

### PLIEGO DE CONDICIONES

**CONTRATO MARCO**

### CB-CMA-04-2023

**PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“****CONTRATACION DE MEDICO INMUNOALERGOLOGO POR EVENTO - (2 AÑOS)”** |

**Cochabamba, Junio de 2023**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**  **CONTRATO MARCO CB-CMA-04-2023**  **PRIMERA CONVOCATORIA**  La Caja de Salud de la Banca Privada, Regional Cochabamba invita públicamente a Centros Especializados Externos legalmente establecidos para presentar propuestas para la: |
| **CONTRATACION DE SERVICIOS DE MEDICO INMUNOALERGOLOGO – POR EVENTO (2 AÑOS) – PRIMERA CONVOCATORIA** |
| **Tipo de Convocatoria:** Contrato Marco |
| **Forma de Adjudicación:** Servicio en General (La totalidad de los ítems) |
| **Metodología de evaluación**: Menor Precio |
| **Método de Calificación**: Cumple / No cumple |
| **Encargados de atender consultas**:   * Lic. Ariel Fernando Chipana Quilo – Responsable del proceso de contratación * Dr. Raúl Omar Delgado - Jefe Médico de Policonsultorio |
| **Correo electrónico**: [adquisicionescsbpcbba@csbp.com.bo](mailto:adquisicionescsbpcbba@csbp.com.bo) |
| **Teléfonos:** 4582230 Interno 4514 - cel 72210876 (Lic. Ariel Chipana)  4582230 Interno 4403 - cel 79708387 (Dr. Raúl Delgado) |

**CONTRATACION SERVICIO DE MEDICO INMUNOALERGOLOGO POR EVENTO (2 AÑOS) – PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** | | | | |
| N. | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN** |
| **1** | **Invitación y publicación del Pliego de Condiciones** | 09/06/2023 | ---------- | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |
| **3** | **Presentación de Ofertas.** | Hasta:  16/06/23 | Hasta:  Hrs. 10:00 | * **En caso de presentación Física en Sobre Cerrado:** Entregado en la Calle Hamiraya N° 0356 (Policonsultorio de la CSBP piso 5 Bloque “A”) Asistencia Administrativa. * **En caso de presentación digital:** Al correo electrónico: [adquisicionescsbpcbba@csbp.com.bo](mailto:adquisicionescsbpcbba@csbp.com.bo) |
| **4** | **Apertura de Ofertas.** | Hasta:  16/06/23 | Hasta:  Hrs. 10:15 | La apertura de sobres de propuestas se desarrollará en la Calle Hamiraya N° 0356 (Policonsultorio de la CSBP piso 5 Bloque “A”) |
| **5** | **Evaluación de Propuestas** | Desde el 16/06/2023  Hasta el 21/06/2023 | Según disponibilidad de tiempo | En oficinas Administrativa de la CSBP |
| **6** | **Resultado Del Proceso** | \*Hasta el 23/06/2023 | | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |

(\*) 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 todos los profesionales legalmente establecidos 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. Profesionales de la especialidad objeto del proceso de contratación, legalmente establecidos en la ciudad de Cochabamba. |
| 1. **INCOMPATIBILIDAD O IMPEDIDOS PARA PARTICIPAR EN EL PROCESO DE CONTRATACION** | Está prohibida la contratación de bienes, obras o servicios, a proveedores que incurran en las siguientes incompatibilidades:   * Tener proceso judicial pendiente de resolución con la Caja de Salud de la Banca Privada. * Resolución de contratos u órdenes de compra o servicio atribuibles al proveedor, en el último año. * Desistimiento a la suscripción de contrato u orden de compra o servicio atribuibles al proveedor, en el último año. * Tener sociedad con personal de administración, ejecutivos y directores del CSBP. * Parentesco hasta segundo grado de afinidad o consanguineidad entre los socios, accionistas o ejecutivos representantes del proveedor y los ejecutivos del CSBP, trabajadores con atribución de decisión o que participen directamente en los procesos de contratación y los trabajadores del Área de Administración de la Nacional y Regionales. * Todo trabajador de la CSBP que se encuentre en situaciones de conflicto de interés tiene la obligación de excusarse formalmente de participar en el proceso de contratación, de manera justificada y ante el inmediato superior o instancia competente de la CSBP, de manera oportuna y con anterioridad a que sus actos causen efecto.   Estar sujeto a un conflicto de intereses como se define a continuación:   * Sea una persona natural o jurídica, en forma asociada o no, asesore o haya asesorado a la CSBP en cualquier etapa del proceso de contratación que se lleve a cabo. * Sea una persona natural o jurídica o sus filiales, que haya sido contratada para la adquisición de bienes, ejecución de obras o prestación de servicios generales a favor de la CSBP, en cuyo caso no podrá prestar servicios de consultoría respecto a los mismos o a la inversa. * Los trabajadores del CSBP, que de cualquier forma participen en un proceso de contratación no podrán dirigir, administrar, asesorar, patrocinar, representar ni prestar servicios, remunerados o no, a personas individuales o jurídicas que asuman la condición de proponentes. En ese sentido, se entenderá que existe conflicto de intereses en toda situación o evento en que los intereses personales de los ejecutivos o funcionarios del CSBP interfieren con las atribuciones o deberes que les competen a estos; o los llevan a actuar por motivaciones diferentes al correcto y real cumplimiento de sus responsabilidades en perjuicio de los intereses de la CSBP. * Todo trabajador de la CSBP que se encuentre en situaciones de conflicto de interés tiene la obligación de excusarse formalmente de participar en el proceso de contratación, de manera justificada y ante el inmediato superior o instancia competente de la CSBP, de manera oportuna y con anterioridad a que sus actos causen efecto. |
| 1. **RELACIONAMIENTO ENTRE PROPONENTE Y CONVOCANTE** | Desde el inicio del proceso hasta la adjudicación:   * 1. El relacionamiento entre cualquier proponente o potencial proponente y los empleados de la CSBP, debe guardar los más altos estándares de ética y solamente debe ser realizado en forma escrita en todo lo que se refiere a la presente convocatoria, con excepción de la reunión de aclaración.   2. Cualquier relacionamiento referente a la presente convocatoria por parte de cualquier empleado de la CSBP hacia cualquier proponente o potencial proponente que no sea en forma escrita y que sea demostrada ante el Comité de Contrataciones o la autoridad jerárquica superior, según corresponda, motivará la separación del empleado del proceso de contratación y lo someterá a proceso administrativo.   3. Cualquier relacionamiento referente al presente proceso de contratación por parte de cualquier funcionario del proponente o potencial proponente hacia cualquier empleado de la CSBP, que no sea en forma escrita y que sea demostrada ante el Comité de Contrataciones o la autoridad jerárquica superior, según corresponda, motivará la inhabilitación del proponente o potencial proponente. |
| 1. **NOMINA DE PERSONAL JERARQUICO DE LA CSBP** | * 1. Instancia de Aprobación:   Lic. Roger Mauricio Patiño Administrador Regional Cochabamba  Dra. Daniela Cuevas Jefe Médico Regional Cochabamba   * 1. Las autoridades de la CSBP que ocupan cargos ejecutivos son:   Lic. Joaquín López Gerente General  Lic. Patricia Crespo Gerente Administrativo Financiero  Dr. Edgar Butrón Gerente Médico |
| 1. **IDIOMA** | La propuesta, los documentos relativos a la misma y toda la correspondencia que se intercambie entre la CSBP deberá ser en español. |
| 1. **MONEDA** | Los precios de la propuesta, el monto del contrato y los pagos a realizar serán en bolivianos |
| 1. **COSTO DE PARTICIPACION EN EL PROCESO DE CONTRATACION** | Los costos de la elaboración y presentación de propuestas y de cualquier otro costo que demande la participación de un proponente en el proceso de contratación, cualquiera fuese su resultado, serán asumidos exclusivamente por cada proponente, bajo su total responsabilidad y cargo. |
| 1. **NOTIFICACIÓN** | Las notificaciones con los resultados de las diferentes actividades llevadas a cabo en el presente proceso de contratación y que deban ser de conocimiento de los potenciales proveedores, se las efectuará:   1. En las oficinas de recepción de documentos de la CSBP a donde podrán apersonarse los proponentes o potenciales proponentes para recepcionarlas en forma física. 2. A través de correo electrónico oficial de los participantes. El documento de envío incorporado al expediente del proceso de contratación, acreditará la notificación y se tendrá por realizada en la fecha de su envío. 3. En la página web de la CSBP, en cuyo caso, de no haberse notificado en función a los incisos a) y b) del presente numeral, la notificación se dará por realizada en la fecha de su publicación. |
| 1. **CANCELACION DEL PROCESO DE CONTRATACION** | La CSBP podrá cancelar el presente proceso de contratación hasta antes de la suscripción del contrato, cuando:   1. Exista un hecho de fuerza mayor o caso fortuito irreversible que no permita la culminación del proceso. 2. Se hubiera extinguido la necesidad de la contratación. 3. La ejecución y resultados dejen de ser oportunos o surjan cambios sustanciales en la estructura y objetivos de la CSBP.   La CSBP no asumirá responsabilidad alguna respecto a los proponentes afectados por esta decisión. |
| 1. **SUSPENSIÓN DEL PROCESO DE CONTRATACION** | La suspensión procederá, cuando, a pesar de existir la necesidad de la contratación, se presente un hecho de fuerza mayor o caso fortuito que no permita la continuidad del proceso.  Los plazos y actos administrativos se reanudarán desde el momento en que el impedimento se hubiera subsanado, reprogramando los plazos y notificando la reanudación del proceso de contratación.  Si la suspensión se hubiera producido antes del cierre de presentación de propuestas, se aceptará en la reanudación del proceso, la participación de nuevos proponentes.  El proceso de contratación podrá reanudarse únicamente en la misma gestión, caso contrario, deberá procederse a su cancelación. |
