

## ANEXO 3 MODELO DE CONTRATO

### COMPRA DE SERVICIOS PROFESIONALES MEDICO CIRUJANO ORAL Y MAXILOFACIAL

Conste por el presente Documento Privado de **COMPRA DE SERVICIO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO ORAL Y MAXILOFACIAL A MONTO FIJO MENSUAL**, 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 Nefrólogo, con capacidad jurídica plena, quien en adelante se denominará la/el **PROFESIONAL**.

**SEGUNDA: ANTECEDENTES.-** La **CSBP** inició proceso de contratación bajo la modalidad de Comparación de propuestas, convocando a los profesionales interesados en proveer el servicio profesional de Médico Cirujano Oral y Maxilofacial a monto fijo mensual, a presentar sus cotizaciones de acuerdo a las bases y condiciones para la presentación de cotizaciones.

La Comisión de Calificación, recibidas y evaluadas las propuestas presentadas, emitió Informe con CITE: ..... de fecha ....., dirigido al ....., instancia que emitió la No Objeción del Gasto y la Adjudicación CITE: ..... de fecha ..... a favor de el/la **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 transcripción los siguientes documentos:

1. Bases y Condiciones para presentación de cotización.
2. Cotización adjudicada y presentada por el/la **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/la **PROFESIONAL** para que preste servicios como **MEDICO CIRUJANO ORAL Y MAXILOFACIAL a monto fijo mensual** para la atención de la población asegurada de la **CSBP** utilizando su propia infraestructura, equipos, material e instrumental en condiciones óptimas, en base a determinaciones técnico médicas, administrativas y legales, bajo las siguientes condiciones:

- .....

Para la prestación del servicio, el **PROFESIONAL** deberá cumplir con:

#### **4.1. Obligaciones específicas en la prestación del servicio:**

Cumplir con:

- 4.1.1. Normas, protocolos y reglamentos de atención médica de tipo institucional y general.

4.1.2. La atención médica en el marco de las disposiciones legales vigentes y las normativas emanadas del Ministerio de Salud.

4.1.3. El horario propuesto para la atención de los asegurados de la **CSBP**.

4.1.4. 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.

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 (**Formulario 016, Receta Única y/o LINAME**).

3. Las solicitudes de servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento deben ser requeridos de manera racional **de acuerdo a normativa institucional y protocolos médicos**.

4. Otorgar certificados de incapacidad temporal identificando el régimen.

5. Elaborar informes médicos, ya sea a solicitud de Jefatura Médica, Supervisión médica y/o Coordinación de Hospitalización, o en caso de requerir algún tratamiento o medicamento específico, así como de estudios complementarios que requieren 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. Elaborar protocolo operatorio de carácter obligatorio inmediatamente a la finalización de cada cirugía. Dicho documento médico legal deberá contener información resumida de todo el proceso de intervención quirúrgica.

8. Dar a conocer al paciente y hacer firmar al paciente el consentimiento informado obligatorio, de tratamiento médico.

9. 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 con oportunidad y puntualidad, 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.** a fin 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 Hospitalización.
- 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.

Para efectos de precisión del alcance de los servicios se entenderá como:

**Consulta externa:** Atención médica otorgada en el consultorio particular del **PROFESIONAL**.

**Atención hospitalaria:** Cuando sea necesaria la atención hospitalaria de asegurados de la **CSBP**, se convocará al profesional, quien realizará los procedimientos quirúrgicos necesarios.

#### 4.4. Supervisión y Control.

La actividad del/la **PROFESIONAL** será supervisada por: Jefatura Médica, Supervisión Médica 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 de manera mensual a el/la **PROFESIONAL** el monto de ....., Monto fijo mensual, por la atención que otorgue a su población asegurada.

Para que la **CSBP** proceda con la cancelación del servicio, el/la **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.

**SÉPTIMA: (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 quiebra declarada del **PROFESIONAL**.
- b) Por suspensión de los servicios contratados sin justificación.
- c) Falencia continúa y/o incumplimiento por parte del **PROFESIONAL** de algún servicio, equipamiento, instrumental, personal o insumos ofertados, así como también, por incumplimiento continuo a las obligaciones señaladas en la Cláusula Décima del presente contrato, debiendo la **CSBP** emitir como máximo tres recomendaciones previas a la Resolución.
- d) Por quejas y reclamos de los asegurados, debiendo la **CSBP** emitir como máximo tres recomendaciones previas a la Resolución.
- e) Por decisión administrativa, comunicada a la empresa 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.

**7.2.3. Por acuerdo de partes**, en aplicación del Artículo 519 del Código Civil Boliviano.

**7.3 Reglas aplicables a la Resolución:** Para procesar la resolución del Contrato por cualquiera de las causales señaladas, la **CSBP** o el **PROFESIONAL**, según corresponda, dará aviso escrito mediante carta, 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 **PROFESIONAL**, según quién haya requerido la Resolución del Contrato, notificará mediante carta 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 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 encuentre con 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 dirigida al **PROFESIONAL**, suspenderá el servicio y resolverá el Contrato total o parcialmente. A la entrega de dicha comunicación oficial de resolución, el **PROFESIONAL** suspenderá la provisión del servicio de acuerdo a las instrucciones escritas que al efecto emita la **CSBP**.

Se liquidarán los costos proporcionales que demandase el cierre de la adquisición y algunos otros gastos que a juicio de la **CSBP** fueran considerados sujetos a reembolso.

Con estos datos la **CSBP** elaborará la liquidación final y el trámite del pago correspondiente.

**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 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**, 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:

a) Realizar la prestación del servicio objeto del presente Contrato, de acuerdo con lo establecido en las bases de presentación de propuesta y 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** 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.

**DECIMO SEGUNDA: (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 TERCERA: (MULTA).**- En caso de incumplimiento por parte del/la **PROFESIONAL** en la prestación del servicio, la **CSBP** podrá llevar a sus asegurados con otro médico cirujano oral y maxilofacial y cobrar a el/la **PROFESIONAL** el monto cancelado por la **CSBP**.

**DÉCIMA CUARTA: (CAUSAS DE FUERZA MAYOR Y/O CASO FORTUITO).**- Con el fin de exceptuar a el/la **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.

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** 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** y en caso de ser aceptada, se suscribirá el correspondiente Contrato Modificatorio.

**DÉCIMA 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**.

**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 ecuatoriana, 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 SEPTIMA: (NOTIFICACIONES).**- Cualquier aviso o notificación que tenga que darse a el/la **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: (GASTOS DE RECONOCIMIENTO).**- Todos los gastos que demanden el reconocimiento de firmas y rúbricas del presente documento, serán cubiertos en su integridad por el CENTRO.

**DÉCIMA NOVENA: (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  
**ADMINISTRADOR REGIONAL**  
CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA

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

**PROFESIONAL**

CTFT/Claudia