**BASES Y CONDICIONES DEL PROCESO (COMPARACION DE PROPUESTAS)**

**PROCESO: CO-CP-02-25**

**CONTRATACIÓN SERVICIO DE LABORATORIO EXTERNO POR EVENTO**

**PRIMERA CONVOCATORIA**

# En cumplimiento al Reglamento de Compras, la Caja de Salud de la Banca Privada, invita a empresas que prestan servicios de laboratorio legalmente establecidas en la ciudad de **Cobija**, a presentar ofertas para la Contratación de Servicio de Laboratorio por evento.

1. **FECHA DE PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS**: Las ofertas deberán ser enviadas al correo electrónico **adquisicionescsbpcbba@csbp.com.bo** hasta horas **15:00 del día jueves 13 de marzo** del año en curso.
2. **DOCUMENTOS A PRESENTAR:**
	1. **FORMULARIO DE PROPUESTA ECONÓMICA**: La propuesta económica debe ser presentada en el formulario N°1 - Propuesta Económica, (Documento adjunto a esta invitación).
	2. **FORMULARIO DE PROPUESTA TÉCNICA:** El proponente debe cumplir con los requisitos de la CSBP. La propuesta de la empresa proponente en lo concerniente a las especificaciones técnicas, debe ser presentado en el formulario N° 2 - Propuesta Técnica, (Documento adjunto a esta invitación).
3. **PLAZO DE CONTRATACIÓN DEL SERVICIO:** Se suscribirá un contrato con una duración de un año calendario con el laboratorio adjudicado.
4. **SISTEMA DE EVALUACIÓN:**

Menor Precio: Se evaluará la propuesta con el menor precio (menor porcentaje de incremento) verificando si esta cumple con todos los requisitos exigidos, si cumple se procederá a la elaboración del informe caso contrario se calificará la propuesta con el segundo menor precio y así sucesivamente.

1. **ADJUDICACIÓN:** La adjudicación será realizada por el total del servicio a la oferta económica más conveniente para la CSBP.
2. **CONTRATO:** Se suscribirá un contrato con el proponente adjudicado (se adjunta modelo), para tal motivo deberán presentar en un plazo máximo de 7 días hábiles, computables a partir de la notificación de adjudicación, la siguiente documentación:

**Para Sociedades:**

* Testimonio de Constitución de Sociedad de la empresa y la última modificación realizada (si la hubiere), inscrito en el Registro de Comercio.
* Testimonio Poder de Representación debidamente legalizado, que faculte al o los representantes legales a presentar propuestas y suscribir contratos.
* Matricula de Registro de Comercio vigente, emitido por la instancia competente.
* Cédula de identidad del representante legal (vigente).
* Número de identificación tributaria (NIT).

**Para Empresas Unipersonales:**

* Testimonio Poder de Representación debidamente legalizado, que faculte al o los representantes legales a presentar propuestas y suscribir contratos. (si corresponde).
* Matricula de Registro de Comercio vigente, emitido por la instancia competente.
* Cédula de identidad del representante legal (vigente).
* Número de identificación tributaria (NIT).

**Notas:**

*El proponente deberá correr con los gastos de reconocimiento de firmas del contrato firmado (aproximadamente Bs. 60.00).*

**MULTAS:** Se aplicarán multas y sanciones según lo establecido en el Formulario N° 2 - Propuesta Técnica (Especificaciones Técnicas).

1. **SUPERVISION DE LA RECEPCION:** El proponente contratado, en su relación con la CSBP, estará bajo supervisión y coordinación de Jefatura Médica y Jefatura de Laboratorio, quienes controlaran y verificaran el permanente cumplimiento de las cláusulas, establecido en el contrato suscrito.
2. **CRONOGRAMA (PLAZOS) DEL PROCESO:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN** |
| 1 | Envió de la solicitud de propuestas y Publicación de la convocatoria en la Web | 06/03/2025 |  | portal.csbp.com.bo |
| 2 | Presentación de Ofertas. | Hasta: 13/03/2025 | 15:00 | adquisicionescsbpcbba@csbp.com.bo |
| 3 | Apertura de Ofertas. | 13/03/2025 | 15:15 | Policonsultorio Regional Cochabamba en sesión reservada. |
| 4 | Resultado Del Proceso | Hasta: 21/03/2025 |  | Notificación escrita al proveedor adjudicado |

Cualquier consulta, llamar al teléfono 4582234 Interno 4512 compras o al celular 72720337 Lic. Orlando Pinto

