

### PLIEGO DE CONDICIONES

**CONTRATO MARCO**

### ON-CMA-01-2024

 **PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“****CONTRATACIÓN DE SERVICIO POR EVENTO PARA MEDICINA NUCLEAR Y PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS”** |

 **La Paz, Mayo 2024**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA****INVITACIÓN PÚBLICA ON-CMA-001-2024** **PRIMERA CONVOCATORIA**La Caja de Salud de la Banca Privada, Oficina Nacional invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para: |
| **CONTRATACIÓN DE SERVICIO POR EVENTO PARA MEDICINA NUCLEAR Y PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS – PRIMERA CONVOCATORIA** |
| Tipo de Convocatoria: Contrato Marco |
| Forma de adjudicación: POR ÍTEM |
| Sistema de evaluación y adjudicación: CALIDAD Y PRECIO |
| Encargados de atender consultas: Lic. Yessica V. Montoya T. Dra. Anna Maria Bravo S. |
| Correo electrónico: proveedores@csbp.com.bo |
| Teléfono: 2392395 int. 1176 |

**CONTRATO MARCO: CONTRATACIÓN DE SERVICIO POR EVENTO PARA PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS, MEDICINA NUCLEAR Y RADIOTERAPIA – PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN**  |
| 1 | Invitación y publicación del Pliego de Condiciones  | 21/05/2024 |  | Página Web: https://portal.csbp.com.bo/ |
| 2 | Consultas Escritas | Hasta:24/05/2024 | HastaHrs.15:00 | Dirigidas a:proveedores@csbp.com.bo |
| 3 | Reunión de Aclaración | 30/05/2024 | Hrs.11:00 | Vía Zoom, en la siguiente dirección: ID de reunión: 895 4712 5968Código de acceso: 689096Enlace: <https://us02web.zoom.us/j/89547125968?pwd=NStuQWVZbUc4bEQyczNLRWFUUjYrdz09> |
| 4 | Presentación de Ofertas. | Hasta: 6/06/2024 | Hasta:10:00 |  **Presentación Física:**  Calle Federico Zuazo Esq. Reyes Ortiz Edificio Gundlach Torre Oeste Piso 22  |
| 5 | Apertura de Ofertas. | 6/06/2024 | 10:30 | Vía Zoom, en la siguiente dirección: ID de reunión: 895 4712 5968Código de acceso: 689096Enlace: <https://us02web.zoom.us/j/89547125968?pwd=NStuQWVZbUc4bEQyczNLRWFUUjYrdz09> |
| 6 | Resultado Del Proceso | 14/06/2024 | Notificación a los proponentes. |

(\*) 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 Nº051/2023 del 14 de agosto de 2023, a través del presente proceso, invita a las empresas legalmente establecidas 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. Empresas legalmente constituidas en Bolivia.
2. Asociaciones Accidentales de empresas legalmente constituidas en Bolivia.
 |
| 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. Alvaro Chirveches Gerente Administrativo FinancieroDr. Jhemis Molina G. Gerente Médico * 1. Las autoridades de la CSBP que ocupan cargos ejecutivos son:

Lic. Carlos Quiroga Gerente General Lic. Alvaro Chirveches Gerente Administrativo Financiero Dr. Jhemis Molina 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.
 |
| 1. **RESPONSABILDAD**
 | En caso de suspensión, cancelación o anulación de cualquier proceso de contratación la CSBP no incurre en responsabilidad alguna respecto de los proponentes afectados con estas decisiones. |
| 1. **MULTAS**
 | La **CSBP** ante el incumplimiento de las obligaciones asumidas por la CONTRATADA aplicará multas descritas en las especificaciones técnicas, las cuales serán deducida del pago mensual respectivo |
| 1. **CANAL DE DENUNCIAS**
 | En caso de que el proponente considere que existe algún tipo de irregularidad en el proceso de contratación, puede realizar una denuncia al correo denuncias.csbp@csbp.com.bo la cual debe ser acompañada por la cedula de identidad del denunciante, identificación del denunciado, relación del hecho y los indicios o elementos probatorios.Se aclara que cualquier denuncia no suspenderá los plazos o actividades del Proceso de Contratación. |
| **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.**
* **GARANTIA DE SERIEDAD DE PROPUESTA: Garantía a primer requerimiento o Póliza de Garantía a Primer Requerimiento ,** emitida a nombre de la **Caja de Salud de la Banca Privada,** por el monto equivalente a **17.139,86 (diecisiete mil ciento treinta y nueve 86/100 bolivianos),** con validez de **90** **días calendario computados a partir de la fecha de presentación de propuestas**, con característica de renovable, de carácter irrevocable y de ejecución inmediata o a primer requerimiento emitidas por Instituciones Financieras autorizadas por la ASFI o por aseguradoras autorizadas por la APS, según corresponda.

Ejecución: esta garantía será ejecutada:* Cuando el proponente retire su propuesta con posterioridad al cierre de recepción de propuestas.
* Cuando el proponente adjudicado no presente los documentos originales o fotocopias legalizadas presentadas en fotocopia en su propuesta.
* Cuando el proponente adjudicado no presente la garantía a primer requerimiento de cumplimiento de contrato
* Cuando el proponente adjudicado no suscriba el contrato en el plazo establecido.

Devolución: esta garantía será devuelta:* A los proponentes, una vez suscrito el contrato.
* Después de la declaratoria desierta de la convocatoria.
* Cuando la CSBP solicite la extensión del periodo de validez de propuesta y el proponente rehúse aceptar la solicitud.

**DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA TÉCNICA*** Formulario **N° 3** de Especificaciones Técnicas, identificado en los Anexos de este documento, **en original.**

