Potosí, febrero 2025



**PLIEGO DE CONDICIONES**

**COMPARACIÓN DE PROPUESTAS**

**CP-01-25**

**CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIAS POR EVENTO PARA LA CSBP EN LA CIUDAD DE POTOSI 2025**

Aprobado Mediante el Manual de procedimientos de Compras y contrataciones, según resolución de Gerencia General No 018/2024 de 17 de septiembre de 2024 – Versión 1

PD.COM.04 – MODALIDAD DE COMPARACIÓN DE PROPUESTAS

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA****COMPARACIÓN DE PROPUESTAS** **CP-01-25**La Caja de Salud de la Banca Privada, Potosí invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIAS POR EVENTO PARA LA CSBP EN LA CIUDAD DE POTOSI 2025** |
| Tipo de Convocatoria: Comparación de propuestas |
| Forma de adjudicación: Por el total |
| Sistema de evaluación y adjudicación: Calidad y Precio |
| Encargados de atender consultas: Dra. Walter Olivares V. Ing. Natalia Barrientos Montes |
| Correo electrónico: walter.olivares@csbp.com.bo |
| Teléfono: 72440640  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.º** | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCION** |
| 1 | Publicación de la convocatoria en la Web | 05/02/2025 | 14:00 PM | Publicación en el portal <https://portal.csbp.com.bo/>  |
| 2 | Fecha límite para la Recepción de propuestas | 10/02/2025 | 10:00 AM | Presentación electrónica: natalia.barrientos@csbp.com.bowalter.olivares@csbp.com.boPresentación física: calle Periodista N.º 132 casi esquina Padilla en ventanilla de Plataforma |
| 3 | Apertura de propuestas | 10/02/2025 | 11:00 AM | Comisión de calificaciónCalle Periodista No 132, Policonsultorio CSBP |
| 4 | Inspección previa  | 11/02/2025 | 10:00 AM | CLÍNICAS  |
| 5 | Resultados del proceso  | 12/02/2025 | 10:00 AM | Notificación vía correo electrónico al/los proveedore/s adjudicado/s |

**CRONOGRAMA DE PLAZOS**

(\*) Estas fechas son referenciales y podrán ser modificadas de acuerdo a la necesidad y situaciones que ameriten su modificación