Cobija, febrero de 2025

**Formulario N° 1**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

**CODIGO DE PROCESO: CO-CP-02-25**

**SERVICIO DE LABORATORIO EXTERNO POR EVENTO**

**PRIMERA CONVOCATORIA**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° Ítem** | **DESCRIPCIÓN** | **UNIDAD DE MEDIDA** | **PRECIO UNITARIO OFERTADO** | **OBSERVACIONES Y/O ACLARACIONES** |
| 1 | ACIDO ÚRICO | unidad |   |   |
| 2 | ADA | Unidad |   |   |
| 3 | AFP ALFAFETOPROTEINA | Unidad |   |   |
| 4 | ALBUMINA | Unidad |   |   |
| 5 | ALFAFETOPROTEINA | Unidad |   |   |
| 6 | AMILASA | Unidad |   |   |
| 7 | ANTI TIROGLOBULINA | Unidad |   |   |
| 8 | ANTI TPO | Unidad |   |   |
| 9 | ANTICUERPOS ANDI DNA | Unidad |   |   |
| 10 | ANTICUERPOS ANTINUCLEARES | Unidad |   |   |
| 11 | ANTIGENO PROSTATICO ESPECÍFICO PSA | Unidad |   |   |
| 12 | ANTIGENO PROSTATICO LIBRE PSA | Unidad |   |   |
| 13 | ASTO | Unidad |   |   |
| 14 | BILIRRUBINA DIRECTA  | Unidad |   |   |
| 15 | BILIRRUBINA TOTAL | Unidad |   |   |
| 16 | BILIRRUMINA INDIRECTA | Unidad |   |   |
| 17 | BUN | Unidad |   |   |
| 18 | BACILOSCOPIA | Unidad |   |   |
| 19 | GEN EXPERT  | Unidad |   |   |
| 20 | CA 15:3 | Unidad |   |   |
| 21 | Ca 19.9 | Unidad |   |   |
| 22 | Ca125 | Unidad |   |   |
| 23 | CALCIO | Unidad |   |   |
| 24 | CEA | Unidad |   |   |
| 25 | CHAGAS | Unidad |   |   |
| 26 | CITOMEGALOVIRUS IGG | Unidad |   |   |
| 27 | CITOMEGALOVIRUS IGM | Unidad |   |   |
| 28 | CLAMIDIA IGG | Unidad |   |   |
| 29 | CLAMIDIA IGM | Unidad |   |   |
| 30 | CLEARENCE DE CREATININA | Unidad |   |   |
| 31 | CLORO | Unidad |   |   |
| 32 | COLESTEROL TOTAL | Unidad |   |   |
| 33 | COOMBS DIRECTO | Unidad |   |   |
| 34 | COPROCULTIVOS | Unidad |   |   |
| 35 | COPROPARASITOLOGICO SERIADO | Unidad |   |   |
| 36 | COPROPARASITOLOGICO SIMPLE | Unidad |   |   |
| 37 | CORTISOL AM 7:30-8:30 | Unidad |   |   |
| 38 | CORTISOL PM 16:30-17:30 | Unidad |   |   |
| 39 | COVID 19 ANTIGENO NASAL | Unidad |   |   |
| 40 | CREATINFOSFOKINASA (CK AC) | Unidad |   |   |
| 41 | CREATINFOSFOKINASA MB (CK MB) | Unidad |   |   |
| 42 | CREATININA | Unidad |   |   |
| 43 | CULTIVO DE SECRECIONES | Unidad |   |   |
| 44 | CURVA TOLERANCIA GLUCOSA 3 TOMAS | Unidad |   |   |
| 45 | DIMERO D | Unidad |   |   |
| 46 | ESPERMOCULTIVO | Unidad |   |   |
| 47 | ESTRADIOL | Unidad |   |   |
| 48 | ESTREPTOLISISNA O | Unidad |   |   |
| 49 | ELECTROLITOS NA/K/CL | Unidad |   |   |
| 50 | EXAMEN EN FRESCO | Unidad |   |   |
| 51 | EXAMEN GENERAL DE ORINA | Unidad |   |   |
| 52 | FACTOR REUMATOIDEO | Unidad |   |   |
| 53 | FERRITINA | Unidad |   |   |
| 54 | FIBRINOGENO | Unidad |   |   |
| 55 | FOSFATASA ALCALINA | Unidad |   |   |
| 56 | FOSFORO | Unidad |   |   |
| 57 | FSH | Unidad |   |   |
| 58 | GASOMETRIA  | Unidad |   |   |
| 59 | GGT | Unidad |   |   |
| 60 | GLICEMIA | Unidad |   |   |
| 61 | GLICEMIA POR CINTA | Unidad |   |   |
| 62 | GLICEMIA POST PRANDIAL | Unidad |   |   |
| 63 | GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA | Unidad |   |   |
| 64 | GOT  | Unidad |   |   |
| 65 | GOTA GRUESA | Unidad |   |   |
| 66 | GPT | Unidad |   |   |
| 67 | GRUPO SANGUINEO Y RH | Unidad |   |   |
| 68 | H.D.L. COLESTEROL | Unidad |   |   |
| 69 | HELICOBACTER PILORY ANTIGENO | Unidad |   |   |
| 70 | HEMOCULTIVOS | Unidad |   |   |
