ANTI HBCAG -ANTI CORE- | 204 | L.H. |
| 168 | HEPATITIS ANTI HBCAG -IGM- | 205 | LACTATO |
| 169 | HEPATITIS B (CARGA VIRAL POR PCR) | 206 | LIPASA |
| 170 | HEPATITIS B ANTI-ANTIGENO CORE TOTAL | 207 | LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO CITOQUIMICO |
| 171 | HEPATITIS B CORE TOTAL (IG"G"-IG"M") | 208 | LIQUIDO ASCITICO ADA |
| 172 | HEPATITIS C Ig G | 209 | LIQUIDO ASCITICO- CITOQUIMICO |
| 173 | HEPATITIS C Ig M | 210 | MAGNESIO |
| 174 | HERPES VIRUS TIPO 1Ig G | 211 | MAGNESIO EN ORINA DE 24 HS |
| 175 | HERPES VIRUS TIPO 1Ig M | 212 | MICOPLASMA IG M |
| 176 | HGC ANTISUBUNIDAD BETA | 213 | MICOPLASMA Y UREAPLASMA GENITAL |
| 177 | HIDATIDOSIS (ELISA) | 214 | MICRO METODO PARA DETERMINAR ENFERMEDAD DE CHAGAS |
| 178 | HIDROXIPROLINA EN ORINA 24 HS. | 215 | MICROALBUMINURIA DE 24 HRS |
| 179 | HIERRO SERICO | 216 | MICROHEMATOCRITO PARA CHAGAS |
| 180 | HISOPADO RECTAL | 217 | MOCO FECAL |
| 181 | HISTOPLASMA ANTICUERPO IGM | 218 | MONOTEST |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 219 | MORFOLOGIA DE GLOBULOS ROJOS EN ORINA RECIENTE | 256 | SEDIMENTO URINARIO |
| 220 | MYCOPLASMA Ig G | 257 | T3 |
| 221 | MYCOPLASMA Ig M | 258 | T4 |
| 222 | MYCOPLASMA V | 259 | T4 LIBRE |
| 223 | NITROGENO UREICO | 260 | TASA DE TRANSPORTE DE LITIO |
| 224 | NUS EN ORINA | 261 | TEST DE COOMBS DIRECTO |
| 225 | OXALATO EN ORINA DE 24 HORAS | 262 | TEST DE COOMBS INDIRECTO |
| 226 | PAPP-A | 263 | TEST DE COOMBS TITULO |
| 227 | PARATOHORMONA | 264 | TEST DE GRAHAM |
| 228 | PCR PARA B. KOCH | 265 | TEST DE HODSON |
| 229 | PCR PARA CHAGAS | 266 | TESTOSTERONA |
| 230 | PCR PARA CITOMEGALOVIRUS | 267 | TGP |
| 231 | PCR PARA HPV | 268 | TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL |
| 232 | PCR REACCION DE LA POLIMERASA PARA INFLUENZA VIRUS | 269 | TINCION GRAM |
| 233 | PEPTIDO C | 270 | TINCION PARA CLAMIDIAS |
| 234 | PH | 271 | TIROGLOBULINA |
| 235 | PH EN ORINA | 272 | TOXOPLASMA Ig G |
| 236 | POTASIO | 273 | TOXOPLASMA ISAGA IG "M" |
| 237 | PROCALCITONINA | 274 | TRANSFERERINA Y SATURACION, FIJACION DE HIERRO |
| 238 | PROGESTERONA | 275 | TRANSFERRINA |
| 239 | PROLACTINA | 276 | TRIPONINA T |
| 240 | PROTEINAS TOTALES | 277 | TROMBOCRITO |
| 241 | PROTEINOGRAMA | 278 | TROPONINA |
| 242 | PROTEINURIA 1 TOMA | 279 | TROPONINA C |
| 243 | PROTEINURIA DE 24 HORAS | 280 | TSH ULTRASENSIBLE |
| 244 | PRUEBA DE ADDIS | 281 | TUBERCULOSIS MODS (PRUEBA DIRECTA) |
| 245 | PRUEBA DE DETECCION DE LA TB QUANTIFERON | 282 | UREA |
| 246 | PRUEBA RAPIDA DE VIH | 283 | UREA EN ORINA |
| 247 | PRUEBA RAPIDA DENGUE | 284 | UREAPLASMA |
| 248 | RECUENTO EOSINOFILOS MOCO NASAL | 285 | VDRL de LCR |
| 249 | RECUENTO RETICULOCITOS | 286 | VELOCIDAD DE SEDIMENTACION |
| 250 | ROTAVIRUS | 287 | VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (PCR) |
| 251 | RPR (VDRL) | 288 | VIRUS EPSTEIN BARR Ig G |
| 252 | RT PCR PARA COVID 19 | 289 | VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO |
| 253 | RUBEOLA Ig M | 290 | VLDL |
| 254 | SANGRE OCULTA SERIADO | 291 | XENODIAGNOSTICO |
| 255 | SATURACION DE HIERRO/TRANSFERRINA |  |  |