| 1. **ANULACION DEL PROCESO DE CONTRATACION** | La anulación hasta el vicio más antiguo del presente proceso de contratación, desde el inicio hasta antes de la suscripción del contrato, procederá cuando se desvirtúe la legalidad y validez de un proceso, debido a:   1. Incumplimiento o inobservancia al Reglamento de Compras de la CSBP en el desarrollo del presente proceso y a lo establecido en este PC. 2. Error en el PC. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE II**  **PREPARACIÓN DE LA OFERTA** | |
| 1. **PREPARACIÓN DE OFERTA** | Los potenciales proponentes que se encuentren en capacidad de proveer los servicios requeridos en el presente proceso de contratación deberán preparar sus propuestas conforme a los requisitos y condiciones establecidos:  **DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS**   * Carta de presentación y declaración jurada firmada por el representante legal del proponente, de acuerdo al Formulario N°1, en **original**. * Identificación del proponente, de acuerdo al Formulario N°2, en **original.**   **DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA ECONÓMICA**   * La propuesta económica debe ser presentada en el Formulario N°3 Propuesta Económica, identificado en los Anexos de este documento, **en original.**   **DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA TÉCNICA**   * Formulario N°4 de Especificaciones Técnicas, 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. |
| 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.** |
| 1. **PRESENTACIÓN DE OFERTA** | La recepción de ofertas se realizará de forma física o digital:  **EN CASO DE 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 COCHABAMBA,**  **LUGAR DE ENTREGA DE LA PROPUESTA**: ***……………………………………………………………..***  **RAZÓN SOCIAL O NOMBRE DEL PROPONENTE:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CÓDIGO: CB-CMA-04-2023**  **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. La devolución de la propuesta cerrada se realizará bajo constancia escrita.  **EN CASO DE OFERTA DIGITAL:**  En caso de que su propuesta sea enviada de forma digital, la misma deberá contener todos los espacios debidamente llenados y ser enviada indicando en la referencia: CB-**CMA-04-2023 - CONTRATACION SERVICIOS DE MEDICO INMUNOALERGOLOGO,** este envió debe ser realizado antes de la fecha y hora límite establecida en la convocatoria al siguiente correo electrónico: [**adquisicionescsbpcbba@csbp.com.bo**](mailto:adquisicionescsbpcbba@csbp.com.bo) |
| 1. **RECHAZO DE OFERTAS** | Toda propuesta que llegue y pretenda ser entregada después de la hora límite fijada para la recepción de propuestas, NO será recibida, registrándose tal hecho en el mencionado libro o registro electrónico**.** |
| 1. **ACTO DE APERTURA** | **El Acto de Apertura será continuo y sin interrupción, donde se permitirá la presencia de los proponentes o sus representantes que hayan decidido asistir.**  Se abrirán los sobres por orden de entrega, dándose lectura al nombre del proponente y el monto de su propuesta económica. Se dará a conocer el precio de las propuestas económicas.  Se dará lectura a los documentos administrativos y técnicos.  Se levantará Acta circunstanciada de todas las actuaciones administrativas precedentemente mencionadas, incluidas las observaciones que pudieran existir, debiendo firmar digitalmente la misma todos los miembros de la Comisión de Calificación.  Si no se presenta ninguna propuesta, la Comisión de Calificación dará por concluido el acto. Posteriormente elaborará el informe respectivo, recomendando se 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. 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. **CONCEPTO DE CONTRATO MARCO** | Modalidad de libre competencia que permite calificar, evaluar y seleccionar a uno o varios proveedores a través de una convocatoria pública que permita asegurar el abastecimiento oportuno y eficiente de bienes, obras o servicios estandarizados a un precio unitario, mediante la firma de un Contrato de adquisición de bienes, ejecución de obras o prestación de servicios discontinuos. |
| 1. **FORMA DE ADJUDICACION Y METODOLOGIA DE EVALUACION:** | El método de Calificación correspondiente a la presente modalidad es de **cumple / no cumple**, es decir que la CSBP podrá suscribir contrato con el o los profesionales que cumplan con todas las condiciones técnicas y legales, establecidas en la convocatoria. (independientemente del precio ofertado)  **Nota:**  La CSBP se reserva el derecho de administrar la provisión del servicio en función a conveniencia técnica, económica o por necesidad institucional. |
| 1. **PLAZO DE EVALUACION** | La comisión de calificación evaluará la o las propuestas y preparará el Informe de Calificación Final y Recomendación en un plazo no mayor a cuatro (4) días hábiles.  Este informe será remitido con carácter de recomendación y no creará derecho alguno a favor del o los proponentes adjudicados.  En ningún caso los proponentes podrán solicitar información de otras propuestas. |
| 1. **CONTENIDO DEL INFORME DE 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, según corresponda, señalando en cada caso la causal correspondiente. 7. Otros aspectos que la Comisión de Calificación considere pertinentes 8. Recomendación de adjudicación o declaratoria desierta. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE IV**  **SUSCRIPCION DE CONTRATO** | |
| 1. **PRESENTACION DE DOCUMENTOS** | El proponente adjudicado en un plazo máximo de siete (07) días hábiles, computables a partir de la notificación de Adjudicación, deberá presentar los documentos en original y fotocopia simple, declarados en su propuesta.  La CSBP, en forma unilateral o a solicitud escrita del proponente adjudicado, podrá ampliar el plazo de presentación de documentos requeridos hasta siete (7) días hábiles adicionales, comunicando al proponente adjudicado en forma escrita la ampliación de dicho plazo.  Cuando el asesor legal al efectuar la revisión de documentos observe la omisión o falta de alguno de ellos o alguna irregularidad que dificulte la elaboración del contrato, otorgará al proponente adjudicado a través de la Instancia de aprobación del proceso de, un plazo máximo de tres (3) días hábiles para subsanar las observaciones.  Si el proponente adjudicado no cumpliese con la presentación de documentos requeridos para la firma del contrato, se dejara sin efecto la adjudicación y se evaluara al segundo con menor precio ofertado.  En estos casos los plazos se computarán nuevamente a partir de la notificación de Adjudicación. |
| 1. **MODIFICACIONES AL CONTRATO** | Se aplicarán modificaciones al contrato, cuando el cambio instruido por la CSBP afecte el plazo del contrato, sin dar lugar al incremento de los precios unitarios. |