| 71 | HEMOGLOBINA/HEMATOCRITO | Unidad |   |   |
| 72 | HEMOGLOBINA GLICOSILADA  | Unidad |   |   |
| 73 | HEMOGRAMA COMPLETO AUTOMATIZADO | Unidad |   |   |
| 74 | HEPATITIS A | Unidad |   |   |
| 75 | HEPATITIS B | Unidad |   |   |
| 76 | HEPATITIS C | Unidad |   |   |
| 77 | HERPES I-II | Unidad |   |   |
| 78 | HIERRO SERICO | Unidad |   |   |
| 79 | ALCOHOLEMIA | Unidad |   |   |
| 80 | IGE | Unidad |   |   |
| 81 | INSULINA BASAL | Unidad |   |   |
| 82 | HISOPADO FARIGEO | Unidad |   |   |
| 83 | HISOPADO URETRAL | Unidad |   |   |
| 84 | L.D.H (DESHIDROGENASA LACTICA) | Unidad |   |   |
| 85 | L.D.L. COLESTEROL | Unidad |   |   |
| 86 | LH | Unidad |   |   |
| 87 | LIPASA | Unidad |   |   |
| 88 | MAGNESIO  | Unidad |   |   |
| 89 | MICROALBUMINURIA | Unidad |   |   |
| 90 | MIOGLOBINA | Unidad |   |   |
| 91 | MOCO FECAL | Unidad |   |   |
| 92 | PCR | Unidad |   |   |
| 93 | POTASIO | Unidad |   |   |
| 94 | PRO BNP | Unidad |   |   |
| 95 | PROCALCITONINA | Unidad |   |   |
| 96 | PROGESTERONA | Unidad |   |   |
| 97 | PROLACTINA | Unidad |   |   |
| 98 | PROTEINAS EN ORINA | Unidad |   |   |
| 99 | PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS | Unidad |   |   |
| 100 | PROTEINAS TOTALES | Unidad |   |   |
| 101 | PROTEINURIA 24 HORAS | Unidad |   |   |
| 102 | PRUEBA DE EMBARAZO CUANTITATIVA | Unidad |   |   |
| 103 | PRUEBA RAPIDA DE DENGUE | Unidad |   |   |
| 104 | PRUEBA RAPIDA DE PSA | Unidad |   |   |
| 105 | PRUEBA RAPIDA DE VIH | Unidad |   |   |
| 106 | REACCIONDE WIDAL | Unidad |   |   |
| 107 | RECUENTO DE PLAQUETAS | Unidad |   |   |
| 108 | RETRACCIÓN DE COAGULO  | Unidad |   |   |
| 109 | ROTAVIRUS | Unidad |   |   |
| 110 | RPR O VDRL | Unidad |   |   |
| 111 | RT-PCR COVID 19 | Unidad |   |   |
| 112 | SODIO | Unidad |   |   |
| 113 | T3 | Unidad |   |   |
| 114 | T4 LIBRE | Unidad |   |   |
| 115 | TAMISAJE NEONATAL COMPLETO | Unidad |   |   |
| 116 | TEST DE ALERGENOS PEDIATRICOS | Unidad |   |   |
| 117 | TEST DE CRISTALIZACION | Unidad |   |   |
| 118 | TESTOSTERONA LIBRE | Unidad |   |   |
| 119 | TESTOSTERONA TOTAL | Unidad |   |   |
| 120 | TIEMPO DE COAGULACIÓN  | Unidad |   |   |
| 121 | TIEMPO DE SANGRIA  | Unidad |   |   |
| 122 | TINCION DE GRAM + EXAMEN EN FRESCO | Unidad |   |   |
| 123 | TOXICOLOGICO | Unidad |   |   |
| 124 | TOXOPLASMOSIS IGG | Unidad |   |   |
| 125 | TOXOPLASMOSIS IGM | Unidad |   |   |
| 126 | TP + INR | Unidad |   |   |
| 127 | TRIGLICERIDOS | Unidad |   |   |
| 128 | TROPINA I CUALITATIVA | Unidad |   |   |
| 129 | TROPONINA I CUANTITATIVA | Unidad |   |   |
| 130 | TSH | Unidad |   |   |
| 131 | TTPA | Unidad |   |   |
| 132 | UREA | Unidad |   |   |
| 133 | UROCULTIVO | Unidad |   |   |
| 134 | V.D.L. COLESTEROL | Unidad |   |   |
| 135 | VELOCIDAD DE ERITROSEDIMENTACIÓN | Unidad |   |   |
| 136 | TEST DE EMBARAZO | Unidad |   |   |
| 137 | TIROGLOBULINA | Unidad |   |   |
| 138 | T4 | Unidad |   |   |
| 139 | DHEA | Unidad |   |   |
| 140 | DEPURACION DE CREATININA DE 24 HORAS EN ORINA | Unidad |   |   |
| 141 | TEST DE GRAHAM | Unidad |   |   |
| 142 | PROTEINURIA 1 TOMA | Unidad |   |   |
| 143 | MORFOLOGIA DE GLOBULOS ROJOS EN ORINA RECIENTE | Unidad |   |   |
| 144 | PAPANICOLAU | Unidad |   |   |
| 145 | CALCIO IONIZADO | Unidad |   |   |
| 146 | OTROS LABORATORIOS QUE OFERTE | Unidad |   |   |