**DOCUMENTOS DE LA PROPUESTA ECONÓMICA** * La propuesta económica debe ser presentada en el Formulario **N° 4** Propuesta Económica, 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.En circunstancias excepcionales por causas de fuerza mayor, caso fortuito o de Reclamación, la CSBP podrá solicitar por escrito la extensión del período de validez de las propuestas, disponiendo un tiempo perentorio para la renovación de garantías, si éstas fueron solicitadas, para lo que se considerará lo siguiente: 1. El proponente que rehúse aceptar la solicitud, será excluido del proceso, no siendo sujeto de ejecución de la Garantía de Seriedad de Propuesta, si ésta hubiera solicitado.
2. Los proponentes que accedan a la prórroga, no podrán modificar su propuesta.
3. Para mantener la validez de la propuesta, el proponente deberá necesariamente presentar una garantía que cubra el nuevo plazo de validez de su propuesta.
 |
| 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** Y **UNA COPIA** **DIGITAL.** La misma debe presentar el **formulario Nº 4** en archivo **EDITABLE.** |
| 1. **PRESENTACIÓN DE OFERTA**
 | La recepción de ofertas se realizará de forma física.**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****OFICINA NACIONAL,****LUGAR DE ENTREGA DE LA PROPUESTA**: ***CALLE FEDERICO ZUAZO ESQ. REYES ORTIZ EDIF. GUNDLACH TORRE OESTE P22 UNIDAD DE COMPRAS*****RAZÓN SOCIAL O NOMBRE DEL PROPONENTE:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****CÓDIGO: ON-CMA-01-2024****“CONTRATACIÓN DE SERVICIO POR EVENTO PARA MEDICINA NUCLEAR Y PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS”****PRIMERA CONVOCATORIA****No abrir antes de horas10:00 del día** **27 de mayo de 2024**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. |
| 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 por zoom.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 al Comité de Contrataciones 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. Garantía de seriedad de Propuesta.
4. Si producto de la revisión aritmética, el monto total de la propuesta y el monto verificado por la comisión de calificación, tiene una diferencia mayor al 2%. En el caso de procesos de contratación por ítems o lotes, este 2% establecido es por ítem o lote.
5. 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. Si el proponente, a solicitud de la CSBP, no renueva la Boleta Bancaria (Fianza Bancaria) de Seriedad de Propuesta.
9. Cuando la propuesta contenga textos entre líneas, borrones y tachaduras.
10. 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. **SISTEMA DE EVALUACION Y ADJUDICACION**
 | 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 proveedores que cumplan con todas las condiciones técnicas y legales, establecidas en la convocatoria. **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 diez (10) 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, ítems o lotes, según corresponda, señalando en cada caso la causal correspondiente.
7. Otros aspectos que la Comisión de Calificación considere pertinentes
8. Recomendación de aclaración o declaratoria desierta.
 |
| 1. **PLAZO DEL SERVICIO**
 | El servicio será por un plazo de 24 meses. |
| **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 o fotocopia legalizada 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 ejecutará la garantía de seriedad de propuesta. Si se utilizó el sistema de evaluación y adjudicación: CALIDAD Y COSTO, se adjudicará a la propuesta que haya obtenido el segundo lugar en el puntaje total.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. |

**ANEXOS**

|  |
| --- |
| **PARTE V****FORMULARIOS Y DOCUMENTOS PARA LA PRESENTACIÓN DE OFERTA** |
| **FORMULARIO 1** | CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA Y DECLARACION JURADA PARA EMPRESAS O ASOCIACIONES ACCIDENTALES  |
| **FORMULARIO 2** | IDENTIFICACION DEL PROPONENTEIDENTIFICACION DEL PROPONENTE “ASOCIACIONES ACCIDENTALES” |
| **FORMULARIO 3** | PROPUESTA TECNICA |
| **FORMULARIO 4** | PROPUESTA ECONOMICA |

**FORMULARIO Nº 1**

**CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA Y DECLARACIÓN JURADA PARA EMPRESAS O ASOCIACIONES ACCIDENTALES**

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

Señores

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA**

Presente. -

**Ref.: Contrato Marco ON-CMA-01-2024**

**“CONTRATACIÓN DE SERVICIO POR EVENTO PARA PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS, MEDICINA NUCLEAR Y RADIOTERAPIA”– Primera Convocatoria**

A nombre de (***Nombre de la empresa o Asociación Accidental)*** a la cual represento, remito la presente propuesta, declarando expresamente mi conformidad y compromiso de cumplimiento de las condiciones establecidas en el pliego de condiciones de la Invitación 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.

 \*Para Sociedad Anónima y de Responsabilidad Limitada:

a) Testimonio de Constitución de Sociedad de la empresa y la última modificación realizada (si la hubiere), inscrito en el Registro de Comercio.

b) Testimonio Poder de Representación debidamente legalizado, que faculte al o los representantes legales a presentar propuestas y suscribir contratos.

c) Matricula de Registro de Comercio vigente, emitido por la instancia competente.

d) Número de Identificación Tributaria (NIT).

e) Cédula de Identidad vigente del Representante Legal.

f) Garantía a Primer Requerimiento de cumplimiento de contrato.

 \*Para empresas Unipersonales

a) Testimonio de Constitución de Sociedad de la empresa y la última modificación realizada (si la hubiere), inscrito en el Registro de Comercio.

b) Testimonio Poder de Representación debidamente legalizado, que faculte al o los representantes legales a presentar propuestas y suscribir contratos.

c) Matricula de Registro de Comercio vigente, emitido por la instancia competente.

d) Número de Identificación Tributaria (NIT).

e) Cédula de Identidad vigente del representante legal o propietario.

f) Garantía a Primer Requerimiento de cumplimiento de contrato.

Las asociaciones accidentales presentarán el contrato de Asociación accidental que identifique el porcentaje de participación, el representante legal de la asociación y todos los documentos señalados líneas arriba, según corresponda.

Asimismo, a nombre de mi empresa, ofrecemos mantener nuestra 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 representante legal del proponente)***

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

**FORMULARIO Nº 2**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE PARA EMPRESAS**

1. Nombre o razón social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Dirección principal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Teléfonos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Número de Identificación Tributaria (NIT) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Dirección electrónica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Nombre original y año de fundación de la empresa

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

1. Nombre del representante legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Documento que lo acredita como representante legal

\_\_\_\_ (*colocar número de testimonio, lugar y fecha)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Tipo de organización (unipersonal, sociedad anónima, sociedad accidental, etc.)

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

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

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

}

**FORMULARIO Nº 2**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE PARA ASOCIACIONES ACCIDENTALES\***

1. Denominación de la Asociación Accidental\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Asociados
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. *Testimonio de Constitución de la Asociación Accidental*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_(colocar número, lugar y fecha)\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

1. Nombre de la empresa líder \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Dirección principal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Teléfonos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Dirección electrónica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Nombre del representante legal de la asociación accidental

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

1. Documento que lo acredita como representante legal

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

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

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

* **Adicionalmente cada asociado debe llenar el formulario de identificación para empresas**.

