

**COMPRA DE SERVICIOS DE LARINGOSCOPIA, RINOFIBROLARINGOSCOPIA Y ALQUILER DE EQUIPO PARA MICROCIRUGÍA DE LARINGE**

Conste por el presente Documento Privado de **COMPRA DE SERVICIOS DE LARINGOSCOPIA, RINOFIBROLARINGOSCOPIA Y ALQUILER DE EQUIPO PARA MICROCIRUGÍA DE LARINGE**, el mismo que podrá ser elevado a instrumento público a simple reconocimiento de firmas y rúbricas ante autoridad competente, suscrito al tenor de las siguientes cláusulas:

**PRIMERA: PARTES.**- Son partes en el presente contrato:

- 1.1. La **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA-REGIONAL COCHABAMBA**, con Número de Identificación Tributaria 1020635028, con domicilio en Calle Hamiraya Nro. 356, Zona Central de esta ciudad, representada por el **Lic. Roger Mauricio Patiño Rojas - Administrador Regional y por el la Dra. Daniela Elsa Cuevas Carpio – Jefe Médico Regional**, con Cédula de Identidad N° 5206182 CB y 4062518 OR, respectivamente, mayores de edad, hábiles por derecho, en mérito al Testimonio de Poder Especial y Suficiente N° 1036/2021 de fecha 30.09.2021, suscrito ante la Notaría de Fe Pública N° 50 del Distrito Judicial de La Paz, a cargo de la Dra. María Eugenia Quiroga; quienes en lo sucesivo se denominarán la **CSBP**; y por la otra.
- 1.2. ...., mayor de edad, con Cédula de Identidad No. ...., con Matrícula Profesional ....., con Número de Identificación Tributaria (NIT) ....., con domicilio ubicado en .....de la ciudad de Cochabamba, de profesión Médico con especialidad en Otorrinolaringología, con capacidad jurídica plena, quien en adelante se denominará el/la **PROFESIONAL o CENTRO**.

**SEGUNDA: ANTECEDENTES.**- La **CSBP** inició proceso de contratación bajo la modalidad de Contrato Marco, convocando a los profesionales y centros interesados en proveer el Servicio de Laringoscopia, Rinofibrolaringoscopia y Alquiler de Equipo para Microcirugía de Laringe a presentar sus propuestas de acuerdo al Pliego de Condiciones.

La Comisión de Calificación, recibidas y analizadas las propuestas presentadas por los profesionales y centros, realizó el análisis y evaluación correspondiente, emitiendo el Informe de Calificación de Propuestas CITE: ..... de fecha ..... y contando con la No Objeción del Gasto, se emitió la Nota de Adjudicación CITE: ..... de fecha ..... a favor de el/la **PROFESIONAL o CENTRO**, por cumplir su propuesta con todos los requisitos de la convocatoria y ser conveniente para los intereses de la **CSBP**.

**TERCERA: DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE CONTRATO.**- Formarán parte del presente contrato, sin necesidad de transcripción los siguientes documentos:

1. Pliego de Condiciones
2. Propuesta presentada por el/la **PROFESIONAL o CENTRO**, incluyendo documentos legales, administrativos y propuesta económica.
3. Informe de Calificación de Propuestas CITE: ..... de fecha .....

4. Notificación de Adjudicación CITE: ..... de fecha .....

Para el caso de interpretación del contenido de dichos documentos, se aplicará con preferencia el presente contrato y, luego los diferentes anexos en la parte pertinente y que corresponda al caso

**CUARTA: OBJETO.-** El objeto del presente Documento Privado, es la contratación del/la **PROFESIONAL o CENTRO** para que preste servicios de Laringoscopia, Rinofibrolaringoscopia y Alquiler de Equipo para Microcirugía de Laringe, servicio que el/la **PROFESIONAL o CENTRO** se obliga y compromete a proveer a la **CSBP** para la atención de sus asegurados bajo las siguientes condiciones:

#### **4.1. Mobiliario y Ambientes acorde a un centro de la especialidad.-**

Los equipos del/la **PROFESIONAL o CENTRO** se encuentran ubicados en ambientes apropiados, con espacio suficiente que permita una adecuada movilización del paciente y del médico, con iluminación natural y artificial suficientes.

#### **4.2. Ubicación**

El centro o consultorio médico está próximo al Policonsultorio, a efecto de supervisión y control, para brindar mayor comodidad de nuestros asegurados.