**……………………………………………………………..**

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

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

**PROPUESTA DE TECNICA**

**Formulario N° 2**

**CODIGO DE PROCESO N° CO-CP-02-25**

**SERVICIO DE LABORATORIO EXTERNO POR EVENTO**

**PRIMERA CONVOCATORIA**

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

La Caja de salud de la Banca Privada requiere contratar los servicios de Laboratorio Clínico para atención de nuestra población afiliada en la regional Cobija, bajo la modalidad de **comparación de propuestas;** el monto debe incluir costos del personal de servicio, personal de emergencia, de apoyo, reactivos y otros materiales o insumos que el centro requiera utilizar para procesar las pruebas, de acuerdo a las especificaciones técnicas que se detallan a continuación.

**En la columna “PROPUESTA”, el proponente debe manifestar si “Cumple” o “No Cumple”, según corresponda los requerimientos. En caso de que su oferta cumpla parcialmente con lo solicitado o necesite efectuar cierta aclaración, puede efectuar en la misma casilla. Si necesita más espacio puede adjuntar una nota complementaria referenciando al punto que complementa.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * 1. **Nro.**
 | * 1. **ESPECIFICACIONES TECNICAS HABILITANTES**
 | **Para ser llenado por el proponente el momento de presentar su “PROPUESTA” -****CARACTERISTICA OFERTADA** |
| **1.** | **EQUIPOS, INSTRUMENTOS Y REACTIVOS:**El laboratorio debe contar con equipamiento, instrumental y reactivos necesarios para la realización de los exámenes clínicos detallados en el Formulario N° 1 – Propuesta Económica.**El proponente debe adjuntar un listado de su equipamiento que contenga los siguientes datos: Nombre del equipo, marca, modelo, año de fabricación, etc.** |  |
| **2.** | **EXÁMENES QUE REALIZARÁ EL CENTRO:**El centro realizará todos los exámenes generales de rutina, así como todas las pruebas consideradas especiales que figuran en el Formulario N° 1 – Propuesta Económica **(no excluyente).**Los exámenes mencionados se realizarán con los equipos, instrumental e insumos del centro.**El proponente debe manifestar su compromiso de cumplir con este requerimiento.** |  |
| **3.** | **TOMA DE MUESTRAS:**La toma de muestras a pacientes de la CSBP, en caso de emergencias o que correspondan a pruebas específicas realizadas por el centro, será efectuado de la siguiente manera:**En caso de emergencias. -** La toma de muestra será realizada en el servicio contratado de Hospitalización de la CSBP o centro de laboratorio contratado para los pacientes ambulatorios, estudios a realizar de acuerdo a orden médica, los horarios serán coordinados con el coordinador de la CSBP. **En caso de pruebas específicas que se deban tomar en el centro contratado.** - La toma de muestra será realizada en las instalaciones del centro contratado, previa presentación de la orden medica de la CSBP, debidamente autorizada.Adicionalmente el centro atenderá en sus dependencias, a fin de otorgar mayor comodidad a nuestra población afiliada.**El proponente debe manifestar su compromiso de cumplir con este requerimiento.** |  |
| **4.** | **ENVÍO DE MUESTRAS:**Las muestras serán enviadas acompañadas de:* Orden medica autorizada.
* Orden que resalte los estudios a realizar según el convenio suscrito.
* Cuaderno de registro de estudios derivados, para firma y recepción, constancia de recepción de los estudios a realizar, por lo que deberá efectuar la comparación de la orden médica y el cuaderno

Días de envío:* Regularmente, él envió de muestras de centro médico contratado por la CSBP al Centro de laboratorio será de lunes a domingo.
* En casos de urgencia se llamará a personal del centro para recojo de las muestras en días de semana o fin de semana.

**El proponente debe manifestar su compromiso de cumplir con este requerimiento.** |  |
| **5.** | **HORARIOS DE ATENCIÓN:**El Centro comunicara el horario de atención, en sus instalaciones, para cumplir con el envío de muestras y pacientes en caso de requerirse***.*** **El proponente debe describir los horarios de atención que brindara a la CSBP.** |  |
| **6.** | **ATENCIÓN DE RUTINA Y DE EMERGENCIA:**La atención de emergencia a pacientes hospitalizados en Centro contratado (hospital) será otorgado las 24 horas del día, incluyendo domingos, feriados, paro cívico, día del peatón, u otros.Para tal caso, el personal asignado a esta tarea debe contar con un sistema doble de comunicación establecido, celular u otro, con la finalidad de evitar problemas de comunicación. El servicio de emergencia, no contemplara ningún costo adicional en los estudios o costo adicional de transporte. En el servicio de emergencia las muestras deben ser tomadas en un lapso no mayor de 30 minutos, de efectuada la llamada de requerimiento.La CSBP realizara control de las llamadas que sean de emergencia al CENTRO, a fin de controlar de manera oportuna las atenciones de emergencia.El centro debe crear un grupo de WhatsApp, para la emisión de resultados, llamados u otros necesarios de coordinación oportuna con la CSBP y centro médico contratado. En caso de pacientes hospitalizados o ambulatorios de urgencia, los resultados serán comunicados al médico solicitante vía fax o teléfono (WhatsApp) en un lapso no mayor de 2 horas de tomadas las muestras, tiempo que debe ser reducido de acuerdo a situación de emergencia y cantidad de estudios. El CENTRO desde la iniciación del servicio y cada trimestre, debe presentar el rol de turnos trimestral y actualización de números telefónicos, para que todas las unidades del Centro contratado tengan conocimiento del nombre o nombres de la persona responsable de tomas y procesos de emergencia.**El proponente debe manifestar su compromiso de cumplir con este requerimiento.** |  |
| **7.** | **ENVASES:**El centro deberá dotar a los pacientes de envases u otro material de buena calidad para la toma y recolección de las diferentes muestras.**El proponente debe manifestar su compromiso de cumplir con este requerimiento.** |  |
| **8.** | **PERSONAL ASIGNADO:**Para la atención de la población asegurada, el centro deberá contar con personal Técnico, Bioquímico y Bioquímico especialista, además de una secretaria encargada de la transcripción de resultados. Se comunicará a la CSBP los números telefónicos del personal destinado a cubrir la emergencia, así como también cualquier cambio de personal o números telefónicos, para evitar inconvenientes con la comunicación y proceso de muestras de emergencia.Se designará personal del Centro para coordinación Técnica de estudios de Laboratorio, coordinación administrativa, además de crear los medios como un grupo de WhatsApp para la coordinación inmediata. El centro mantendrá un sistema de actualización trimestral de números telefónicos del personal designado, así como comunicará inmediatamente cualquier cambio.**El proponente debe adjuntar lista del personal que prestara la atención a los asegurados de la CSBP.** |  |
| **9.** | **PREPARACIÓN Y PRESENTACIÓN DE INFORMES:**El proponente adjudicado deberá realizar y/o presentar a la CSBP la siguiente información:1. Los informes de los exámenes realizados, emitidos por el CENTRO, deben registrar el número de matrícula del titular asegurado.
2. El reporte de resultados de las pruebas realizadas, de lunes a viernes deberán ser entregadas de manera física al encargado de la CSBP (Por personal del Centro) debidamente firmadas por el personal Bioquímico responsable de realizar los estudios, bajo listado de registro, hasta horas 18:00 del día siguiente de tomada las muestras.
3. El reporte de resultados de las pruebas efectuadas el día sábado y domingo se entregará hasta horas 11:00 del día lunes, en las mismas condiciones de acuerdo al punto anterior. En casos especiales, se autorizará la entrega de resultados al paciente, previa coordinación entre la CSBP y el Centro.
4. La entrega de resultados de pacientes que acudan al CENTRO y de los pacientes hospitalizados deberán ser entregados al centro contratado por la CSBP adjuntando la fotocopia de la Orden Medica, debidamente autorizada.
5. En caso de emergencia además se podrá enviar vía WhatsApp/ fax los resultados a Hospital contratado por la CSBP o Policonsultorio de la CSBP quitar.
6. El Centro realizará Informes estadísticos en formato digital, debiendo presentar los mismos junto a la factura fiscal y los formularios de solicitud de exámenes auxiliares, en forma mensual hasta el 20 del mes en curso, cualquier modificación a la fecha, modalidad de registros será comunicada oportunamente al centro contratado.