|  |
| --- |
| **PARTE V**  **ESPECIFICACIONES TECNICAS**  **CONTRATACION SERVICIOS DE MEDICO INMUNOALERGOLOGO - POR EVENTO (2 AÑOS) – PRIMERA CONVOCATORIA** |
| 1. **OBJETO**   Contratación de servicios de un médico con especialidad en Inmunoalergología para atención “por evento” a los asegurados de la CSBP, tanto en consulta externa como en hospitalización.  **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS**    **Cumplir con las siguientes obligaciones**     1. Con las normas, protocolos y reglamentos de atención médica de tipo institucional y general.      1. Con la atención médica en el marco de las disposiciones legales vigentes y las normativas emanadas del Ministerio de Salud.      1. Cumplir con el horario propuesto para la atención de los asegurados de la CSBP.      1. Llenar la historia clínica, informes médicos y registros de atención médica con información oportuna y de calidad.      1. **ACTIVIDADES TÉCNICO-MÉDICAS DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS**     **GENERALES**     1. Realizar la prestación de servicios de atención médica con oportunidad, eficacia, efectividad y eficiencia.      1. Brindar servicios médicos integrales, personalizados con calidad y calidez en*Consulta Externa y Hospitalización.*      1. Otorgar atención médica en el contexto del modelo de atención médica institucional, incorporando al proceso de la consulta médica el contenido asistencial y preventivo de las patologías.      1. Realizar procesos de atención médica en el marco de las normas, protocolos de tipo general e institucional sujetos al rigor científico de los conocimientos en el campo de la salud.      1. Resolver problemas de salud utilizando medios de diagnóstico y tratamiento médico de manera racional y con sustento técnico médico.      1. Es obligación de todo profesional médico, **elaborar en forma cuidadosa y legible el expediente clínico** a nivel de *Consulta Externa y Hospitalización,* bajo los siguientes alcances:     1.La Historia Clínica Informatizada **completa y de calidad** con su respectiva impresión, firma y sello.     1. Las prescripciones farmacéuticas elaboradas y sustentadas de acuerdo a reglamento institucional ***(Receta Única y/o LINAME)****.*      1. Las solicitudes de servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento ***de acuerdo a normativa institucional y protocolos médicos.***      1. Otorgar certificados de incapacidad temporal identificando el régimen.      1. Elaborar informes médicos y/o certificados médicos, ya sea a solicitud de Jefatura Médica, Jefe de Policonsultorio y/o Coordinador de Hospital, o en caso de requerir algún tratamiento, medicamento específico o estudios complementarios, para su autorización.      1. Elaborar la Epicrisis con carácter obligatorio al egreso del paciente, dicho documento médico legal deberá contener información resumida de todo el proceso de atención hospitalaria.      1. El médico tratante da a conocer al paciente y hace firmar el Consentimiento Informado obligatorio, previo al proceso quirúrgico o de tratamiento médico (si corresponde).      1. Cualquier otro registro manual o electrónico que en el marco de la prestación de servicios considere conveniente disponer para el registro de la información.      1. Prescribir medicamentos en el marco de las normativas y las políticas del Ministerio de Salud y de la Institución.      1. Efectuar la prestación de servicios médicos en Consultorio Privado o Policonsultorio de la CSBP, con oportunidad, puntualidad y pulcritud, de acuerdo al horario ofertado.      1. El médico tratante debe asistir a la atención médica de sus pacientes internados para atención Hospitalaria, **hasta antes de las 08:30 a.m.,** a fin de emitir órdenes médicas, altas, estudios de apoyo diagnóstico y otros.     **ESPECÍFICAS**   1. Realizar seguimiento al proceso de atención médica de los pacientes, evitando duplicidad en la otorgación de medicamentos y exámenes de apoyo diagnóstico.      1. Realizar atención médica personalizada y seguimiento al paciente con presencia física, no pudiendo dar indicaciones por comunicación telefónica para pacientes hospitalizados.      1. Participar de Juntas Médicas convocadas por Jefatura Médica, Jefe de Policonsultorio y/o Coordinador de Hospital*.*      1. Utilizar de manera oportuna, adecuada y confiable el software médico institucional, aplicando los formularios correspondientes.      1. Realizar la referencia y contra referencia oportuna de pacientes, así como las interconsultas médicas cuando el caso amerite, utilizando para el mismo los formularios correspondientes, tanto en consulta externa como en hospitalización.      1. Presentar en forma mensual, hasta el 20 de cada mes, la factura fiscal.     **PARA EFECTOS DE PRECISIÓN DEL ALCANCE DE LOS SERVICIOS SE ENTENDERÁ COMO:**     * **Hospitalización:**   Atención médica que se brinda a pacientes que, por su condición clínica, requieren de manejo hospitalario previa interconsulta del médico tratante.  Registro de órdenes médicas hasta antes de las 08:30 a.m. Seguimiento de los pacientes internados, como responsable del ingreso, seguimiento y alta correspondiente, con responsabilidad del proceso de atención medico/quirúrgico hasta el egreso o alta.  Visitas médicas, mínimo una diaria con registro en el SAMI.   * **Consulta Externa:**   Atención médica otorgada en el consultorio particular del profesional médico. Mínimamente 2 consultas por día, de lunes a viernes con horario exclusivo para la CSBP.  **4. Equipamiento Informático.**  El profesional debe contar con un equipo de computación para registro de las consultas médicas y evoluciones en el Sistema Informático SAMI de propiedad de la CSBP. El equipo de computación debe contar con las siguientes características:   * Core i5 equivalente o superior * 4 GB en RAM mínimo * Espacio en disco duro de 80 GB o superior * Windows 10 ó superior * Impresora * Antivirus con licencia y firewall incorporado   El profesional debe contar con conexión fija a Internet Banda Ancha 10 Mbps o superior (ADSL o fibra óptica) que permita realizar las configuraciones necesarias.  **5.  De la supervisión y control**  La actividad del profesional será supervisada por: Jefatura Médica, Jefe de Policonsultorio, Coordinador de Hospital y Fiscal de Servicio, de acuerdo a las políticas institucionales, implementando mecanismos de control y evaluación de la calidad de la atención médica.  **6.  Permisos por causas justificadas**  En caso de que el profesional requiera suspender la atención por causas justificadas (ejemplo: asistencia a talleres en otra ciudad o causas de fuerza mayor), deberá comunicar esta situación a Jefatura Médica mediante nota escrita con una antelación mínima de 2 semanas, indicando el nombre del profesional que lo reemplazará durante su ausencia.     1. **Quejas y/o reclamos de asegurados**   En caso de existir quejas y/o reclamos por parte de los asegurados relacionados con la actitud y/o atención del profesional, se procederá acorde a lo establecido en la *Guía de Conducta del Trabajador de la CSBP y Reglamento Interno para la atención y gestión de Reclamos*, por lo que el **profesional contratado** debe apegarse y cumplir lo establecido en la normativa mencionada.  **8.  Multas**  En caso de incumplimiento por parte del **profesional** de algún servicio ofertado y adjudicado, la CSBP podrá llevar a sus asegurados con otro profesional de similar categoría y cobrar al **profesional contratado** la diferencia existente entre el monto pagado por la **CSBP** y el monto adjudicado. De continuar la falencia se aplicará el descuento del 0.3% del pago mensual promedio de los últimos 3 meses.  **9. Perfil profesional requerido**  **Formación requerida:** Médico Inmunoalergólogo  **Experiencia requerida:** Dos años en la especialidad (como mínimo)  **Horario de Atención:** De acuerdo a oferta presentada.  **Dirección de consultorio:** De acuerdo a oferta presentada.  **10. Habilitación de propuestas**  Para que el postulante sea habilitado, debe contar con los siguientes requisitos:   1. Título Académico 2. Título en Provisión Nacional 3. Título de Especialización 4. Registro actualizado en el Colegio correspondiente   **11. Detalle de costos**  El postulante debe registrar el monto económico a ser ofertado por:     * **Considerando las atenciones en CONSULTA EXTERNA (consultorio particular):**   + Primera Consulta (sesión inicial) o Consulta Nueva   + Reconsulta (sesión de seguimiento para una misma patología) o Consulta Repetida * **Considerando las atenciones en HOSPITAL contratado (EMERGENCIAS A LLAMADO):**   + Primera Consulta (sesión inicial) o Consulta Nueva   + Reconsulta (sesión de seguimiento para una misma patología) o Consulta Repetida * **Estudios de la especialidad**   El postulante deberá indicar el costo de estudios de la especialidad como ser:   * Test cutáneo o Prueba Cutánea (previa justificación en la historia clínica con informe médico aprobado por Jefatura Médica o Jefe de Policonsultorio) No debe registrase como consulta médica en la misma fecha.   **12. Pago del servicio**  Para que la CSBP proceda con la cancelación del servicio, el profesional debe presentar la factura correspondiente hasta el 20 de cada mes, adjuntando el detalle de pacientes atendidos.  Considerando que el expediente clínico es un documento médico legal, en caso de realizar las evoluciones en forma manuscrita, las mismas deben ser legibles para que sustente la veracidad de los mismos y facilite su transcripción al Sistema Informático de propiedad de la CSBP (SAMI); asimismo, deben contener firma y sello del profesional, por lo que el pago de servicios estará condicionado a este aspecto, debiendo subsanar las observaciones, en caso de que así se requiera.  **13. Datos Bioestadisticos**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ITEM** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** | **2024** | **2025** | | CONSULTA EXTERNA | 48 | 84 | 146 | 282 | 290 | 300 | | EVOLUCIONES HOSPITALARIAS | 21 | 1 | 0 | 5 | 5 | 6 | | PRUEBAS CUTANEAS (TEST CUTANEO / TEST ALERGIA) | 11 | 29 | 42 | 81 | 83 | 85 | |