**FORMULARIO N° 3**

**ESPECIFICACIONES TECNICAS**

**REQUISITOS GENERALES:**

| **REQUISITOS NECESARIOS DEL SERVICIO Y LAS CONDICIONES COMPLEMENTARIAS** | Para ser llenado por el proponente | Para la calificación de la entidad |
| --- | --- | --- |
| **CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA**(Manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido) | **CUMPLE** | **Observaciones** (especificar el porqué no cumple) |
| **SI** | **NO** |
| **I. DETALLE DEL SERVICIO** |  |  |  |  |
| Contar con servicios especializados en el diagnóstico y tratamiento de Medicina Nuclear y Patología Oncológica, que brinden atención integral con calidad, calidez, eficiencia, y oportunidad a pacientes asegurados a la CSBP, que requieran del servicio |  |  |  |  |
| **II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL SERVICIO** |  |  |  |  |
| **A. REQUISITOS DEL SERVICIO** |  |  |  |  |
| **1.** **Requisito 1:** Estar legalmente establecido en el país (certificados de constitución, NIT, Habilitación, Funcionamiento, SEPREC y otros según corresponda). |  |  |  |  |
| **2.** **Requisito 2:** Proveedor con oferta específica de servicios especializados en el diagnóstico y tratamiento de patología oncológica, con experiencia verificable. |  |  |  |  |
| **3.** **Requisito 3:** Proveedor con oferta específica de servicios especializados en el tratamiento de patología oncológica, con experiencia verificable de (3) tres años o más de prestación de servicios en el tratamiento de patología oncológica. |  |  |  |  |
| **4.** **Requisito 4:** El proveedor debe asegurar la prescripción de medicamentos establecidos en la LINAME en actual vigencia y de acuerdo a norma establecida. |  |  |  |  |
| **B. EQUIPO MÍNIMO** |  |  |  |  |
| Equipamiento principal y de apoyo acorde con los servicios de diagnóstico y tratamiento solicitados, (debiendo respaldar este hecho con la documentación necesaria en fotocopias simples de especificaciones técnicas del equipamiento, antigüedad y otros inherentes a las capacidades del equipamiento). |  |  |  |  |
| **E. CONDICIONES COMPLEMENTARIAS** |  |  |  |  |
| El proveedor del servicio deberá efectuar la entrega en físico de los informes y resultados de estudios en las direcciones y áreas acordadas con las autoridades regionales donde se prestará el servicio.Los informes y resultados de estudios emitidos por el proveedor, deben **registrar de manera obligatoria** los siguientes datos:* Datos completos del paciente.
* Número de consulta.
* Número de matrícula del asegurado **titular**.

 El plazo para la presentación de informes y resultados de estudios es el siguiente: Para atenciones programadas se establece un plazo referencial de 3 a 5 días posteriores a la realización del estudio o finalización del tratamiento.Para casos de emergencia se deberá coordinar con el Jefe Médico Regional, la entrega de informes o resultados a la brevedad posible. |  |  |  |  |
| El proveedor debe asegurar la prestación de los servicios aplicando las medidas de bioseguridad, de acuerdo al caso y la coyuntura. |  |  |  |  |
| El proveedor debe asegurar la prestación de los servicios aplicando las normas de calidad establecidas en el país (Consentimiento Informado, Seguridad del Paciente y otras). |  |  |  |  |
| El proveedor debe asegurar infraestructura y ambientes adecuados para la atención de patología oncológica. |  |  |  |  |
| El proveedor debe asegurar Conocimiento de normativa establecida por Ministerio de Salud y Deportes y la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (ASUSS). |  |  |  |  |
| **F. OTROS** |  |  |  |  |
| Se valorará que se acredite experiencia de trabajo con Entes Gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo |  |  |  |  |
| **III. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA EMPRESA Y DEL PERSONAL** |  |  |  |  |
| **A. EXPERIENCIA GENERAL Y ESPECIFICA DE LA EMPRESA A SER CONTRATADA** |  |  |  |  |
| **1. Experiencia Específica.** Proveedor con oferta de servicios especializados en el diagnóstico y tratamiento de patología oncológica, con experiencia verificable de (3) tres años o más de prestación de servicios en el diagnóstico y tratamiento de patología oncológica respaldada con presentación de fotocopia simple compuesta por: certificados, contratos, actas de conformidad, facturas, etc. |  |  |  |  |
| **B. PERSONAL**  |  |  |  |  |
| 1. **Formación.**Recurso humano mínimo conformado por Médico Nuclear o especialista en Medicina Nuclear, Oncólogo Clínico, Radioncólogo, Radioterapeuta, Físico Médico y Densitometrista que acredite formación en cada área solicitada con presentación de fotocopia simple de títulos académico, en provisión nacional y de especialidad o su equivalente para personal titulado en el extranjero, matrícula del Colegio respectivo, según corresponda al servicio ofertado; además de otro recurso humano que sea necesario para la prestación de los servicios solicitados
 |  |  |  |  |
| **3. Experiencia Específica.** El recurso humano debe acreditar experiencia específica de tres (3) años o más en el manejo de pacientes oncológicos con presentación de hojas de vida debidamente documentadas en fotocopia simple. |  |  |  |  |
| **IV. CONDICIONES DEL SERVICIO** |  |  |  |  |
| **A. PLAZO** |  |  |  |  |
| Atención a pacientes remitidos por la CSBP de lunes a viernes en horarios accesibles y en caso de emergencia en días feriados y fines de semana de acuerdo a requerimiento. |  |  |  |  |
| La CSBP, plantea que el presente contrato tenga una vigencia por el periodo de dos años. |  |  |  |  |
| **B LUGAR DONDE SE EJECUTARÁ EL SERVICIO** |  |  |  |  |
| El servicio será prestado en las diferentes ciudades donde el proveedor tenga presencia. |  |  |  |  |
| **D. RÉGIMEN DE MULTAS** |  |  |  |  |
| Se establece la multa de 0.03% del pago mensual por incumplimiento de contrato por parte del proveedor |  |  |  |  |
| **E. AGENTE DE SERVICIO** |  |  |  |  |
| Se solicita designar un Agente de Servicio de su personal de planta, cuyo nombre hará conocer a la institución, con anticipación a la firma del contrato, en caso de ser adjudicado. |  |  |  |  |
| **F. FORMA DE PAGO** |  |  |  |  |
| El pago será variable y se efectuará en base a las atenciones prestadas por paciente, numero de sesiones, en base al tarifario del proponente.El proveedor contratado debe presentar facturas o notas de cobro, adjuntando el detalle de atenciones médicas de cada paciente y las solicitudes originales en formularios oficiales de la CSBP, de manera mensual y de acuerdo al plazo establecido en normativa institucional de la CSBP.La CSBP cancelará el monto generado por la prestación del servicio una vez revisada toda la documentación por el Administrador o Agente regional (según corresponda) y el Jefe Médico, y autorizada para su pago hasta 20 días hábiles posterior a la entrega de la factura por parte del proveedor. |  |  |  |  |
| **G. OTROS** |  |  |  |  |
| En caso de que el proveedor requiera suspender en forma temporal el servicio por causas justificadas (mantenimiento de equipos u otros similares), deberá comunicar esta situación a la CSBP en forma oportuna, así como, realizar la reprogramación respectiva con los pacientes programados (cuando corresponda). |  |  |  |  |
| Se establece una cláusula de confidencialidad donde el proveedor se compromete a no revelar a entidades y/o persona alguna, ningún dato o información concerniente a las actividades de la institución, ni sus métodos de trabajo, procedimientos, información de pacientes remitida por la CSBP, asimismo la que se genere producto del proceso de atención de los pacientes de la CSBP, no solamente durante el periodo de duración de la prestación del servicio, sino también de manera posterior a la conclusión del mismo. |  |  |  |  |
| Existe incompatibilidad o impedimento para los proveedores en los siguientes casos:* 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.
 |  |  |  |  |
| * 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.
* 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 la autoridad jerárquica superior, según corresponda, motivará la separación del empleado del proceso de contratación y lo someterá a proceso administrativo.
* 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.
 |  |  |  |  |