**Para evaluar este punto el proponente debe manifestar su conformidad y/o aceptación a los requerimientos descritos.** |  |
| **10.** | **NORMAS DE SEGURIDAD:**El centro deberá seguir las normas internacionales de seguridad y bioseguridad, así como de prevención y control del factor de riesgo biológico, para lo cual deberá observar con sumo cuidado en el manejo de reactivos y soluciones, así como de las muestras, al ser consideradas todas ellas como peligrosas y contaminantes, observando las normas establecidas para el desecho de las mismas.El centro deberá presentar al inicio y cada gestión:* La Resolución de Funcionamiento y Habilitación de Laboratorios actualizada.
* La certificación de participación en programas de evaluación externa de la calidad en todas las áreas del Laboratorio.
* La Certificación de COSBES actualizada.

**El proponente debe manifestar su conformidad y/o aceptación a los requerimientos descritos.** |  |
| **11.** | **DE LAS INSTALACIONES:** El Centro facilitara la dirección y números telefónicos de la central y sucursales disponibles del centro, para la atención de nuestros asegurados de acuerdo a lo especificado en puntos anteriores |  |
| **12.** | **SERVICIOS y SISTEMAS NECESARIOS:**Libertad de acceso para la instalación de la red en la infraestructura del centro contratado el cual debe contar con Internet, además de permitir la instalación de software de la CSBP (SAMI) PARA REGISTRO DE RESULTADOS DE LABORATORIOS |  |
| **13.** | **CAPACITACIÓN Y COORDINACIÓN:**El centro deberá coordinar y aceptar las regulaciones que recomiende la CSBP para tratar temas sobre reclamos, controles u otras solicitudes de coordinación y/o sugerencias, la CSBP y el centro se reunirán a sola petición verbal de partes, las veces que así lo requieran.**El proponente debe manifestar su conformidad y/o aceptación a los requerimientos descritos.** |  |
| **14.** | **MULTAS: La CSBP aplicara las siguientes multas:*** + - 1. En caso de incumplimiento por parte del **CENTRO** de algún servicio ofertado y adjudicado, la **CSBP** podrá llevar las muestras de sus asegurados a otro centro de similar categoría y cobrar al **CENTRO** la diferencia existente entre el monto pagado por la **CSBP** y el monto adjudicado. De continuar la falencia, aún sin requerirse el servicio, la **CSBP** penalizará con el descuento del 0.3% del pago mensual promedio de los últimos 3 meses, declarando el **CENTRO** su total consentimiento con la aplicación de la sanción, sin perjuicio para la **CSBP** pueda rescindir el Contrato unilateralmente, bajo apercibimiento de daños y perjuicios.
			2. En caso de incumplimiento a los plazos establecidos en la presentación de reporte de resultados en físico y digital, se penalizará con el descuento del 0.3% del pago mensual promedio de los últimos 3 meses.

**El proponente debe manifestar su conformidad y/o aceptación a los requerimientos descritos.** |  |
| **15.** | **FORMA DE PAGO:**Para que la CSBP proceda con la cancelación del servicio, el centro deberá presentar en forma mensual hasta el 25 del mes en curso, la factura respectiva adjuntando las órdenes de laboratorio, registro de pacientes y de exámenes procesados, de acuerdo a registros indicados.**El proponente debe manifestar su conformidad y/o aceptación al presente requerimiento.** |  |
| **16.** | **ESTUDIOS OFERTADOS*** El centro colocara además del costo de los estudios solicitados según FORMULARIO N° 1 adjunto, en observaciones el detalle ampliado en caso de corresponder en algunos estudios como es el caso de los paneles solicitados.
* El centro en el punto otras ofertas, colocara el detalle de otros estudios que ofertas diferentes de los solicitados, para que los mismos sean considerados en el convenio.
* Se aclara que en caso de no encontrarse en el convenio la prueba solicitada, el centro emitirá cotización del estudio para continuar con el proceso previa autorización.