| **MODELO DE CONTRATO**  DOCUMENTO PRIVADO  COMPRA DE SERVICIOS PROFESIONALES MEDICO INMUNOALERGOLOGO  Conste por el presente Documento Privado de **COMPRA DE SERVICIOS PROFESIONALES DE MEDICO INMUNOALERGÓLOGO “POR EVENTO”,** 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. 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 Dr. Raúl Omar Delgado Álvarez – Jefe Médico Regional a.i.**, 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° 109/2021 de fecha 01.02.2021, 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:   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 Inmunoalergólogo**,** con capacidad jurídica plena, quien en adelante se denominará el **PROFESIONAL.**   **SEGUNDA: ANTECEDENTES.-** La **CSBP** inició proceso de contratación para la adjudicación del servicio de médico inmunoalergólogo, bajo la modalidad de Contrato Marco, convocando a los interesados en proveer el servicio a presentar sus propuestas de acuerdo a las Especificaciones Técnicas establecidas por la **CSBP.**  La Comisión de Calificación, recibidas y analizadas las propuestas presentadas, realizó el análisis y evaluación correspondiente, emitiendo el Informe de Calificación de Propuestas CITE: …. de fecha ……….. dirigida al Administrador Regional, instancia que emitió la No Objeción administrativa para la suscripción del Formulario de Aprobación de Gastos (FAG) y posterior emisión de la Nota de Adjudicación CITE: ………. de fecha ………. a favor del **PROFESIONAL,** 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 trascripción los siguientes documentos:   1. Especificaciones Técnicas – Médico Inmunoalergólogo “Por Evento”, con Código de proceso: 2. Propuesta presentada por el **PROFESIONAL**, 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** PROFESIONAL **para que preste servicios como** MEDICO INMUNOALERGÓLOGO**, servicio que el** PROFESIONAL **se obliga y compromete a proveer a la** CSBP **para la atención de sus asegurados bajo las siguientes condiciones:**  4.1. Obligaciones específicas en la prestación del servicio:  Cumplir con:   * + 1. Normas, protocolos y reglamentos de atención médica de tipo institucional y general.     2. La atención médica en el marco de las disposiciones legales vigentes y las normativas emanadas del Ministerio de Salud.     3. El horario propuesto para la atención de los asegurados de la **CSBP**.     4. Llenar la historia clínica, informes médicos y registros de atención médica con información oportuna y de calidad.   **4.2. Actividades Técnico – Médicas en la prestación de servicios (Actividades Generales)**  4.2.1. Realizar la prestación de servicios de atención médica con oportunidad, eficacia, efectividad y eficiencia.  4.2.2. Brindar servicios médicos integrales, personalizados con calidad y calidez en Consulta Externa y Hospitalización.  4.2.3. Otorgar atención médica en el contexto del modelo de atención médica institucional, incorporando al proceso de la consulta médica el contenido asistencial y preventivo de las patologías.  4.2.4. Realizar procesos de atención médica en el marco de las normas, protocolos de tipo general e institucional sujetos al rigor científico de los conocimientos en el campo de la salud.  4.2.5. Resolver problemas de salud utilizando medios de diagnóstico y tratamiento médico de manera racional y con sustento técnico médico.  4.2.6. Es obligación de todo profesional médico, **elaborar en forma cuidadosa y legible el expediente clínico** a nivel de Consulta Externa y Hospitalización, bajo los siguientes alcances:   1. La Historia Clínica Informatizada **completa y de calidad,** con su respectiva impresión, firma y sello. 2. Las prescripciones farmacéuticas elaboradas y sustentadas de acuerdo a Reglamento Institucional **(Receta Única y/o LINAME)**. 3. Las solicitudes de servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento **de acuerdo a normativa institucional y protocolos médicos**. 4. Otorgar certificados de incapacidad temporal identificando el régimen. 5. Elaborar informes médicos y/o certificados médicos, ya sea a solicitud de jefatura Médica, Jefe de Policonsultorio y/o Coordinador de Hospital, o en caso de requerir algún tratamiento, medicamento específico o estudios complementarios, para su autorización. 6. Elaborar la Epicrisis con carácter obligatorio al egreso del paciente, dicho documento médico legal deberá contener información resumida de todo el proceso de atención hospitalaria. 7. El médico tratante da a conocer al paciente y hacer firmar al paciente el consentimiento informado obligatorio, previo al proceso quirúrgico o de tratamiento médico (Si corresponde). 8. Cualquier otro registro manual o electrónico que en el marco de la prestación de servicios se considere conveniente disponer para el registro de información.   4.2.7. Prescribir medicamentos en el marco de las normativas y las políticas del Ministerio de Salud y de la Institución.  4.2.8. Efectuar la prestación de servicios médicos en Consultorio privado o Policonsultorio de la CSBP, con oportunidad, puntualidad y pulcritud, de acuerdo al horario ofertado.  4.2.9. El médico tratante debe asistir a la atención médica de sus pacientes internados para atención hospitalaria, **hasta antes de las 08:30 a.m.** afin de emitir órdenes médicas, altas, estudios de apoyo diagnóstico y otros.  **4.3. Actividades Técnico – Médicas en la prestación de servicios (Actividades específicas)**  4.3.1. Realizar seguimiento al proceso de atención médica de los pacientes, evitando duplicidad en la otorgación de medicamentos y exámenes de apoyo diagnóstico.  4.3.2. Realizar atención médica personalizada y seguimiento al paciente con presencia física, no pudiendo dar indicaciones por comunicación telefónica para pacientes hospitalizados.  4.3.3. Participar de Juntas Médicas convocadas por Jefatura Médica, Supervisión Médico o Coordinador de Hospital.  4.3.4. Utilizar de manera oportuna, adecuada y confiable el software médico institucional, aplicando los formularios correspondientes.  4.3.5. Realizar la referencia y contrareferencia oportuna de pacientes, así como las interconsultas médicas cuando el caso amerite, utilizando para el mismo los formularios correspondientes, tanto en consulta externa como en hospitalización.  Pare efectos de precisión del alcance de los servicios se entenderá como:  **Hospitalización:** Atención médica que se brinda a pacientes que, por su condición clínica, requieren de manejo hospitalario.  Registro de órdenes médicas hasta antes de las 08:30 a.m., seguimiento de los pacientes internados cuando son remitidos del consultorio externo, como responsables del ingreso, seguimiento y alta correspondiente, con responsabilidad del proceso de atención medica hasta el egreso o alta.  Visitas médicas, mínimo una diaria con registro en el SAMI.  **Consulta externa:** Atención médica otorgada en el consultorio particular del profesional médico, Mínimamente 2 consultas por día, de lunes a viernes con horario exclusivo para la **CSBP.**    **4.4. Equipo informático.**  El **PROFESIONAL** debe contar con un equipo de computación para registro de las evoluciones en el Sistema Informático SAMI de propiedad de la CSBP. El equipo de computación debe contar con las siguientes características:   * Core i5 equivalente o superior * 4GB en RAM mínimo * Espacio en disco duro de 80 GB o superior * Windows 10 o superior * Impresora * Antivirus con licencia y firewall incorporado.   El **PROFESIONAL** debe contar con conexión fija a Internet Banda Ancha 10 MBPS o superior (ADSL o fibra óptica) que permita realizar las configuraciones necesarias.  **4.5. Supervisión y Control.