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***REQUISITOS NECESARIOS DEL SERVICIO***  | ***PARA SER LLENADO POR EL PROPONENTE*** | ***PARA LA CALIFICACIÓN DE LA ENTIDAD***  |
| ***CARACTERISTICAS DE LA PROPUESTA*** ***(Manifestar aceptación especificar y/o adjuntar lo requerido)*** | ***CUMPLE*** | ***OBSERVACIONES*** |
| ***SI***  | ***NO*** |
| ***I DETALLE DEL SERVICIO*** |  |  |  |  |
| *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.* |  |  |  |  |
|  La propuesta económica debe incluir, el “Costo por Evento” en bolivianos, por cada uno de los servicios requeridos y descritos en el formulario N° 3. El proponente deberá tomar en cuenta que el costo propuesto por cada servicio, debe contemplar el COSTO TOTAL y DEFINITIVO por el equipamiento, insumos y personal involucrado en la prestación del servicio.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. |  |  |  |  |
| **FARMACIA Y MEDICAMENTOS** |  |  |  |  |
| 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 proveedore 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 (opcional). |  |  |  |  |
| ***CARACTERISTICAS GENERALES DEL SERVICIO*** |  |  |  |  |
| Gineco ObstetriciaMedicina internaNeonatologíaPediatría Cirugía Unidad de Terapia intensiva UTIHospitalización Emergencias |  |  |  |  |
| Se debe considerar que la adjudicación de esta contratación en lo posible y de acuerdo a las ofertas presentadas será “por el global del servicio”. Por tanto, los proponentes deben ofertar por los servicios requeridos por la CSBP.  |  |  |  |  |
| **PERSONAL DEL CENTRO HOSPITALARIO** |  |  |  |  |
|  El Centro Hospitalario deberá contar mínimamente con Médicos de Guardia (las 24 horas del día, los 365 días del año), Auxiliares de Enfermería, 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. El Centro Hospitalario debe cubrir todas las cargas sociales que correspondan al personal de su dependencia, según establecen las leyes laborales. Este personal no tendrá ninguna relación de índole obrero – patronal con la CSBP.El personal de apoyo dependiente del Centro Hospitalario debe estar plenamente acreditado en cuanto a **formación y experiencia** para el cargo asignado. La CSBP podrá solicitar en cualquier momento los Files de Personal del Centro Hospitalario con la finalidad de verificar el cumplimiento de esta exigencia. |  |  |  |  |
| **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 de la CSBP, 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 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.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 Centro Hospitalario 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 por parte del centro Hospitalario**Con la finalidad de lograr coordinación inmediata con el Centro Hospitalario, para la resolución de problemas o desarrollo de actividades en forma oportuna, el Centro Hospitalario 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 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/CLINICA.
		- 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 6.
 |  |  |  |  |
| **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/CLINICA) Trabajadora Social Técnico de Informática Por su parte, el proveedor del servicio debe nombrar un responsable de atender todas las observaciones y problemas que puedan suscitarse para coordinar su solución. |  |  |  |  |
| **II CONDICIONES DEL SERVICIO** |  |  |  |  |
| **DURACIÓN DEL CONTRATO** |  |  |  |  |
| El contrato de Servicio de Hospitalización y Emergencia tendrá una duración de 1 año calendario a partir de la firma del Contrato. Se podrá ampliar el tiempo de contratación por un período similar, siempre y cuando la evaluación de los servicios salga satisfactoria. |  |  |  |  |
| **LUGAR DONDE SE EJECUTARÁ EL SERVICIO** |  |  |  |  |
| El Centro Hospitalario, preferentemente debe estar ubicado en el área urbana de la ciudad de Potosí. |  |  |  |  |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN** |  |  |  |  |
| Se firmará un contrato civil de Compra de Servicios por evento. |  |  |  |  |
| **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/CLINICA 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 InternaLa 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. |  |  |  |  |
| **PRESENTACIÓN DEL INFORME MENSUAL** |  |  |  |  |
| La presentación del informe, se realiza con dos cortes al mes, bajo el siguiente detalle:1er corte: De fecha 6 al 20 de cada mes2do corte: De fecha 21 al 5 de cada mes La entrega de los informes debe ser realizada hasta el décimo y vigésimo quinto día del mes de realizado el servicio. 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 costosResumen de costos de emergenciasHoja de costos por paciente y sus respaldosResumen costos de hospitalización - cirugíaHoja de costos por paciente - cirugíaResumen costos de hospitalización – ginecología obstetriciaHoja de costos por paciente - gineco-obstetriciaResumen costos de hospitalización - pediatríaHoja de costos por paciente - pediatríaResumen costos de hospitalización – med. InternaHoja de costos por paciente - med. InternaResumen costos de hospitalización – otras especialidadesHoja de costos por paciente - otras especialidadesResumen 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 HOSPITAL-CLINICA del MEDICO TRATANTE.**FORMA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME MENSUAL**: deberán de ser presentados en un Archivador de palanca, con sus respectivas CARATULAS y PESTAÑAS para cada especialidad. Solo será necesario tener dos archivadores, ya que una vez que la Caja revise y apruebe el informe, se devolverá al Seguro el archivador (con sus CARATULAS Y PESTAÑAS), para que el próximo informe venga en la misma forma. |  |  |  |  |
| **REQUISITOS PARA LA FIRMA DE CONTRATO** |  |  |  |  |
| * NIT
* TESTMONIO DE CONSTITUCION
* PODER DE REPRESENTANTE LEGAL
* CEDULA DE IDENTIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL
* LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO DEL GOBIERNO AUTONOMO MUNICIPAL DE POTOSI
* LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO DE SEDES
* DOCUMENTO DE HABILITACION Y/O ACREDITACION EMITIDA POR ENTE REGULADOR.
 |  |  |  |  |
| **PRESENTACIÓN DE CANDIDATURAS** |  |  |  |  |
| Los interesados en participar de la presente convocatoria, deberán presentar la documentación mencionada en sobre cerrado con el siguiente rótulo:- Caja de Salud de la Banca Privada - Agencia Regional Potosí- Calle Periodista No. 132 esquina Padilla- Nombre de la clínica: ...............................................................- Dirección, ciudad, teléfono y correo electrónico de referencia- Nombre y código del proceso El sobre cerrado conteniendo los documentos mencionados, se debe hacer llegar hasta fecha y hora indicada en la carta de Invitación. |  |  |  |  |
| **APERTURA DE SOBRES** |  |  |  |  |
| Los responsables de la Comisión de Calificación de la C.S.B.P. abrirán los sobres de propuestas el mismo día de la recepción de los sobres. |  |  |  |  |
| **SISTEMA DE EVALUACION** |  |  |  |  |
| 1. La Comisión de Calificación verificará la documentación presentada por cada proponente, a fin de constatar si el mismo está habilitado para ser considerado y calificado, debiendo posteriormente la Comisión de Calificación, realizar una evaluación y análisis de cada propuesta.2. La Calificación se dividirá en dos partes: a) Evaluación curricular (50 puntos) y evaluación de propuesta técnica sobre 10 puntos, b) Propuesta económica sobre 40 puntos |  |  |  |  |

**ANEXOS**

|  |
| --- |
| **FORMULARIOS Y DOCUMENTOS PARA LA PRESENTACIÓN DE OFERTA** |
| **FORMULARIO 1** | CARTA DE PRESENTACION  |
| **FORMULARIO 2** | IDENTIFICACION DEL PROPONENTE  |
| **FORMULARIO 3** | REQUISITOS (TDR) |
| **FORMULARIO 4** | PROPUESTA ECONÓMICA |

**FORMULARIO No 1**

**CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA**

 **FECHA………………………**

**Señores**

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

**Presente. -**

**Ref.: CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIAS POR EVENTO PARA LA CSBP EN LA CIUDAD DE POTOSI 2025**

Estimados señores:

Luego de haber examinado las Especificaciones Técnicas para la **CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIAS POR EVENTO PARA LA CSBP EN LA CIUDAD DE POTOSI 2025**, destinada a la población Asegurada de Caja de Salud de la Banca Privada, el o la suscrito(a) ofrece el servicio requerido de conformidad a su solicitud, asimismo, manifiesto que la presente cotización tiene una vigencia de 60 días calendario.