**El proponente debe manifestar su conformidad y/o aceptación a los requerimientos descritos.** |  |
| **17.** | **DURACIÓN DEL CONTRATO**El servicio se adjudicará por el periodo de 1 (un) año, plazo en el cual, el proponente adjudicado deberá mantener vigente los precios unitarios ofertados.**El proponente debe manifestar su conformidad y/o aceptación a los requerimientos descritos.** |  |
| **18.** | **DOCUMENTACIÓN LEGAL ADMINISTRATIVA:**El proponente debe adjuntar a su propuesta: - Fotocopia simple de la Resolución Administrativa de Habilitación emitido por el SEDES vigente.En caso de no contar con la Resolución Administrativa de Habilitación emitido por el SEDES vigente (en trámite), el oferente podrá presentar una nota escrita comprometiéndose a realizar el trámite correspondiente, en caso de adjudicación. La CSBP incluirá una cláusula en el contrato otorgando 90 días calendario al centro adjudicado para que efectúe el trámite correspondiente. |  |
|  | **MUY IMPORTANTE:** |  |
|  | Para que la oferta del proponente sea calificada apropiadamente, debe especificar por escrito y en el orden señalado su propuesta para cada punto que será evaluado. Cuando corresponda, debe respaldar lo propuesto con la documentación pertinente. La omisión de la propuesta específica escrita y detallada, ocasionará la inhabilitación de la propuesta. |
|  | En caso de corresponder, para calificar apropiadamente algunas de las especificaciones técnicas requeridas, se coordinará con cada proponente para la vista de verificación, por la Comisión de Calificación de la CSBP, designada para el efecto, con el objetivo de verificar objetivamente los ambientes, el equipamiento, el mobiliario, etc. |

**………………………………………….……………….**

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

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

MODELO DE CONTRATO

COMPRA DE SERVICIOS DE LABORATORIO

Conste por el presente Documento Privado de **COMPRA DE SERVICIOS DE LABORATORIO,** 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,** 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:
	2. ………………………………………, con Número de Identificación Tributaria ……….., inscrito en FUNDEMPRESA bajo la Matricula No. ……………., domiciliado en la Calle ……………….., representado/ propietario ………… con Cédula de Identidad ………..; que para efectos del contrato en adelante se denominará el **CENTRO.**

**SEGUNDA: ANTECEDENTES.-** La **CSBP** inició Proceso de “Contratación de Servicios de Laboratorio Especial", bajo la modalidad de Contrato Marco, convocando a las empresas interesadas en proveer el Servicio a presentar sus propuestas de acuerdo a las Especificaciones Técnicas establecidas por la **CSBP** para llevar a cabo el proceso.

El Encargado de compras, emitió la No Objeción del Gasto y Aprobación del Proceso emitiéndose la Nota de Adjudicación Nro…….. de fecha ……… a favor del **CENTRO.**

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

1. Pliego de Condiciones, Laboratorio Clínico.
2. Propuesta presentada por el **CENTRO** y adjudicada, incluyendo documentos legales y administrativos.
3. Informe de la Comisión de Calificación con CITE: ………………. de fecha ……….
4. Nota de Adjudicación Nro. …………. de fecha ……………….

Para el caso de interpretación del contenido de dichos documentos, se aplicará con preferencia el presente contrato y, luego en orden de prelación, las Especificaciones Técnicas y la Propuesta presentada por el **CENTRO.**

**CUARTA: OBJETO.-** El objeto del presente Documento Privado, es la contratación del servicio de Laboratorio Clínico para la atención de su población asegurada, bajo la modalidad de Contrato Marco, de acuerdo al requerimiento y la propuesta adjudicada, utilizando su propia infraestructura, equipos, material e instrumental en condiciones óptimas, bajo las siguientes condiciones:

4.1. Equipos, instrumentos y reactivos:

El CENTRO debe contar con equipamiento, instrumental y reactivos necesarios para la realización de los exámenes clínicos.

Exámenes que realizará el CENTRO.- El CENTRO realizará todos los exámenes generales de rutina, así como todas las pruebas consideradas especiales que haya ofertado el CENTRO y adjudicadas por la CSBP. Los exámenes mencionados se realizarán con los equipos, instrumental e insumos del CENTRO.

Toma de muestras: La toma de muestras a los pacientes de la CSBP, en caso de emergencias o que correspondan a pruebas específicas realizadas por el CENTRO, serán efectuadas de la siguiente manera:

* **En casos de emergencia.-** La toma de muestra será realizada en el servicio contratado de hospitalización de la **CSBP** o en su Policonsultorio.
* **En caso de muestras específicas que se deban tomar en el CENTRO.-** La toma de muestra será realizada en las instalaciones del **CENTRO** contratado, adicionalmente, el **CENTRO** en sus dependencias, a fin de otorgar mayor comodidad a la población asegurada de la **CSBP.**

 Envío de muestras.- El envío de muestras de la CSBP al CENTRO de lunes a viernes será realizado por el personal de la CSBP, salvo casos de urgencia/emergencia en el que se llamará al personal del CENTRO para que recoja las muestras del laboratorio de la CSBP.

El día sábado y domingo el personal del **CENTRO** recogerá las muestras del laboratorio de la **CSBP.**

**4.5. Horarios de recepción de muestras.-** El horario de atención de los pacientes es el siguiente: de Lunes a Viernes de 07:00 am a 18:00 pm y los días Sábados de 08:00 a 12:00. La Atención de emergencia será permanente de 00:00 a 23:59 de lunes a domingo, feriados de enero a diciembre.