#### **4.3. Accesibilidad Peatonal y Vehicular.-**

El centro o consultorio médico tiene buena accesibilidad peatonal y vehicular así mismo cuenta con guardia de seguridad a objeto de velar por la integridad de las movilidades de los usuarios.

#### **4.4. Horarios de atención.**

El **PROFESIONAL o CENTRO** atenderá en el siguiente horario:

Lunes a Viernes de .... a .... y de ..... a .....

Sábado ..... a .....

En casos de emergencia, el **PROFESIONAL o CENTRO** deberá brindar atención las 24 horas del día incluyendo fines de semana, feriados, paros cívicos, etc, **sin costo adicional.**

#### **4.5. Personal Asignado.**

Para la prestación del servicio, el **PROFESIONAL o CENTRO** cuenta con personal capacitado, suficiente e idóneo, que garantice los servicios a efectuarse tanto en la parte médica, técnica y administrativa. Adicionalmente, así mismo cuenta con personal de enfermería y auxiliares necesarios, para procedimientos que requieren sedación, así como un médico anesthesiologo en caso de realizar estudios bajo efecto anestésico

#### **4.6. .Entrega de informes – resultados de estudios.**

El/la **PROFESIONAL o CENTRO** efectuará la entrega en físico de sus informes, en un plazo de 24 horas a partir de la realización del estudio, en la Unidad de Historias Clínicas del Policonsultorio de la CSBP (Calle Hamiraya N° 0356 entre calles Santivañez y Jordán), así como enviar en formato digital al correo electrónico [exámenes.auxiliares@csbp.com.bo](mailto:exámenes.auxiliares@csbp.com.bo).

#### 4.7. Servicio de Anestesiología.

En caso de requerir que los estudios sean realizados bajo efecto anestésico o sedación, el centro o profesional proporcionara este servicio a cargo de un médico anestesiólogo dicho servicio incluye honorarios de anestesiología, costo de medicamentos e insumos.

#### 4.8. Solicitud de Atención

Los estudios serán solicitados por personal médico de la **CSBP**, en boletas impresas que necesariamente deben llevar firma y sello del médico tratante, además de la autorización de Jefatura Medica, Jefatura de Policonsultorio o Coordinador de Hospitalización de la **CSBP**.

**QUINTA: COSTO DEL SERVICIO Y FORMA DE PAGO.-** La **CSBP** pagará mensualmente a el/la **PROFESIONAL o CENTRO** por cada servicio que otorgue a su población asegurada, los montos establecidos a continuación:

	Procedimiento	Precio
1	Laringoscopia con biopsia	.....
2	Laringoscopia sin biopsia	.....
3	Rinofibrolaringoscopia con biopsia	.....
4	Rinofibrolaringoscopia sin biopsia	.....
5	Otros procedimientos similares	.....
6	Alquiler de equipo para microcirugía de laringe para adulto	.....
7	Alquiler de equipo para microcirugía de laringe pediátrico	.....
8	Servicio de anestesiología (honorarios de anestesiología, medicamentos, insumos) (en caso de ser requerido)	.....

Para que la **CSBP** proceda con la cancelación del servicio, el/la **PROFESIONAL o CENTRO** deberá presentar la factura correspondiente, adjuntando las órdenes de atención de la CSBP y copia del informe de resultados de los estudios realizados.

Se establece como período de corte y plazo de presentación de facturas el día 20 de cada mes; en caso de que el día citado caiga en día inhábil, el plazo se recorrerá automáticamente hasta el día hábil siguiente. En caso de que el/la **PROFESIONAL o CENTRO** presente su factura fuera del plazo establecido, la **CSBP** podrá rechazar la misma, debiendo el/la **PROFESIONAL** emitir y presentar una nueva Factura con fecha de emisión del mes siguiente.

**SEXTA: (PLAZO DEL CONTRATO).**- El plazo convenido por las partes, para la prestación del **SERVICIO**, es de **DOS AÑOS**, computables a partir del ..... al ..... sin lugar a la tácita renovación. Cualquier prórroga será objeto de un nuevo contrato.

**SEPTIMA: (CONCLUSION DE CONTRATO).**- El presente contrato concluirá por una de las siguientes causas:

**7.1. Por Cumplimiento del Contrato:** De forma normal, tanto la **CSBP** como el/la **PROFESIONAL o CENTRO** darán por terminado el presente Contrato, una vez que ambas partes hayan dado cumplimiento a todas las condiciones y estipulaciones contenidas en el mismo.

