

### TERMINOS DE REFERENCIA

**COMPARACION DE PROPUESTAS**

### TR-CP-010-2025

 **PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **“CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE LABORATORIO** **DE ANALISIS CLINICO GENERAL Y ESPECIAL”** |

 **Trinidad, julio de 2025**

|  |
| --- |
| **CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA** **COMPARACION DE PROPUESTAS TR-CP-010-2025** **PRIMERA CONVOCATORIA**La Caja de Salud de la Banca Privada, Regional Trinidad invita públicamente a proponentes legalmente establecidos a presentar propuestas para realizar el siguiente servicio: |
| **CONTRATACION DEL SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO GENERAL** **Y ESPECIAL – PRIMERA CONVOCATORIA** |
| Tipo de Convocatoria: Comparación de Propuestas |
| Forma de adjudicación: POR EL TOTAL |
| Sistema de evaluación y adjudicación: MENOR COSTO  |
| Encargados de atender consultas: Lic. Marcela Martinez Torres   |
| Correo electrónico: marcela.martinez@csbp.com.bo |
| Teléfono: 346 - 22548 int. 8917 - 76864054 |

**COMPARACION DE PROPUESTAS PARA CONTRATAR EL SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO GENERAL Y ESPECIAL – PRIMERA CONVOCATORIA**

|  |
| --- |
| **CRONOGRAMA DE PLAZOS** |
| N° | **ACTIVIDAD** | **FECHA** | **HORA** | **LUGAR Y DIRECCIÓN**  |
| 1 | Envió de la solicitud de propuestas y Publicación de la convocatoria en la Web | 25/07/2025 |  | Portal.csbp.com.bo |
| 2 | Presentación de Ofertas. | Hasta:30/07/2025 | 16:00 | marcela.martinez@csbp.com.boPoliconsultorio de la CSBP, calle Mamore esq. Av. 27 de Mayo s/n |
| 3 | Apertura de Ofertas. | 30/07/2025 | 16:00 | Unirse a la reunión Zoomhttps://us02web.zoom.us/j/81025938578?pwd=PYbM6WpL4t9liBwB5J48F8FdYEmQ1n.1ID de reunión: 810 2593 8578Código de acceso: 12345 |
| 4 | Resultado Del Proceso | 04/08/2025 | Notificación escrita a los proveedores adjudicados |

|  |
| --- |
| **PARTE I****ESPECIFICACIONES TECNICAS****CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO GENERAL Y ESPECIAL (2 AÑOS) TRINIDAD– PRIMERA CONVOCATORIA** |
| **Antecedentes**La Caja de Salud de la Banca Privada, requiere contratar Servicios de Análisis Clínico, que garanticen una atención de calidad a su población afiliada, bajo la modalidad de compra de servicios “A MONTO FIJO”, respaldado por la correspondiente factura fiscal emitida por el proveedor del servicio y/o retención de impuestos.**EXPLICACION DE LA MODALIDAD DE COMPRA DE SERVICIOS**Los proponentes ofertaran un costo según la referencia exigida por la CSBP; por los servicios requeridos y descritos en el Formulario correspondiente.La CSBP cancelará mensualmente por el total de los servicios prestados en el mes vencido, considerando para ello el costo a monto fijo ofertado y plasmado en el contrato, considerando una cantidad de 900 pruebas generales y 15 pruebas especiales, costo unitario fijo asignado a pruebas generales excedentes y porcentaje de descuento a aplicar sobre aranceles, a pruebas especiales excedentes. Sea este:* **Servicio de Laboratorio de Análisis Clínico General y Especial**,

**Adjudicación.**Se debe considerar que la adjudicación de esta contratación será **por el servicio integral****Características del contrato y su operatividad.****Laboratorio** El Servicio de Laboratorio no tendrá ninguna relación contractual de índole laboral con la CSBP. Por lo que el personal del Laboratorio debe cubrir todas las cargas sociales que le correspondan, según establecen las leyes laborales. El Laboratorio no tendrá ninguna relación de índole obrero – patronal con la CSBP.El profesional debe estar plenamente acreditado en cuanto a **formación y experiencia**. **Dinámica de atención** El Servicio de Laboratorio recibe la papeleta impresa de las ordenes de laboratorio, debidamente firmada.Toma y/o recibe la muestra del pacienteProcesa los laboratoriosRemite los resultados al médico que lo solicito.Cabe mencionar que se debe velar que la orden será coherente con la patología del pacienteEl horario de atención debe ser de 08:00 a 18:00 y emergencia ha llamado.**SUPERVISION POR PARTE DE LA CSBP**El Centro, estará bajo supervisión y coordinación de la Comisión de Recepción del servicio, misma que está compuesta de la siguiente manera:Agente Lic. Mirian QuirogaJefe Médico Regional Dra. Fabiola Yrigoyen Villarroel**DURACION DEL CONTRATO**El contrato de **Servicio de Laboratorio** tendrá una duración de **dos años calendario** a partir de la firma del Contrato. **Modalidad de contratación:**Con el proponente elegido se firmará un contrato civil de Compra de Servicios por evento.**Aclaración importante sobre el costo ofertado:*** El costo propuesto por el servicio debe contemplar el **costo total y definitivo a monto fijo (900 pruebas generales y 15 pruebas especiales)**
* **Costo de pruebas generales excedentes**
* **Porcentaje de descuento sobre aranceles a pruebas especiales excedentes**, no se aceptará costos no contemplados en su oferta de servicios.