**Ítems:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **CATEGORIA** | **REQUISITOS NECESARIOS DEL SERVICIO Y LAS CONDICIONES COMPLEMENTARIAS** | Para ser llenado por el proponente | Para la calificación de la entidad |
| **CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA** | **CUMPLE** | **Observaciones** (especificar por qué no cumple) |
| (Manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido) | **SI** | **NO** |
| 1 | Servicios médicos en la especialidad de Oncología | Consulta Médica Oncológica |   |   |   |   |
| 2 | Servicios médicos en la especialidad de Oncología | Participación en Juntas Médicas para pacientes que no realizarán tratamiento |   |   |   |   |
| 3 | Servicios médicos en la especialidad de Oncología | Radioterapia con Acelerador lineal - Radioterapia tridimensional conformada (RT-3DC) con verificación en vivo de imágenes 3D Hipo fraccionada - Hasta 16 Sesiones.  |   |   |   |   |
| 4 | Servicios médicos en la especialidad de Oncología | Radioterapia con Acelerador lineal - Radioterapia tridimensional conformada (RT-3DC) con verificación en vivo de imágenes 3D Convencional - Desde 16 Sesiones.  |   |   |   |   |
| 5 | Servicios médicos en la especialidad de Oncología | Radioterapia con Acelerador lineal - Radioterapia de Intensidad Modulada en arco volumétrico (IVRTVMAT) con verificación en vivo de imágenes 3D.  |   |   |   |   |
| 6 | Servicios médicos en la especialidad de Oncología | Radioterapia con Acelerador lineal - Radioterapia Guiada por la Imagen (IGRT) con verificación en vivo de imágenes 3D en forma diaria.  |   |   |   |   |
| 7 | Servicios médicos en la especialidad de Oncología | Radiocirugía con Acelerador lineal Intracraneal Estereotáxica (SRS) (RC) con verificación en vivo de imágenes 3D en forma diaria |   |   |   |   |
| 8 | Servicios médicos en la especialidad de Oncología | Radioterapia con Acelerador lineal Corporal Estereotáctica (SBRT) con verificación en vivo de imágenes 3D en forma diaria.  |   |   |   |   |
| 9 | Servicios médicos en la especialidad de Oncología | Radioterapia con Acelerador lineal - Radioterapia Tridimensional conformada (RT-3DC) con verificación en vivo de imágenes 3D, Módulo Paliativo 3D, hasta 10 sesiones.  |   |   |   |   |
| 10 | Servicios médicos en la especialidad de Oncología | Radioterapia con Acelerador lineal - Radioterapia de Intensidad Modulada en arco volumétrico (IMRTVMAT) con verificación en vivo de imágenes 3D, Módulo Paliativo VMAT, hasta 10 sesiones.  |   |   |   |   |
| 11 | Servicios médicos en la especialidad de Oncología | Braquiterapia 3D - Cilindro vaginal (Operada) |   |   |   |   |
| 12 | Servicios médicos en la especialidad de Oncología | Braquiterapia 3D - Intracavitaria (No Operada) |   |   |   |   |
| 13 | Servicios médicos en la especialidad de Oncología | Braquiterapia 3D - Intersticial (No Operada) |   |   |   |   |
| 14 | Servicios médicos en la especialidad de Oncología | Otros estudios y/o procedimientos que brinde el proponente (adjuntar tarifario)  |   |   |   |   |
| 15 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Tomografía por emisión de positrones PTE-CT |   |   |   |   |
| 16 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Gammagrafía ósea valoración benigna y metastásica |   |   |   |   |
| 17 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Gammagrafía - Perfusión Pulmonar |   |   |   |   |
| 18 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Gammagrafía - Vías Biliares |   |   |   |   |
| 19 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Gammagrafía - Serocentellografía renal y función renal |   |   |   |   |
| 20 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Gammagrafía - Perfusión Cerebral |   |   |   |   |
| 21 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Gammagrafía - Valoración de Cardiopatías Isquémicas |   |   |   |   |
| 22 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Gammagrafía - Valoración de Hiperparatiroidismo |   |   |   |   |
| 23 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Gammagrafía - Valoración de Infecciones |   |   |   |   |
| 24 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Gammagrafía - Valoración de bocio nodular, multinodular e hipertiroidismo |   |   |   |   |
| 25 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Gammagrafía - Ganglio Centinela |   |   |   |   |
| 26 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Gammagrafía - Ósea |   |   |   |   |
| 27 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | SPECT-CT Fusión Sectorial Óseo (1 rastreo) |   |   |   |   |
| 28 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | SPECT-CT Fusión Sectorial Óseo (2 rastreo) |   |   |   |   |
| 29 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Mamografía Bilateral Digital |   |   |   |   |
| 30 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Tomografía Cráneo Simple |   |   |   |   |
| 31 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Tomografía Cráneo con Contraste/Peñasco Oído/ Cuello |   |   |   |   |
| 32 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Tomografía Senos Paranasales |   |   |   |   |
| 33 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Tomografía Senos Paranasales con contraste |   |   |   |   |
| 34 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Tomografía Peñascos (oído) con contraste/ Cuello con contraste / Toráxalta resolución |   |   |   |   |
| 35 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Tomografía Macizo Facial /Pelvis Simple/ Columna Dosal/ Columna Lumbar / Pelvis Ósea/ Extremidades |   |   |   |   |
| 36 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Tomografía Macizo Facial con contraste / Pelvis con contraste |   |   |   |   |
| 37 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Tomografía Tórax Simple/ Abdomen Simple |   |   |   |   |
| 38 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Tomografía Tórax con Contraste / Abdomen con Contraste |   |   |   |   |
| 39 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Tomografía Abdomen Trifásico |   |   |   |   |
| 40 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Tomografía Abdomen Bifásico |   |   |   |   |
| 41 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Tomografía Columna Cervical / Mano / Tobillo / Pie |   |   |   |   |
| 42 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Angiotomografía Cerebral |   |   |   |   |
| 43 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Angiotomografía Cerebral con fase venosa |   |   |   |   |
| 44 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Angiotomografía Carotidea |   |   |   |   |
| 45 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Angiotomografía Pulmonar / Aorta Torácica / Aorta Abdominal / Miembro Inferior / Miembro Superior |   |   |   |   |
| 46 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Angiotomografía Aorta toracoabdominal |   |   |   |   |
| 47 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Angiotomografía Aorta Abdominal y miembros inferiores |   |   |   |   |
| 48 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Angiotomografía Mesentérica con fase venosa portal |   |   |   |   |
| 49 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Angiotomografía Cardiaca (Congénito) |   |   |   |   |
| 50 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Angiotomografía Cardiaca Coronaria |   |   |   |   |
| 51 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Angiotomografía Cardiaca (bypass) |   |   |   |   |
| 52 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Angiotomografía Toráxica Triple (Triple rule out) |   |   |   |   |
| 53 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Flebotomografia directa |   |   |   |   |
| 54 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Colonoscopia virtual |   |   |   |   |
| 55 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Otros estudios y/o procedimientos que brinde el proponente (adjuntar tarifario)  |   |   |   |   |