**7.2. Por Resolución del Contrato:** Si se diera el caso y como una forma excepcional de terminar el Contrato, a los efectos legales correspondientes, la **CSBP** y el/la **PROFESIONAL o CENTRO**, acuerdan las siguientes causales para procesar la resolución del Contrato:

**7.2.1 Por Resolución a requerimiento de la CSBP:** por las siguientes causales atribuibles a el/la **PROFESIONAL o CENTRO**:

- a) Por fallecimiento del/la **PROFESIONAL**.
- b) Suspensión de los servicios contratados sin justificación.
- c) Incumplimiento injustificado del plazo de entrega de resultados del servicio adjudicado.
- e) Falencia continua y/o incumplimiento por parte del/la **PROFESIONAL o CENTRO** de algún servicio, equipamiento, instrumental, personal o insumos ofertados en la cláusula tercera.
- f) Mala atención a los pacientes de la **CSBP**.

**7.2.2 Por Resolución a requerimiento del/la PROFESIONAL o CENTRO:** por causales atribuibles a la **CSBP**:

- a) Por instrucciones injustificadas emanadas de la **CSBP** para la suspensión de la provisión del servicio por más de treinta (30) días calendario.

**7.3 Reglas aplicables a la Resolución:** Para procesar la resolución del Contrato por cualquiera de las causales señaladas, la **CSBP** o el/la **PROFESIONAL o CENTRO**, según corresponda, dará aviso escrito mediante carta notariada, a la otra parte, de su intención de Resolver el Contrato, estableciendo claramente la causal que se aduce.

Si dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de la fecha de notificación, se enmendaran las fallas, se normalizará el desarrollo de la provisión y se tomaran las medidas necesarias para continuar normalmente con las estipulaciones del Contrato. El requirente de la resolución expresará por escrito su conformidad a la solución y el aviso de intención de resolución será retirado.

En el caso de que al vencimiento del término de los diez (10) días hábiles no existiese ninguna respuesta, el proceso de resolución continuará a cuyo fin la **CSBP** o el/la **PROFESIONAL o CENTRO**, según quién haya requerido la Resolución del Contrato, notificará mediante carta notariada a la otra parte, que la resolución del Contrato se ha hecho efectivo.

#### **7.4. Resolución por causas de fuerza mayor o caso fortuito que afecten a la CSBP o a el/la PROFESIONAL o CENTRO.**

Si en cualquier momento, antes de la conclusión del plazo de vigencia del presente contrato, la **CSBP** o el/la **PROFESIONAL o CENTRO** se encontrase en situaciones no atribuibles a su voluntad, por causas de fuerza mayor o caso fortuito que imposibiliten la provisión del servicio o vayan contra los intereses de la **CSBP**, la parte afectada, comunicará por escrito su intención de resolver el Contrato, justificando la causa.

La **CSBP**, mediante carta notariada dirigida a el/la **PROFESIONAL o CENTRO**, suspenderá el servicio y resolverá el Contrato total o parcialmente. A la entrega de dicha comunicación oficial de resolución, el/la **PROFESIONAL o CENTRO** suspenderá la provisión del servicio de acuerdo a las instrucciones escritas que al efecto emita la **CSBP**.

**OCTAVA: (RESPONSABILIDADES).**- La **CSBP** adjudica a el/la **PROFESIONAL o CENTRO** el servicio basándose en los antecedentes de calidad de servicio, responsabilidad profesional, prestigio reconocido y capacidad instalada. Por su parte el/la **PROFESIONAL o CENTRO**, se compromete a prestar atención en óptimas condiciones de garantía y de acuerdo a sus reglamentos no pudiendo transferir a terceros y guardando la discrecionalidad que corresponde para los pacientes de la **CSBP**.

El/la **PROFESIONAL o CENTRO** es responsable por cualquier error o mala atención en los servicios de salud que preste a los afiliados de la **CSBP**, quienes serán atendidos conforme a procedimientos determinados.

Además, está en la obligación del exigir al personal en salud y médico profesional el cumplimiento de la Resolución Ministerial 090 de fecha 26 de febrero de 2008, que aprueba la NORMA TÉCNICA PARA EL EXPEDIENTE CLÍNICO Y BASES PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL PROYECTO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD (PRONACS) Y OTRAS NORMAS DEL (PRONACS).