**4.6. Atención de rutina y de emergencia.-** El servicio de emergencia a pacientes hospitalizados en Clínica Los Ángeles será otorgado las 24 horas del día incluyendo domingos, feriados, paro cívico, día del peatón u otros. Para tal caso, el personal asignado a esta tarea debe contar con un sistema doble de comunicación beeper y celular u otro, con la finalidad de evitar problemas de comunicación (Sin costo adicional para la **CSBP)**.

En servicio de emergencia las muestras deben ser tomadas en un lapso no mayor de 30 minutos, de efectuada la llamada de requerimiento.

La **CSBP**  llevará un registro de las llamadas de emergencia al **CENTRO**, a fin de controlar la asistencia oportuna del personal asignado para las atenciones de emergencia.

En caso de pacientes hospitalizados o ambulatorios de urgencia, los resultados serán comunicados al médico solicitante vía fax o teléfono (WhatsApp) en un lapso no mayor de 4 horas de tomadas las muestras, tomando en cuenta el menor tiempo posible según cantidad de muestras y situación de emergencia.

El **CENTRO** desde la iniciación del servicio cada trimestre, debe presentar el rol de turnos trimestral y actualización de números telefónicos, para que todas las unidades de la **CSBP** tengan conocimiento del nombre de la persona responsable de tomar las muestras de emergencia.

**4.7. Envases.-** El **CENTRO** deberá dotar a los pacientes de envases u otro material de buena calidad para la toma y recolección de las diferentes muestras.

**4.8. Personal asignado.-** Para la atención de la población asegurada, el **CENTRO** deberá contar con personal Técnico, Bioquímico y Bioquímico especialista, además de una secretaria encargada de la transcripción de resultados.

Se comunicará a la **CSBP** los números telefónicos del personal destinado a cubrir la emergencia, así como también cualquier cambio de personal o números telefónicos, para evitar inconvenientes con la comunicación y procesos de muestras de emergencia.

**4.9. Preparación y presentación de informes.-** El **CENTRO** deberá realizar y/o presentar al a **CSBP** la siguiente información:

1. Los informes de los exámenes realizados, emitidos por el **CENTRO,** deben registrar el número de matrícula del titular asegurado.
2. El reporte de resultados de las pruebas realizadas, deberán ser entregadas al encargado de la **CSBP** debidamente firmadas por el personal Bioquímico responsable de realizar los estudios, bajo registro, hasta horas 18:00 del día siguiente de tomadas las muestras; las pruebas efectuadas el día sábado se entregará el reporte hasta horas 11:00 del día lunes. En casos especiales, solo el Jefe Médico podrá autorizar la entrega de resultados al paciente.
3. La entrega de resultados de pacientes que acudan al **CENTRO** y de los pacientes hospitalizados deberán ser entregadas a la **CSBP** adjuntando la fotocopia de la orden de toma de muestra, debidamente autorizada.
4. En casos de emergencia además se podrá enviar vía whatsapp/ fax los resultados al Hospital contratado por la **CSBP** o a su Policonsultorio.
5. El **CENTRO** realizará informes estadísticos en formato digital, debiendo presentar los mismos junto a la factura fiscal y los formularios de solicitud de exámenes auxiliares, en forma mensual hasta el 20 del mes en curso, cualquier modificación a la fecha, será comunicada oportunamente al **CENTRO.**

**4.9. Normas de seguridad.**

El **CENTRO** deberá seguir las normas internacionales de seguridad y bioseguridad, así como la previsión y control del factor de riesgo biológico, para lo cual deberá observar con sumo cuidado en el manejo de reactivos y soluciones, así como de las muestras, al ser consideradas todas ellas como peligrosas y contaminantes, observando las normas establecidas para el desecho de las mismas.

El **CENTRO** deberá presentar cada gestión:

* Certificación de Funcionamiento y Habilitación de Laboratorios actualizada.
* Certificación de participación en programas de evaluación externa de la calidad en todas las áreas del **CENTRO.**

**4.10. Capacitación y Coordinación.-** El **CENTRO** deberá coordinar y aceptar las regulaciones que recomienden Jefatura Médica y Administración a fin de otorgar un mejor servicio.

Para tratar temas sobre reclamos, controles de sobre demanda de solicitudes y/o sugerencias, la **CSBP** y el **CENTRO** se reunirán a sola petición verbal de partes, las veces que así lo requieran.

**QUINTA: (MARCO JURÍDICO).-** El presente contrato de venta privada de COMPRA DE SERVICIOS DE LABORATORIO se celebra al amparo de lo establecido en el Reglamento de Administración de Bienes Obras y Servicios y el Artículo 732 del Código Civil, cuya ejecución, cumplimiento e interpretación así como las divergencias contractuales se dirimirán de conformidad a la legislación civil vigente en el País.

**SEXTA: COSTO DEL SERVICIO.-** Los Ítems adjudicados tendrán los siguientes costos:

**SEPTIMA: FORMA DE PAGO.-** Para que la **CSBP** proceda con la cancelación del servicio, el **CENTRO** deberá presentar en forma mensual hasta el día 20 de cada mes, la factura fiscal correspondiente adjuntando las órdenes de laboratorio, registro de pacientes y de exámenes procesados.