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

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

**FORMULARIO Nº 4**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **CATEGORÍAS** | **DETALLE DE EL O LOS SERVICIOS GENERALES** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO OFERTADO POR EL PROPONENTE (Bs.)** |
| 1 | Servicios médicos en la especialidad de Oncología | Consulta Médica Oncológica | A Requerimiento |  |
| 2 | Servicios médicos en la especialidad de Oncología | Participación en Juntas Médicas para pacientes que no realizarán tratamiento | A Requerimiento |  |
| 3 | Servicios médicos en la especialidad de Oncología | Radioterapia con Acelerador lineal - Radioterapia tridimensional conformada (RT-3DC) con verificación en vivo de imágenes 3D Hipo fraccionada - Hasta 16 Sesiones.  | A Requerimiento |  |
| 4 | Servicios médicos en la especialidad de Oncología | Radioterapia con Acelerador lineal - Radioterapia tridimensional conformada (RT-3DC) con verificación en vivo de imágenes 3D Convencional - Desde 16 Sesiones.  | A Requerimiento |  |
| 5 | Servicios médicos en la especialidad de Oncología | Radioterapia con Acelerador lineal - Radioterapia de Intensidad Modulada en arco volumétrico (IVRTVMAT) con verificación en vivo de imágenes 3D.  | A Requerimiento |  |
| 6 | Servicios médicos en la especialidad de Oncología | Radioterapia con Acelerador lineal - Radioterapia Guiada por la Imagen (IGRT) con verificación en vivo de imágenes 3D en forma diaria.  | A Requerimiento |  |
| 7 | Servicios médicos en la especialidad de Oncología | Radiocirugía con Acelerador lineal Intracraneal Estereotáxica (SRS) (RC) con verificación en vivo de imágenes 3D en forma diaria | A Requerimiento |  |
| 9 | Servicios médicos en la especialidad de Oncología | Radioterapia con Acelerador lineal Corporal Estereotáctica (SBRT) con verificación en vivo de imágenes 3D en forma diaria.  | A Requerimiento |  |
| 10 | Servicios médicos en la especialidad de Oncología | Radioterapia con Acelerador lineal - Radioterapia Tridimensional conformada (RT-3DC) con verificación en vivo de imágenes 3D, Módulo Paliativo 3D, hasta 10 sesiones.  | A Requerimiento |  |
| 11 | Servicios médicos en la especialidad de Oncología | Radioterapia con Acelerador lineal - Radioterapia de Intensidad Modulada en arco volumétrico (IMRTVMAT) con verificación en vivo de imágenes 3D, Módulo Paliativo VMAT, hasta 10 sesiones.  | A Requerimiento |  |
| 12 | Servicios médicos en la especialidad de Oncología | Braquiterapia 3D - Cilindro vaginal (Operada) | A Requerimiento |  |
| 13 | Servicios médicos en la especialidad de Oncología | Braquiterapia 3D - Intracavitaria (No Operada) |  |  |
| 14 | Servicios médicos en la especialidad de Oncología | Braquiterapia 3D - Intersticial (No Operada) | A Requerimiento |  |
| 15 | Servicios médicos en la especialidad de Oncología | Otros estudios y/o procedimientos que brinde el proponente (adjuntar tarifario)  | A Requerimiento |  |
| 16 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Tomografía por emisión de positrones PTE-CT | A Requerimiento |  |
| 17 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Gammagrafía ósea valoración benigna y metastásica | A Requerimiento |  |
| 18 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Gammagrafía - Perfusión Pulmonar | A Requerimiento |  |
| 19 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Gammagrafía - Vías Biliares | A Requerimiento |  |
| 20 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Gammagrafía - Serocentellografía renal y función renal | A Requerimiento |  |
| 21 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Gammagrafía - Perfusión Cerebral | A Requerimiento |  |
| 22 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Gammagrafía - Valoración de Cardiopatías Isquémicas | A Requerimiento |  |
| 23 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Gammagrafía - Valoración de Hiperparatiroidismo | A Requerimiento |  |
| 24 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Gammagrafía - Valoración de Infecciones | A Requerimiento |  |
| 25 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Gammagrafía - Valoración de bocio nodular, multinodular e hipertiroidismo | A Requerimiento |  |
| 26 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Gammagrafía - Ganglio Centinela | A Requerimiento |  |
| 27 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Gammagrafía - Ósea | A Requerimiento |  |
| 28 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | SPECT-CT Fusión Sectorial Óseo (1 rastreo) | A Requerimiento |  |
| 29 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | SPECT-CT Fusión Sectorial Óseo (2 rastreo) | A Requerimiento |  |
| 30 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Mamografía Bilateral Digital | A Requerimiento |  |
| 31 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Tomografía Cráneo Simple | A Requerimiento |  |
| 32 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Tomografía Cráneo con Contraste/Peñasco Oído/ Cuello | A Requerimiento |  |
| 33 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Tomografía Senos Paranasales | A Requerimiento |  |
| 34 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Tomografía Senos Paranasales con contraste | A Requerimiento |  |
| 35 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Tomografía Peñascos (oído) con contraste/ Cuello con contraste / Torá alta resolución | A Requerimiento |  |
| 36 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Tomografía Macizo Facial /Pelvis Simple/ Columna Dosal/ Columna Lumbar / Pelvis Ósea/ Extremidades | A Requerimiento |  |
| 37 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Tomografía Macizo Facial con contraste / Pelvis con contraste | A Requerimiento |  |
| 38 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Tomografía Tórax Simple/ Abdomen Simple | A Requerimiento |  |
| 39 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Tomografía Tórax con Contraste / Abdomen con Contraste | A Requerimiento |  |
| 40 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Tomografía Abdomen Trifásico | A Requerimiento |  |
| 41 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Tomografía Abdomen Bifásico | A Requerimiento |  |
| 42 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Tomografía Columna Cervical / Mano / Tobillo / Pie | A Requerimiento |  |
| 43 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Angiotomografía Cerebral | A Requerimiento |  |
| 44 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Angiotomografía Cerebral con fase venosa | A Requerimiento |  |
| 45 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Angiotomografía Carotidea | A Requerimiento |  |
| 46 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Angiotomografía Pulmonar / Aorta Torácica / Aorta Abdominal / Miembro Inferior / Miembro Superior | A Requerimiento |  |
| 47 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Angiotomografía Aorta toracoabdominal | A Requerimiento |  |
| 48 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Angiotomografía Aorta Abdominal y miembros inferiores | A Requerimiento |  |
| 49 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Angiotomografía Mesentérica con fase venosa portal | A Requerimiento |  |
| 50 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Angiotomografía Cardiaca (Congénito) | A Requerimiento |  |
| 51 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Angiotomografía Cardiaca Coronaria | A Requerimiento |  |
| 52 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Angiotomografía Cardiaca (bypass) | A Requerimiento |  |
| 53 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Angiotomografía Toráxica Triple (Triple rule auto) | A Requerimiento |  |
| 54 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Flebotomografia directa | A Requerimiento |  |
| 55 | Servicios médicos en la especialidad de medicina nuclear | Colonoscopia virtual | A Requerimiento |  |