Para su verificación respectiva adjunto a la presente, toda la documentación solicitada en hojas……., comprometiéndome en caso de ser adjudicado(a), presentar la documentación original o copia legalizada de acuerdo a sus requerimientos.

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

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

**FORMULARIO N.º 2**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE**

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 del representante legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. 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 3**

**ESPECIFICACIONES TÉCNICAS (SEGÚ TDR)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS****CSBP** | **CARACTERÍSTICAS OFERTADAS** | **CUMPLE** | **OBSERVACIONES** |
| **Si** | **No** |
| 1 | El Centro Hospitalario deberá contar mínimamente con Médicos de Guardia capacitados (l24 horas del día, 365 días del año ). |  |  |  |  |
| 2 | El centro Hospitalario deberá contar con un espacio físico para la instalación del ***Botiquín de Farmacia*** que proporcionará la CSBP, mismo que será administrado por y bajo la responsabilidad del Proveedor del servicio (opcional). |  |  |  |  |
| 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 | 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. |  |  |  |  |
| 6 | Atención de urgencias y emergencias de pacientes, hospitalización, servicios quirúrgicos exámenes complementarios. |  |  |  |  |
| 7 | Sala de emergencias con espacio, equipamiento y RR.HH adecuado para el servicio. |  |  |  |  |
| 8 | Salas de internación. con camas y equipo sufriente para hospitalización. |  |  |  |  |
| 9 | Servicio de alimentación dirigida por Nutricionista capacitada en nutrición que supervise el servicio de alimentación de los pacientes |  |  |  |  |
| 10 | Área quirúrgica con un mínimo de dos quirófanos, disponible para cirugías programadas y de emergencia |  |  |  |  |
| 11 | Servicio de neonatología, equipada con lo mínimo para una atención adecuada al recién nacido. |  |  |  |  |
| 12 | Unidad de Terapia intensiva UTI |  |  |  |  |
| 13 | Servicio de farmacia, con medicamentos contenidos en la LINAME |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS****CSBP** | **CARACTERÍSTICAS OFERTADAS** | **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 |  |  |  |  |
| 14 | Sala de neonatologíaSala de Terapia Intensiva Neonatal |  |  |  |  |
| 15 | 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 terapia intensiva  |  |  |  |  |
|  | Accesos para pacientes |  |  |  |  |
|  | Presencia de ascensor y rampla para traslado de pacientes |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS****CSBP** | **CARACTERÍSTICAS OFERTADAS** | **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 | Area de lavado manos  |  |  |  |  |
| 6 | Sala de esterilización adecuadamente equipada y manejado en base a protocolos 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** | **CARACTERÍSTICAS OFERTADAS** | **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 por 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 de personal de laboratorio adjudicado. |  |  |  |  |
| 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 tercerizada) |  |  |  |  |
| 14 | Servicio de Alimentación y Nutrición de la clínica o tercerizada |  |  |  |  |
| 15 | 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. |  |  |  |  |
| 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 SAMISistema informático de Información |  |  |  |  |
| 1. **OTRAS CARACTERISTICAS SOLICITADAS**
 |
| **N°** | **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS****CSBP** | **CARACTERÍSTICAS OFERTADAS** | **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 del Representante Legal***

***Firma***

##

**FORMULARIO No 4**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

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

Fecha ……………….

Señores

Caja de Salud de la Banca Privada

Presente

 **REF.: Propuesta Económica**

Estimados señores:

De acuerdo a las Especificaciones Técnicas, respecto a la oferta económica para la **CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIAS POR EVENTO PARA LA CSBP EN LA CIUDAD DE POTOSI 2025**la Clínica o profesional ……………..…, ofrece proveer el servicio requerido, por su institución y realizar el cobro debidamente respaldado con la factura respectiva, por importe ………..

Declaro y garantizo que se ha examinado las Especificaciones Técnicas, así como los formularios para la presentación de la propuesta y que, en virtud de ello, acepto sin reservas todas las estipulaciones de dichos documentos.

Hasta que el documento final de orden de servicio sea procesado, reconoceremos como documentos obligatorios la propuesta y la aceptación escrita por parte de la Caja de Salud de la Banca Privada.

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

***Nombre del Representante Legal***

***Firma***

***Al ser una contratación de servicios médicos “Costo por Evento”, se pide enviar la lista de aranceles de los servicios ofertados….***