Se establece como período de corte y plazo de presentación de facturas hasta 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 **CENTRO** presente su factura fuera del plazo establecido, la **CSBP** podrá rechazar la misma por el cierre contable que realiza en esa fecha, debiendo el mismo emitir y presentar una nueva Factura con fecha de emisión del mes siguiente.

El **LABORATORIO** se obliga a aceptar las regulaciones que para un mejor servicio recomiende Administración y Jefatura Médica Regional.

**OCTAVA: (PLAZO DEL CONTRATO).-** El plazo convenido por las partes, para la prestación del **SERVICIO,** es de **(1)** **UN AÑO,** computable a partir del **…………….** al **……………** sin lugar a la tácita renovación. Cualquier prórroga será objeto de un nuevo contrato.

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

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

**9.2. 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 **CENTRO**, acuerdan las siguientes causales para procesar la resolución del Contrato:

**9.2.1 Por Resolución a requerimiento de la CSBP**: por las siguientes causales atribuibles al **CENTRO**:

a) Por disolución del **CENTRO**

b) Por quiebra declarada del **CENTRO**.

c) Por suspensión de los servicios contratados sin justificación.

d) Por incumplimiento injustificado del plazo de entrega de resultados del servicio adjudicado.

e) Falencia continua y/o incumplimiento por parte del **CENTRO** de algún servicio, equipamiento, instrumental, personal o insumos ofertados en la cláusula tercera.

f) Mala atención a los pacientes de la **CSBP**.

 **9.2.2 Por Resolución a requerimiento del CENTRO:** por causales atribuibles a la **CSBP**:

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

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

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

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

**9.4. Resolución por causas de fuerza mayor o caso fortuito que afecten a la CSBP o al CENTRO.**

Si en cualquier momento, antes de la conclusión del plazo de vigencia del presente contrato, la **CSBP** **o el CENTRO** se encontrase en 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 causa.

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

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

El **CENTRO** es responsable por cualquier error o mala atención en los servicios de salud que preste a las afiliadas 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).

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

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

**DECIMA SEGUNDA: (OBLIGACIONES DE LAS PARTES).-** 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 **CENTRO** se compromete a cumplir con las siguientes obligaciones:

 **a)** Realizar la prestación de **SERVICIO** objeto del presente Contrato, de acuerdo con lo establecido en las Especificaciones Técnicas, Servicio de Citología y Patología, propuesta presentada y 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.

Por su parte, la **CSBP** se compromete a cumplir con las siguientes obligaciones:

**a)** Dar conformidad a los servicios generales de acuerdo con las condiciones establecidas en Especificaciones Técnicas, Servicio de Citología y Patología, así como las condiciones de la propuesta adjudicada.

**b)** Emitir informes de conformidad de los servicios generales, cuando los mismos cumplan con las condiciones establecidas en Especificaciones Técnicas, Servicio de Citología y Patología**,** así como las condiciones de la propuesta adjudicada.

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

En caso de que el **CENTRO** requiera suspender en forma temporal el servicio por causas justificadas (mantenimiento de equipos u otros similares), deberá comunicar esta situación a la **CSBP** con una antelación mínima de 7 días hábiles e indicar el nombre del **CENTRO** donde se realizará la atención que sea requerida, sin que esto genere costo adicional a la **CSBP.**

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

**DÉCIMA QUINTA: (SANCIONES).-** En caso de incumplimiento por parte del **CENTRO** de algún servicio ofertado y adjudicado, la **CSBP** podrá llevar a las muestras de sus asegurados a otro centro de similar categoría y cobrar al **CENTRO** la diferencia existente entre el monto pagado por la **CSBP** y el monto adjudicado. De continuar la falencia, aún sin requerirse el servicio, la **CSBP** penalizará con el descuento del 0.3% del pago mensual promedio de los últimos 3 meses, declarando el **CENTRO** su total consentimiento con la aplicación de la sanción, sin perjuicio para la **CSBP** pueda rescindir el Contrato unilateralmente, bajo apercibimiento de daños y perjuicios.

Así mismo, por día de atraso en la presentación física de informes y resultados se establece una multa…………………………………………………………………….

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

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

Para que cualquiera de estos hechos pueda constituir justificación de impedimento en la prestación del servicio el **CENTRO** 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 mayo 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 **CENTRO** y en caso de ser aceptada, se suscribirá el correspondiente Contrato Modificatorio.

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

**DECIMA OCTAVA: (SOLUCIÓN DE DIFERENCIA).-** Para el caso en que la ejecución del contrato se presentara diferencias, las partes harán lo posible por superarlas, en forma 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.

**DECIMA NOVENA: (PERSONAL DEL CENTRO).-** La venta del servicio, motivo del presente contrato, se realizará a través de su personal. La responsabilidad, remuneración, alimentación corre por cuenta del CENTRO, en consecuencia no existe ninguna relación contractual entre la CSBP y el personal del CENTRO lo que implica que el pago de beneficios sociales corre bajo exclusiva responsabilidad del CENTRO. Asimismo, la CSBP no será responsable y menos resarcirá daños y perjuicios causados por accidentes de trabajo a dichos trabajadores y/o terceros.

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

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

**VIGÉSIMA PRIMERA: (DOMICILIO).-** Cualquier aviso o notificación que tenga que darse al **CENTRO**, le será enviado a su domicilio situado en la Calle ………………………..de la ciudad de Cochabamba.

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

**VIGESIMA SEGUNDA: (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**.

**VIGESIMA TERCERA: (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 ……………………………del mes…..……………. de 202……………………………