 **Se tiene establecido que al momento de ingresar los datos económicos tanto para los precios unitarios y totales se tiene que utilizar 2 decimales, esto para evitar errores al momento de realizar la evaluación económica.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(Firma del Representante Legal)**

 **(Nombre completo del Representante Legal)**

**MODELO DECONTRATO**

**CONTRATO PARA PROVISIÓN DE** **SERVICIOS POR EVENTO**

**PARA PACIENTES CON PATOLOGIAS ONCOLÓGICAS**

Conste por el presente documento un **CONTRATO DE “SERVICIOS POR EVENTO PARA PACIENTES CON PATOLOGIAS ONCOLÓGICAS”,** que previo reconocimiento de firmas y rúbricas, será elevado a documento público, sujeto al tenor de las siguientes cláusulas:

**PRIMERA. - (PARTES). -** Son partes del presente **CONTRATO**:

* 1. La **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA – OFICINA NACIONAL**, con NIT xxxxxxxxxxx, con domicilio en calle Reyes Ortiz, Torre Oeste del Edificio Gundlach Piso 22 de esta ciudad, representada por su Gerente xxxxxx, con C.I. Nº xxxxx L.P., mayor de edad, hábil por derecho, en mérito al Poder General, Amplio, Suficiente y Expreso Nxxxx/ de xxx de xxxx de 202x, otorgado  por ante la Notaría de Fe Pública N° xx, a cargo de la Dra. xxxxxx de esta ciudad, que en lo sucesivo se denominará la **CSBP** y por la otra:
	2. La empresa xxxxx con matrícula de Comercio Nº XXXX, N.I.T. XXXX, con domicilio legal en la XXXXX, N°XXX, zona XXXXXX, a una cuadra del XXXXXXX, representada legalmente por la señora XXXXXXXXXX, con C.I. XXXXXX con código QR, en mérito del Poder General N° XXX/202X de XX de XXXX de 202XX, otorgado por ante Notaria de Fe Publica N°XXXXX a cargo del XXXXXXXX, de la ciudad de La Paz, que en adelante se denominara el ¨**PROVEEDOR**¨**.**

A los efectos del presente Contrato, las personas jurídicas identificadas en los numerales 1.1. y 1.2. anteriores, podrán denominarse en su conjunto como **PARTES** y de manera individual como **PARTE**.

**SEGUNDA.-(ANTECEDENTES Y DOCUMENTOS INTEGRANTES)** El Proceso de **CONTRATACIÓN para la provisión de “SERVICIOS POR EVENTO PARA PACIENTES CON PATOLOGIAS ONCOLÓGICAS**, se rige por el Reglamento de Compras de la **CSBP** – Versión 4 – Aprobado mediante Resolución No. 51/2023 del Directorio de la **CSBP**, vigente desde el 16 de agosto de 2023, bajo la modalidad de Régimen especial inc. k).

El Informe XXXXXXXX de fecha XXXXX, suscrito por la Unidad Solicitante, adjudicar el servicio a la empresa **XXXXXXXX** con la finalidad de proveer el servicio de XXXXXXXXXXX.

El Formulario de Aprobación de Gasto, suscrito por las Autoridades Administrativas en fecha xxxxxxx, por la cual dan la No objeción administrativa al proceso de contratación,

La carta CITE: ON-CO-N-174/2023, mediane la cual se adjudica la provisión de **“SERVICIOS POR EVENTO PARA PACIENTES CON PATOLOGIAS ONCOLÓGICAS,** a favor del **PROVEEDOR.**

Forman parte del presente contrato, los siguientes documentos:

1. Pliego Especifico de condiciones del proceso de contratación.
2. Propuesta Técnica
3. Propuesta Económica.
4. Nota de adjudicación Cite: xxxxx3 notificada el xxxxxxx.

**TERCERA.- (OBJETO Y OBLIGACIONES DE LAS PARTES).** El **OBJETO** del presente **CONTRATO** es la provisión de **“SERVICIOS POR EVENTO PARA PACIENTES CON PATOLOGIAS ONCOLÓGICAS,** en lo posterior denominado **EL SERVICIO**, bajo las características y condiciones establecidas en el presente contrato, pliego de condiciones y propuesta adjudicada.