**NOVENA: (DERECHOS DEL PROFESIONAL).**- El/la **PROFESIONAL o CENTRO**, tiene derecho a plantear las reclamaciones que considere correctas, las mismas que deberán ser comunicadas por escrito y de forma documentada a la **CSBP**, hasta quince (15) días calendario, posteriores a la fecha en que sucedió el hecho que da lugar al reclamo. Vencido este plazo, la **CSBP** no atenderá reclamación alguna.

La **CSBP** responderá por escrito a la reclamación planteada por el/la **PROFESIONAL o CENTRO**, en un plazo máximo de 15 días calendario, computables a partir de la fecha de ingreso a los registros de la **CSBP**.

**DECIMA: (OBLIGACIONES DEL PROFESIONAL o CENTRO).**- Las partes contratantes se comprometen y obligan a dar cumplimiento a todas y cada una de las cláusulas del presente contrato.

Por su parte, el/la **PROFESIONAL o CENTRO** se compromete a cumplir con las siguientes obligaciones:

- a) Realizar la prestación del servicio objeto del presente Contrato, de acuerdo con lo establecido en la propuesta adjudicada.
- b) Prestar el servicio, objeto del presente contrato, en forma eficiente, oportuna y en el lugar de destino convenido con las características técnicas ofertadas y aceptadas.
- c) Asumir directa e íntegramente el costo de todos los posibles daños y perjuicios que pudiera sufrir el personal a su cargo o terceros, durante la ejecución del presente Contrato, por acciones que se deriven en incumplimientos, accidentes, atentados, etc.
- d) Cumplir cada una de las cláusulas del presente contrato.

**DECIMO PRIMERA: (INTRANSFERIBILIDAD DEL CONTRATO).**- El/la **PROFESIONAL o CENTRO** bajo ningún título podrá ceder, transferir, subrogar, total o parcialmente este contrato, salvo autorización expresa y escrita de la **CSBP**.

En caso de que el/la **PROFESIONAL o CENTRO** requiera suspender la atención por causas justificadas (Asistencia a talleres en otra ciudad o causas de fuerza mayor), deberá comunicar la situación a Jefatura Médica mediante nota escrita con una antelación mínima de 2 semanas, indicando el nombre del profesional que lo reemplazará.

En caso de ausencia de el/la profesional contratado, la **CSBP** convocará a los profesionales debidamente acreditados y designados por el/la **PROFESIONAL o CENTRO** que firma el contrato; sin embargo, para el pago de servicios, será el/la **PROFESIONAL o CENTRO** contratado quien emita factura por las atenciones realizadas en su ausencia, acorde a la oferta presentada.

**DECIMO SEGUNDA: (MODIFICACIONES AL CONTRATO).**- El contrato podrá ser modificado por uno o varios contratos modificatorios, mismos que pueden afectar el alcance, monto y/o plazo. El monto de cada contrato modificatorio no deberá exceder el diez por ciento (10%) del monto del presente contrato; asimismo, la suma de los montos de los contratos modificatorios no deberá exceder el diez por ciento (10%) del monto del presente contrato.

**DÉCIMA TERCERA: (SANCIONES y MULTAS).**- En caso de incumplimiento por parte del/la **PROFESIONAL o CENTRO** en la prestación del servicio, la **CSBP** podrá llamar a otro **PROFESIONAL MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGO** y cobrar a el/la **PROFESIONAL o CENTRO** la diferencia existente entre el monto pagado por la **CSBP** y el monto adjudicado. De continuar la falencia se aplicará el descuento del 1% del pago mensual promedio de los últimos 3 meses.

**DÉCIMA CUARTA: (CAUSAS DE FUERZA MAYOR Y/O CASO FORTUITO).**- Con el fin de exceptuar a el/la **PROFESIONAL o CENTRO** de determinadas responsabilidades por incumplimiento durante la vigencia del presente contrato, la **CSBP** tendrá la facultad de calificar las causas de fuerza mayor y/o caso fortuito, que pudieran incidir sobre el cumplimiento del contrato.