**  La actividad del **PROFESIONAL** será supervisada por: Jefatura Médica, Jefe de Policonsultorio, Coordinador de Hospital y Fiscal de Servicio, de acuerdo a las políticas institucionales, implementando mecanismos de control y evaluación de la calidad de la atención médica.  **QUINTA: COSTO DEL SERVICIO Y FORMA DE PAGO.-** La **CSBP** pagará mensualmente al **PROFESIONAL** por cada atención que otorgue a su población asegurada, los montos establecidos a continuación:  ------------------------------------------------------------  Para que la **CSBP** proceda con la cancelación del servicio, el **PROFESIONAL** deberá presentar la factura correspondiente, adjuntando las órdenes de atención y detalle de pacientes atendidos.  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** presente su factura fuera del plazo establecido, la **CSBP** podrá rechazar la misma, debiendo 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 **PROFESIONAL** 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 **PROFESIONAL,** 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 al **PROFESIONAL.**  a) Por suspensión de los servicios contratados sin justificación, debiendo el **PROFESIONAL,** asumir la totalidad de las penalidades y obligaciones.  b) Falencia continua y/o incumplimiento por parte del **PROFESIONAL** en la prestación de algún servicio, equipamiento, instrumental, personal o insumos ofertados en la cláusula tercera.  c) Por quejas y reclamos de los asegurados, debiendo la **CSBP** emitir como máximo tres recomendaciones previas a la Resolución.  d) Por decisión administrativa, comunicada al **PROFESIONAL** con 30 días de anticipación.    **7.2.2 Por Resolución a requerimiento del** **PROFESIONAL:** 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.  **8.2.3. Por acuerdo de partes**, en aplicación del Artículo 519 del Código Civil Boliviano.  Para procesar la Resolución del Contrato por cualquiera de las causales señaladas precedentemente, la **CSBP** o el **PROFESIONAL,** según corresponda, dará aviso escrito mediante carta a la otra parte, haciendo conocer su intención de Resolver el Contrato, **estableciendo claramente la causal que se aduce**.  Si dentro de los quince (15) días hábiles siguientes de la fecha de notificación se enmendaran las fallas, se normalizará el desarrollo de la provisión del servicio 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 quince (15) días hábiles no existiese ninguna respuesta o solución a las fallas, el proceso de resolución continuará, a cuyo fin la **CSBP** o el **PROFESIONAL,** según quién haya requerido la Resolución del Contrato, **notificará mediante carta a la otra parte, que la resolución del Contrato se ha hecho efectiva, la resolución será efectiva únicamente con la nota de aceptación.**  En caso de que sea el **PROFESIONAL** quien requiera la resolución, la nota de aceptación emitida por la **CSBP** indicará hasta que fecha el **PROFESIONAL** deberá prestar el servicio, en consideración a que la **CSBP** no puede quedarse sin la prestación por tratarse de un servicio de salud y requiere un tiempo para la realización de un nuevo proceso de contratación, este plazo no excederá de los tres meses. .  **8.2.4. Resolución por causas de fuerza mayor o caso fortuito que afecten a la CSBP o al PROFESIONAL,**  Si en cualquier momento antes de la terminación de la provisión del servicio, objeto del presente Contrato, la **CSBP** o el **PROFESIONAL** se encontrase con situaciones no atribuibles a su voluntad, por causas de fuerza mayor o caso fortuito que imposibiliten la provisión delservicio o vayan contra los intereses de la **CSBP**, la parte afectada**,** comunicará por escrito su intensión de resolver el Contrato, **justificando la causal, es decir, deberá señalar y explicar la causa de fuerza mayor o caso fortuito que alega.**  Con el fin de exceptuar al **PROFESIONAL** 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; en este sentido, 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 demora o cumplimiento del **SERVICIO**, el **PROFESIONAL** deberá presentar necesaria, inexcusable e imprescindiblemente 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 y aceptada la causal de resolución por fuerza mayor o caso fortuito, la **CSBP** mediante carta dirigida al **PROFESIONAL,** suspenderá el servicio y resolverá el Contrato total o parcialmente; se deja claramente establecido que **la Resolución se hace efectiva con la comunicación oficial de aceptación de resolución de contrato**, mientras esta carta no se emitida, el **PROFESIONAL** tiene la obligación de continuar prestando el servicio, el **PROFESIONAL** suspenderá el **SERVICIO** con la comunicación oficial y de acuerdo a las instrucciones de la **CSBP.**  Se aclara que la nota de aceptación emitida por la **CSBP** señalará hasta que fecha deberá prestar el **SERVICIO** el **PROFESIONAL** en consideración a que la **CSBP** no puede quedarse sin el servicio y requiere un tiempo para la realización de un nuevo proceso de contratación, este plazo no excederá de los tres meses  Una vez resuelto el contrato se liquidarán los costos proporcionales que demandase la Resolución y algunos otros gastos que a juicio de la **CSBP** fueran considerados sujetos a reembolso.  **OCTAVA: RESPONSABILIDADES.-** La **CSBP** adjudica a el/la **PROFESIONAL** el servicio basándose en los antecedentes de calidad de servicio, responsabilidad profesional, prestigio reconocido y capacidad instalada. Por su parte el/la **PROFESIONAL**, 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** es responsable por cualquier error o mala atención en los servicios de salud que preste a las afiliadas 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**, 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,** 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).-** 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** se compromete a cumplir con las siguientes obligaciones:   1. Realizar la prestación del servicio objeto del presente Contrato, de acuerdo con lo establecido en las bases de presentación de propuesta y propuesta adjudicada. 2. 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. 3. 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. 4. Cumplir cada una de las cláusulas del presente contrato.   **DÉCIMA PRIMERA: (QUEJAS Y/O RECLAMOS DE ASEGURADOS).-** En caso de existir quejas y/o reclamos por parte de los asegurados relacionados con la actitud y/o atención del profesional, se procederá acorde a lo establecido en la Guía de Conducta del Trabajador de la CSBP, por lo que el **PROFESIONAL** debe apegarse y cumplir con lo establecido en la guía mencionada.    **DÉCIMA SEGUNDA: (INTRANSFERIBILIDAD DEL CONTRATO).-** El **PROFESIONAL** 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 **PROFESIONAL** 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.  En caso de ausencia del **PROFESIONAL** contratado, la **CSBP** convocará a los profesionales debidamente acreditados y designados por el **PROFESIONAL** que firma el contrato; sin embargo, para el pago de servicios, será el **PROFESIONAL** contratado quien emita factura por las atenciones realizadas en su ausencia, acorde a la oferta presentada.  **DÉCIMA TERCERA: (MODIFICACIONES AL CONTRATO).-** El contrato podrá ser modificado conforme a lo establecido en el Artículo 25. Contratos y órdenes de compra u órdenes de servicio y contratos modificatorios, Inc. c) del Reglamento de Compras de la **CSBP**.  **DÉCIMA CUARTA: (MULTAS).-** En caso de incumplimiento por parte del **PROFESIONAL** en la prestación del servicio, la **CSBP** podrá llevar a sus asegurados con otro **PROFESIONAL** y cobrar al **PROFESIONAL** contratado la diferencia existente entre el monto pagado por la **CSBP** y el monto adjudicado. De continuar la o las falencias se aplicará el descuento del 0.3% del pago mensual promedio de los últimos 3 meses.  .  **DÉCIMA QUINTA: (EXONERACIÓN A LA CSBP DE RESPONSABILIDADES POR DAÑO A TERCEROS).-** El **PROFESIONAL** se obliga a tomar todas las previsiones que pudiesen surgir por daño a terceros, se exonera de estas obligaciones a la **CSBP**.  **DÉCIMA SEXTA: (SOLUCIÓN DE DIFERENCIA).-** Para el caso en que la ejecución del contrato se presentara diferencias, las partes harán lo posible por superarlas, en forma ecuánime, 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.  *DÉCIMA SÉPTIMA: (NOTIFICACIONES).-* ***Cualquier aviso o notificación que tenga que darse al*** *PROFESIONAL****, 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 Santibáñez y Jordán de la ciudad de Cochabamba.  **DÉCIMA OCTAVA: (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 2023.    **Lic. Roger Mauricio Patiño Rojas Dr. Raúl Omar Delgado Álvarez**  ADMINISTRADOR REGIONAL JEFE MÉDICO REGIONAL a.i.  CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA  **PROFESIONAL**  CTFT/Claudia |

**ANEXOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE VI**  **FORMULARIOS Y DOCUMENTOS PARA LA PRESENTACIÓN DE OFERTA** | |
| **FORMULARIO 1** | CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA Y DECLARACION JURADA |
| **FORMULARIO 2** | IDENTIFICACION DEL PROPONENTE |
| **FORMULARIO 3** | PROPUESTA ECONÓMICA |
| **FORMULARIO 4** | PROPUESTA DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS |

**FORMULARIO Nº 1**

**CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA Y DECLARACIÓN JURADA**

Lugar y fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señores

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

Presente. -

**Ref.: Contrato Marco CB-CMA-04-2023**

**CONTRATACION DE SERVICIOS DE MEDICO INMUNOALERGOLOGO – POR EVENTO (2 AÑOS)**

A nombre (***Nombre del profesional Oferente……….)***, 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.

a) Título Académico.

b) Título en Provisión Nacional.

c) Título de Especialización

d) Registro en el Colegio Médico o equivalente

e) Número de Identificación Tributaria (NIT).

f) Cédula de Identidad vigente.

g) Resolución de Autorización emitido por el SEDES, **vigente.**

***Nota:***

**En caso de no contar con Certificado de autorización de funcionamiento emitido por el SEDES, el centro o profesional ofertante podrá presentar una nota escrita comprometiéndose a efectuar el trámite correspondiente en caso de adjudicación.**

Asimismo, ofrezco mantener mi 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 profesional proponente)***

***(Nombre completo del proponente)***

**FORMULARIO Nº 2**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE**

1. Nombre del Profesional Independiente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Teléfonos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Dirección electrónica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Años de Experiencia General \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Años de Experiencia especialidad Médico Inmunoalergologo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. Numero de NIT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. Número de Matrícula del Colegio Medico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**FORMULARIO N° 3**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

**CONTRATO MARCO N° CB-CMA-04-2023**

**“CONTRATACION SERVICIOS DE MEDICO INMUNOALERGOLOGO – POR EVENTO (2 AÑOS)”**

**Lugar y fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Agradecemos a Us.(s) ofertar los servicios descritos a continuación, en moneda nacional (bolivianos) incluyendo impuestos de Ley, los mismos que deberán incluir máximo 2 decimales.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **ITEMS CONTEMPLADOS EN LA PROVISION DEL SERVICIO** | **UNIDAD MEDICION** | **MONTO (BS)** |
| **1** | **ESTUDIOS** **CONSULTA EXTERNA (ATENCION EN CONSULTORIO PRIVADO DEL PROFESIONAL)** |  |  |
| **1.1** | **Primera consulta (sesión inicial) o consulta nueva** | SERVICIO |  |
| **1.2** | **Reconsulta (Sesión de seguimiento por una misma patología) o consulta repetida** | SERVICIO |  |
| **2** | **HOSPITALIZACION (EMERGENCIAS A LLAMADO)** |  |  |
| **2.1** | **Primera consulta (sesión inicial) o consulta nueva** | SERVICIO |  |
| **2.2** | **Reconsulta (Sesión de seguimiento por una misma patología) o consulta repetida** | SERVICIO |  |
| **3** | **PRUEBAS CUTANEAS** |  |  |
| **3.1** | **Costo por prueba cutánea** | SERVICIO |  |
| **ACLARACION:**   * **Hospitalización:**   Atención médica que se brinda a pacientes que, por su condición clínica, requieren de manejo hospitalario previa interconsulta del médico tratante.  Registro de órdenes médicas hasta antes de las 08:30 a.m. Seguimiento de los pacientes internados, como responsable del ingreso, seguimiento y alta correspondiente, con responsabilidad del proceso de atención medico/quirúrgico hasta el egreso o alta.  Visitas médicas, mínimo una diaria con registro en el SAMI.   * **Consulta Externa:**   Atención médica otorgada en el consultorio particular del profesional médico. Mínimamente 2 consultas por día, de lunes a viernes con horario exclusivo para la CSBP. | | | |