Las partes se comprometen y obligan a dar cumplimiento a todas y cada una de las cláusulas del presente Contrato y a las siguientes obligaciones:

* 1. **Obligaciones del PROVEEDOR:**
1. Realizar la provisión del **SERVICIO**, en los lugares establecidos de acuerdo a las Especificaciones Técnicas y propuesta adjudicada del **PROVEEDOR**.
2. 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 de incumplimientos, accidentes, atentados, etc.
3. Cubrir en su totalidad con todo gasto, tributo u otro cargo asociado a la provisión del **SERVICIO** o al cumplimiento del presente **CONTRATO.**

**3.2. Obligaciones de CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP):**

1. Dar conformidad a la provisión del **SERVICIO**, realizada por el **PROVEEDOR** de acuerdo con las especificaciones, cronogramas y condiciones, así como a lo señalado en su propuesta adjudicada y a lo estipulado en el presente **CONTRATO**.
2. Emitir el Informe de Conformidad.
3. Cumplir cada una de las cláusulas del presente Contrato.

**CUARTA.- (PLAZO DE PROVISIÓN DEL SERVICIO)** El **PROVEEDOR** provisionará el **SERVICIO** desde el **XXXXXX hasta XXXXXX.**

**QUINTA.- (VIGENCIA)** El Contrato entrará en vigencia desde la fecha de suscripción del mismo, y mantendrá su vigencia hasta que las **PARTES** hayan dado cumplimiento a todas las cláusulas contenidas en el presente **CONTRATO.**

**SEXTA.- (LUGAR DE PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS**). El **PROVEEDOR** realizará la provisión del **SERVICIO** objeto del presente contrato, en la ciudad de La Paz en ambientes propios del **PROVEEDOR.**

**SEPTIMA.- (GARANTÍA).** El **PROVEEDOR** garantiza el correcto cumplimiento y fiel ejecución del presente contrato en todas sus partes, autorizando a la **CSBP**, la retención del 7% del monto mensual, que deberá ser descontado de cada uno de los pagos que se realicen en su favor y devuelto al **PROVEEDOR** una vez concluida la presente relación contractual a satisfacción de la **CSBP.**

**El importe de dicha garantía, en caso de cualquier incumplimiento contractual incurrido por el** PROVEEDOR**, será consolidado en favor de la CSBP sin necesidad de ningún trámite o acción judicial alguna, solamente a su simple requerimiento**

**OCTAVA.- (PRECIO Y FORMA DE PAGO).-** El **PROVEEDOR** prestará el **SERVICIO** a favor de la **CSBP,** de acuerdo a los precios ofertados, cada uno de ellos comprende el costo total por el servicio prestado y los impuestos de ley.

Los precios unitarios del **SERVICIO,** son los siguientes:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DETALLE DEL SERVICIO** | **CANTIDAD** | **Precio Unitario Final Ofertado (Bs)** |
| **SERVICIOS MÉDICOS EN LA ESPECIALIDAD DE ONCOLOGÍA** |
| XXXXXX | A requerimiento | XXXX |
| XXXXXX | A requerimiento | XXX |
| XXXXXX) | A requerimiento | XXXXX |

El pago por el **SERVICIO** al **PROVEEDOR** se efectuará en un plazo no mayor a los 30 días calendarios posteriores a la entrega de la factura correspondiente, de la siguiente forma:

1. El pago será variable en base a las atenciones prestadas y el tarifario del proponente adjudicado.
2. El **PROVEEDOR** deberá presentar la factura adjuntando el detalle de atenciones médicas y las solicitudes originales en formularios oficiales de la CSBP.

**NOVENA.- (ESTIPULACIÓN SOBRE IMPUESTOS).** Correrá por cuenta del **PROVEEDOR** el pago de todos los impuestos vigentes en el país a la fecha de presentación de la propuesta.

En caso de que posteriormente, el Estado Plurinacional de Bolivia implantara impuestos adicionales, disminuyera o incrementara los vigentes, mediante disposición legal expresa, el **PROVEEDOR** deberá acogerse a su cumplimiento desde la fecha de vigencia de dicha normativa.

**DÉCIMA.- (CESIÓN).** El **PROVEEDOR** no podrá transferir parcial, ni totalmente las obligaciones contraídas en el presente Contrato, siendo de su entera responsabilidad la ejecución y cumplimiento de las obligaciones establecidas en el mismo, salvo acuerdo de partes formalmente establecido.

**DÉCIMA PRIMERA.- (MULTAS).** El **PROVEEDOR** adjudicado debe cumplir con el plazo de entrega establecido en el Pliego Especifico de Condiciones, caso contrario será multado cero punto tres por ciento XXXX%) por día calendario demorado de acuerdo con el cronograma de implementación y sobre el valor total del servicio prestado a la CSBP fuera de plazo, con carácter acumulativo hasta un valor máximo del veinte por ciento (20%) del valor total del contrato.

En caso de que el monto acumulado exceda el veinte por ciento (20%) del valor total del contrato aplicará las multas de manera acumulativa hasta el porcentaje máximo señalado o facultativamente la **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)** según sus intereses, podrá determinar la resolución del contrato, sin perjuicio de ejecutar la garantía de cumplimiento de contrato y exigir el resarcimiento por daños y perjuicios.

**DÉCIMA SEGUNDA.- (CASO FORTUITO Y FUERZA MAYOR).** Para efecto del presente Contrato, las únicas excepciones admitidas para ser consideradas por **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)**, con respecto a plazos y/o multas del **PROVEEDOR**, serán:

**CASO FORTUITO:** Se considerará caso fortuito, cuando acontezca un hecho o suceso imprevisto, inesperado, sorpresivo e inevitable, por acción humana.

**FUERZA MAYOR:** Se considerará fuerza mayor, a la llegada de un suceso inevitable, proveniente de la naturaleza, aunque previsible o relativamente previsible, como un huracán o terremoto de carácter extraordinario.

En ambos casos, se debe documentar las causales de excepción por parte del **PROVEEDOR,** para que sean consideradas por parte de la **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP).**

**DÉCIMA TERCERA.- (EXONERACIÓN DE LAS CARGAS LABORALES Y SOCIALES**). El **PROVEEDOR** corre con las obligaciones que emerjan del objeto del presente Contrato, respecto a las cargas laborales y sociales con el personal de su dependencia, se exonera de estas obligaciones a la **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP).**

**DÉCIMA CUARTA (TERMINACIÓN DEL CONTRATO).** El presente Contrato concluirá por una de las siguientes causas:

* 1. **Por Cumplimiento del Contrato:** De forma normal, tanto la **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)** como el **PROVEEDOR** darán por terminado el presente Contrato, una vez que ambas partes hayan dado cumplimiento a todas las condiciones y estipulaciones contenidas en el mismo.
	2. **Por Rescisión del Contrato:** Si se diera el caso y como una forma excepcional de terminar el Contrato, a los efectos legales correspondientes, la **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)** y el **PROVEEDOR**, acuerdan las siguientes causales para procesar la Rescisión del Contrato:

**14.2.1** Rescisión a requerimiento de la **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)** por causales atribuibles al **PROVEEDOR**:

1. Por disolución del **PROVEEDOR**
2. Por quiebra declarada del **PROVEEDOR.**
3. Por suspensión de la provisión del **SERVICIO,** sin justificación.
4. Por incumplimiento injustificado de la provisión del **SERVICIO**, sin que el **PROVEEDOR** adopte medidas necesarias y oportunas para recuperar su demora y asegurar la provisión,dentro del plazo vigente.
5. Por tener tres multas continuas o seis discontinuas, dentro de la provisión del **SERVICIO**.
6. Por mejor decisión administrativa, comunicada el **PROVEEDOR** con 15 días calendario de anticipación.