Se entiende por fuerza mayor al obstáculo externo, imprevisto o inevitable que origina una fuerza extraña al hombre y que impide el cumplimiento de la obligación (ejemplo: incendios, inundaciones y otros desastres naturales). Se refuta caso fortuito al obstáculo interno atribuible al hombre, imprevisto o inevitable, proveniente de las condiciones mismas en que la obligación debía ser cumplida (ejemplo: conmociones civiles, huelgas, bloqueos, revoluciones, etc.).

Para que cualquiera de estos hechos pueda constituir justificación de impedimento en la prestación del servicio el/la **PROFESIONAL o CENTRO** deberá presentar necesaria, inexcusable e imprescindible justificación válida documentada, la misma que podrá ser aceptada por la **CSBP**, hasta **cinco (5) días hábiles posteriores al evento que se invoca como fuerza mayor o caso fortuito**. Cumplido dicho plazo no se aceptarán solicitud alguna referida a las causales citadas, para fines de ampliación de plazo del contrato, solicitud de exención en el pago de penalidades y/o la intención de la Resolución del Contrato.

Analizada la justificación por la **CSBP**, ésta podrá aceptar o no la solicitud del/la **PROFESIONAL o CENTRO** y en caso de ser aceptada, se suscribirá el correspondiente Contrato Modificatorio.

**DECIMA QUINTA: (EXONERACIÓN A LA CSBP DE RESPONSABILIDADES POR DAÑO A TERCEROS)**.- El/la **PROFESIONAL** se obliga a tomar todas las previsiones que pudiesen surgir por daño a terceros, se exonera de estas obligaciones a la **CSBP**.

**DECIMO SEXTA: (PERSONAL DEL PROFESIONAL o CENTRO)**.- En caso de que el/la **PROFESIONAL o CENTRO** cuente con personal, los cuales coadyuvaran en la atención de los pacientes de la **CSBP**, la responsabilidad, remuneración, alimentación corre por cuenta del **PROFESIONAL o CENTRO**, en consecuencia, no existe ninguna relación contractual entre la **CSBP** y el personal del **PROFESIONAL o CENTRO** lo que implica que el pago de sueldos y beneficios sociales corren bajo exclusiva responsabilidad del **PROFESIONAL o CENTRO**. Asimismo, la **CSBP** no será responsable y menos resarcirá daños y perjuicios causados por accidentes de trabajo a dichos trabajadores y/o terceros.

**DECIMO SEPTIMA: (OBLIGACIONES SOCIOLABORALES)**.- Conforme a lo establecido en el D.S. No. 521 de 26.05.2010, el/la **PROFESIONAL o CENTRO** se compromete y obliga a dar cumplimiento a las obligaciones socio - laborales de sus trabajadoras y trabajadores.

La **PROFESIONAL o CENTRO** será responsable y deberá mantener a la **CSBP** exonerada contra cualquier multa o penalidad de cualquier tipo o naturaleza que fuera impuesta por causa de incumplimiento o infracción de dicha legislación laboral o social.

**DECIMA OCTAVA: (SOLUCIÓN DE DIFERENCIA)**.- Para el caso en que la ejecución del contrato se presentara diferencias, las partes harán lo posible por superarlas, en forma ecuaníme, mediante negociaciones directas. Si transcurridos 30 días calendario desde el comienzo de las negociaciones, las partes no pudieran resolverlas, éstas podrán seguir la acción legal que más convenga a sus intereses.

**DECIMA NOVENA: (NOTIFICACIONES)**.- Cualquier aviso o notificación que tenga que darse a el/la **PROFESIONAL o CENTRO**, le será enviado a su domicilio profesional situado en la .....

Cualquier aviso o notificación que tenga que darse a la **CSBP**, le será enviada a su domicilio de calle Hamiraya No. 356 entre Santiváñez y Jordán de la ciudad de Cochabamba.

**VIGÉSIMA: (ACEPTACIÓN).**- Ambas partes contratantes declaran su conformidad con todas y cada una de las cláusulas precedentes, dando su aceptación y consentimiento, comprometiéndose a su leal y estricto cumplimiento.

Es firmado en la ciudad de Cochabamba, a los .... días del mes de ..... de 2022.

Lic. Roger Mauricio Patiño Rojas  
**ADMINISTRADOR REGIONAL**  
**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

Dra. Daniela Elsa Cuevas Carpio  
**JEFE MÉDICO REGIONAL**  
**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

**PROFESIONAL o CENTRO**

ARAA/ARAA

Original: Antecedentes  
Cc: Profesional  
Ases. Legal  
Jefatura Médica