**(Firma del proponente)**

**(Nombre completo del proponente)**

**FORMULARIO N° 4**

**PROPUESTA TÉCNICA**

**CONTRATO MARCO N° CB-CMA-04-2023**

**“CONTRATACION DE SERVICIOS DE MEDICO INMUNOALERGOLOGO – POR EVENTO (2 AÑOS)”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS** | **PROPUESTA (El proponente debe Manifestar expresamente las condiciones de su propuesta con referencia a cada requerimiento)** | **OBSERVACIONES** |
| **1** | **OBJETO DE LA CONTRATACION:**  Contratación de servicios de un médico con especialidad en Inmunoalergología para atención “por evento” a los asegurados de la CSBP, tanto en consulta externa como en hospitalización. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| **2** | **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS**  **Cumplir con:**   1. Con las normas, protocolos y reglamentos de atención médica de tipo institucional y general. 2. Con la atención médica en el marco de las disposiciones legales vigentes y las normativas emanadas del Ministerio de Salud. 3. Cumplir con el horario propuesto para la atención de los asegurados de la CSBP. 4. Llenar la historia clínica, informes médicos y registros de atención médica con información oportuna y de calidad. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| **3** | **ACTIVIDADES TÉCNICO-MÉDICAS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS**    **GENERALES**   1. Realizar la prestación de servicios de atención médica con oportunidad, eficacia, efectividad y eficiencia.      1. Brindar servicios médicos integrales, personalizados con calidad y calidez en*Consulta Externa y Hospitalización.*      1. Otorgar atención médica en el contexto del modelo de atención médica institucional, incorporando al proceso de la consulta médica el contenido asistencial y preventivo de las patologías.      1. Realizar procesos de atención médica en el marco de las normas, protocolos de tipo general e institucional sujetos al rigor científico de los conocimientos en el campo de la salud.      1. Resolver problemas de salud utilizando medios de diagnóstico y tratamiento médico de manera racional y con sustento técnico médico.      1. Es obligación de todo profesional médico, **elaborar en forma cuidadosa y legible el expediente clínico** a nivel de *Consulta Externa y Hospitalización,* bajo los siguientes alcances:      1. La Historia Clínica Informatizada **completa y de calidad** con su respectiva impresión, firma y sello. 2. Las prescripciones farmacéuticas elaboradas y sustentadas de acuerdo a reglamento institucional ***(Receta Única y/o LINAME)****.* 3. Las solicitudes de servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento ***de acuerdo a normativa institucional y protocolos médicos.*** 4. Otorgar certificados de incapacidad temporal identificando el régimen. 5. Elaborar informes médicos y/o certificados médicos, ya sea a solicitud de Jefatura Médica, Jefe de Policonsultorio y/o Coordinador de Hospital, o en caso de requerir algún tratamiento, medicamento específico o estudios complementarios, para su autorización. 6. Elaborar la Epicrisis con carácter obligatorio al egreso del paciente, dicho documento médico legal deberá contener información resumida de todo el proceso de atención hospitalaria. 7. El médico tratante da a conocer al paciente y hace firmar el Consentimiento Informado obligatorio, previo al proceso quirúrgico o de tratamiento médico (si corresponde). 8. Cualquier otro registro manual o electrónico que en el marco de la prestación de servicios considere conveniente disponer para el registro de la información. 9. Prescribir medicamentos en el marco de las normativas y las políticas del Ministerio de Salud y de la Institución. 10. Efectuar la prestación de servicios médicos en Consultorio Privado o Policonsultorio de la CSBP, con oportunidad, puntualidad y pulcritud, de acuerdo al horario ofertado. 11. El médico tratante debe asistir a la atención médica de sus pacientes internados para atención Hospitalaria, **hasta antes de las 08:30 a.m.,** a fin de emitir órdenes médicas, altas, estudios de apoyo diagnóstico y otros.     **ESPECÍFICAS**   1. Realizar seguimiento al proceso de atención médica de los pacientes, evitando duplicidad en la otorgación de medicamentos y exámenes de apoyo diagnóstico. 2. Realizar atención médica personalizada y seguimiento al paciente con presencia física, no pudiendo dar indicaciones por comunicación telefónica para pacientes hospitalizados. 3. Participar de Juntas Médicas convocadas por Jefatura Médica, Jefatura de Policonsultorio o Coordinador de Hospitalización. 4. Utilizar de manera oportuna, adecuada y confiable el software médico institucional, aplicando los formularios correspondientes (si corresponde). 5. Realizar la referencia y contra referencia oportuna de pacientes, así como las interconsultas médicas cuando el caso amerite, utilizando para el mismo los formularios correspondientes, tanto en consulta externa como en hospitalización. 6. Presentar en forma mensual, hasta el 20 de cada mes, la factura correspondiente junto a las órdenes de atención médica y detalle de pacientes.     **PARA EFECTOS DE PRECISIÓN DEL ALCANCE DE LOS SERVICIOS SE ENTENDERÁ COMO:**    **ATENCION EN CONSULTA EXTERNA**   * **HOSPITALIZACIÓN:**   Atención médica que se brinda a pacientes que, por su condición clínica, requieren de manejo hospitalario previa interconsulta del médico tratante.  Registro de órdenes médicas hasta antes de las 08:30 a.m. Seguimiento de los pacientes internados, como responsable del ingreso, seguimiento y alta correspondiente, con responsabilidad del proceso de atención medico/quirúrgico hasta el egreso o alta.  Visitas médicas, mínimo una diaria con registro en el SAMI.   * **CONSULTA EXTERNA:**   Atención médica otorgada en el consultorio particular del profesional médico. Mínimamente 2 consultas por día, de lunes a viernes con horario exclusivo para la CSBP. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| **4** | **EQUIPAMIENTO INFORMÁTICO.**  El profesional debe contar con un equipo de computación para registro de las consultas médicas y evoluciones en el Sistema Informático SAMI de propiedad de la CSBP. El equipo de computación debe contar con las siguientes características:   * Core i5 equivalente o superior * 4 GB en RAM mínimo * Espacio en disco duro de 80 GB o superior * Windows 10 ó superior * Impresora * Antivirus con licencia y firewall incorporado   El profesional debe contar con conexión fija a Internet Banda Ancha 10 Mbps o superior (ADSL o fibra óptica) que permita realizar las configuraciones necesarias. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| **5** | **DE LA SUPERVISIÓN Y CONTROL**  La actividad del profesional será supervisada por: Jefatura Médica, Jefe de Policonsultorio, Coordinador de Hospital y Fiscal de Servicio, de acuerdo a las políticas institucionales, implementando mecanismos de control y evaluación de la calidad de la atención médica. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| **6** | **PERMISOS POR CAUSAS JUSTIFICADAS**  En caso de que el profesional requiera suspender la atención por causas justificadas (ejemplo: asistencia a talleres en otra ciudad o causas de fuerza mayor), deberá comunicar esta situación a Jefatura Médica mediante nota escrita con una antelación mínima de 2 semanas, indicando el nombre del profesional que lo reemplazará durante su ausencia. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| **7** | **QUEJAS Y/O RECLAMOS DE ASEGURADOS**  En caso de existir quejas y/o reclamos por parte de los asegurados relacionados con la actitud y/o atención del profesional, se procederá acorde a lo establecido en la Guía de Conducta del Trabajador de la CSBP y Reglamento Interno para la atención y gestión de Reclamos, por lo que el profesional contratado debe apegarse y cumplir lo establecido en la normativa mencionada. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| **8** | **MULTAS**  En caso de incumplimiento por parte del profesional de algún servicio ofertado y adjudicado, la CSBP podrá llevar a sus asegurados con otro profesional de similar categoría y cobrar al profesional contratado la diferencia existente entre el monto pagado por la CSBP y el monto adjudicado. De continuar la falencia se aplicará el descuento del 0.3% del pago mensual promedio de los últimos 3 meses | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| **9** | **PERFIL PROFESIONAL REQUERIDO**   * **Formación requerida**: Médico Inmunoalergólogo * **Experiencia requerida:** Dos años en la especialidad (como mínimo) * **Horario de Atención:** De acuerdo a oferta presentada. * **Dirección de consultorio:** De acuerdo a oferta presentada. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| **10** | **HABILITACIÓN DE PROPUESTAS**  **Para que el postulante sea habilitado, debe contar con los siguientes requisitos:**   1. Título Académico 2. Título en Provisión Nacional 3. Título de Especialización 4. Registro actualizado en el Colegio correspondiente o equivalente | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |
| **11** | **PAGO DEL SERVICIO**  Para que la CSBP proceda con la cancelación del servicio, el profesional debe presentar la factura correspondiente hasta el 20 de cada mes, adjuntando las órdenes de atención y detalle de pacientes atendidos.  Considerando que el Expediente Clínico es un documento médico legal y en caso de que el profesional no cuente con acceso al Sistema Informático SAMI de propiedad de la CSBP, el registro de las atenciones médicas debe realizarse de forma manual, con letra clara y legible que sustente la veracidad de los mismos y facilite su transcripción al Sistema SAMI, por lo que el pago de servicios estará condicionado a este aspecto, debiendo el profesional subsanar las observaciones, en caso de que así se requiera. | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta | Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su propuesta |

## **(Firma del proponente)**

## **(Nombre completo del representante legal**