**14.2.2** Rescisión a requerimiento del **PROVEEDOR** por causales atribuibles a **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)**

1. Si apartándose de los términos del Contrato, **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)** pretende efectuar aumento o disminución del alcance de la provisión del **SERVICIO**, sin la emisión de un contrato modificatorio.
2. Por falta de pago al **PROVEEDOR** dentro de los plazos establecidos.

Si dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de la fecha de notificación, se enmendaran los retrasos, 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 Rescisión expresará por escrito su conformidad a la solución, el aviso de intensión de Rescisión será retirado. En caso contrario, si al vencimiento de este término no existiese ninguna respuesta, el proceso de Rescisión continuará a cuyo fin **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)** o el **PROVEEDOR**, según quién haya requerido la Rescisión del Contrato, notificará mediante carta a la otra parte, que la Rescisión del Contrato se ha hecho efectiva.

Esta carta dará lugar a que: cuando la Rescisión sea por causales atribuibles al **PROVEEDOR**, se consolide a favor de **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)** la Garantía de Cumplimiento de Contrato.

**CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)**, procederá a establecer los montos reembolsables al **PROVEEDOR** por concepto de laprovisión del **SERVICIO** satisfactoriamente efectuado, si corresponde.

**14.2.3** Rescisión por causas de fuerza mayor o caso fortuito que afecten a **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)** o al **PROVEEDOR.**

Si en cualquier momento antes de la terminación de la provisión del **SERVICIO**, objeto del presente Contrato, el **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)** o el **PROVEEDOR** se encontrase con situaciones fuera de control, por causas de fuerza mayor o caso fortuito que imposibiliten la conclusión del mismo, la parte afectada, comunicará por escrito su intención de resolver el Contrato, justificando la causa.

A la entrega de dicha comunicación oficial de rescisión, se procederá a liquidando los costos proporcionales que demandase el cierre de la provisión del **SERVICIO** y algunos otros gastos que a juicio del **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)**, fueran considerados sujetos a reembolso. Con estos datos el **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)** elaborará la liquidación final y el trámite del pago correspondiente.

**DÉCIMA QUINTA (SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS).** En caso surgir dudas sobre los derechos y obligaciones de las partes durante la ejecución del presente Contrato, las partes acudirán a los términos y condiciones del presente Contrato y propuesta adjudicada.

Todo litigio, discrepancia, cuestión, reclamación, interpretación o controversia resultante u originada en el presente Contrato, será resuelta definitivamente mediante arbitraje.

Se acuerda que el arbitraje se llevará a cabo en la ciudad de La Paz, Bolivia y será administrado por el Centro de Conciliación y Arbitraje que la **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP)** elija.

Las **PARTES** hacen constar expresamente su compromiso de cumplir el Laudo Arbitral que se dicte, renunciando expresamente y desistiendo anticipadamente al recurso de anulación del Laudo Arbitral.

Ningún proceso de conciliación o arbitraje planteado por las partes podrá suspender las obligaciones de cumplimiento de este Contrato por el **PROVEEDOR** salvo acuerdo de **PARTES**.

**DÉCIMA SEXTA (MODIFICACIONES AL CONTRATO).** La **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP),** podrá introducir modificaciones que considere estrictamente necesarias en la provisión, siempre que no afecten la esencia del presente Contrato y, con tal propósito, tendrá la facultad para solicitar por escrito al **PROVEEEDOR**, el incremento, modificación o disminución de los alcances del **SERVICIO** originalmente adjudicado, así como la ampliación del plazo por necesidad institucional debidamente justificadas. Las referidas modificaciones, se realizará a través del contrato modificatorio correspondiente. Las causas modificatorias deben ser sustentadas por informes técnicos y legales

El contrato modificatorio sólo admite el incremento o la disminución hasta el diez (10) por ciento del precio originalmente convenido en el Contrato. En caso de que signifique una disminución en el servicio, deberá concertarse previamente con el **PROVEEDOR**, a efectos de evitar reclamos posteriores.

El Contrato Modificatorio, debe ser emitido y suscrito en forma previa a la ejecución de la modificación, por lo que no constituye un documento regularizador.

El incremento, modificación o reducción en la cantidad del **SERVICIO,** así como la existencia de causas de fuerza mayor o caso fortuito, necesidad institucional o suspensión temporal del servicio, puede dar lugar a la ampliación del plazo del Contrato, debiendo establecerse de forma clara el lapso de la ampliación.

**DÉCIMA SÉPTIMA (OBLIGACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN).** Los materiales producidos e información a la que tuviere acceso el **PROVEEDOR** contratado durante o después de la suscripción del contrato, tendrá carácter confidencial, quedando expresamente prohibida su divulgación sin previa autorización de la **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP).**

**DECIMA OCTAVA (GASTOS NOTARIALES).** Los gastos notariales emergentes delpresente Contrato serán pagados por el **PROVEEDOR**.

En caso de que, por cualquier circunstancia, el presente documento no contare con reconocimiento de firmas y rúbricas, servirá a los efectos de Ley y de su cumplimiento, como documento suficiente entre las partes.

**DECIMA NOVENA (DOMICILIO).** Las partes señalan que sus domicilios, para fines de comunicación entre ellas, de ejecución del presente Contrato, de solución de controversias y cualquier otro acto emergente del mismo, son los siguientes:

* **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP):** La Paz Bolivia, Calle Federico Zuazo Edif. Gundlach Piso 22.
* **PROVEEDOR:** XXXXXXX

**VIGÉSIMA (CONFORMIDAD).** En señal de conformidad y para su fiel y estricto cumplimiento suscriben el presente contrato en cuatro ejemplares de un mismo tenor y validez, XXXXXXXX, en representación legal de **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (CSBP),** y XXXXXXen calidad de representante legal del **PROVEEDOR**.

La Paz, XXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXX

 **PROVEEDOR GERENTE GENERAL**

 **CSBP**