**Formularios institucionales.**Mismos que se encuentran en el SAMI, asi como la CSBP proporcionará los formularios institucionales necesarios para los expedientes clínicos, solicitudes de exámenes complementarios y otros, que serán de propiedad y manejo exclusivo en las atenciones de los pacientes de la CSBP. complementarios y otros, que serán de propiedad y manejo exclusivo en las atenciones de los pacientes de la CSBP.Entrega de facturas y detalles mensuales:Se establece como plazo paro presentación de facturas y detalles mensuales por concepto de todos los servicios contratados hasta el día 20 de cada mes, en caso de que el día citado caiga en día inhábil o feriado. el plazo se recorrerá de manera automática hasta el día hábil siguiente. Toda la documentación deberá enviarse vía correo electrónico y en físico a la dirección que será proporcionada por la CSBP.En caso de que el CENTRO envíe su factura y los documentos de respaldo a destiempo, la Unidad de Contabilidad no recepcionará la misma y solicitará la emisión de una nueva factura con fecha del primer día hábil del mes siguiente. Para el cumplimiento del plazo definido para presentación de facturas. se deberá considerar un período de corte para el manejo de información. que será coordinado y definido entre la CSBP y el Centro. |

**“INSTRUCCIONES”**

El oferente realizará el llenado correspondiente de todas las columnas indicando en cada caso su propuesta clara y objetiva.

**REQUISITOS DE ESPECIFICACIONES TECNICAS**

**ANTECEDENTES**

|  |
| --- |
| 1.- Experiencia Institucional con la CSBP. |
| 2.- Experiencia con otras instituciones |
| 3.- Licencia de Funcionamiento y NIT4.- Autorización del Sedes Beni |

**PROPUESTA.-** En la columna de propuesta el oferente debe llenar **SI** tiene o **NO** experiencia con nuestra institución o con otras instituciones, además **SI** tiene o **NO** los documentos exigidos.

**PERSONAL RESPONSABLE DEL LABORATORIO**

Dentro de este campo se debe registrar **SI** cumple o **NO** con el personal requerido Adjuntando Currículum Vitae, matricula Profesional en los casos que corresponde.

* Encargado del Laboratorio, registrado en Sedes como responsable del Laboratorio
* Dos Bioquímicos
* Un Recepcionista
* Si existieran auxiliares o Técnicos
* Mensajero (para la entrega de los resultados)

**CONTROL DE CALIDAD**

Deben indicar dentro de su propuesta **SI** tienen o **NO** las Certificaciones siguientes:

1.- Certificado del INLASA actualizado

2.- Control de calidad interno referir si realiza

3.- Certificación de Calidad Actualizado de los Reactivos que utilizan para los análisis.

**LOCALIZACION Y ACCESIBILIDAD**

Dentro de este rubro deben llenar todos los datos de ubicación y accesibilidad del Laboratorio

1.- Calle, Avenida u otro

2.- Teléfono

3.- Celular

4.- Sucursales

**SISTEMAS DE COMUNICACIÓN**

1.- Telefónica y/o Celular

2.- Internet– Correo electrónico (obligatorio)

De preferencia ADSL, para instalación y registro de resultados de laboratorio en nuestro Sistema Administrativo Medico Integral SAMI (no limitante)

3.- Celulares 24 horas para casos de Emergencia.

**DISPONIBILIDAD DE ATENCIÓN**

Deben señalar **SI** cumplen o **NO** con el Horario de Atención las 24 horas del día de lunes a sábado y domingo a llamado, para las Emergencias y atenciones intrahospitalarias.

**ENTREGA DE RESULTADOS**

Deben señalar **SI** cumplen o **NO** con el tiempo de entrega de los resultados estipulados por la CSBP, previa dotación de recolectores de orina y heces para la obtención de muestras de los asegurados:

1.- Emergencia de Consulta Externa y Hospital.- En forma inmediata o plazo máximo de 2 horas

2.- Rutinarios u Ordinarios.- Entrega en el día hasta horas 15:30.

3.- Los resultados de Consulta Externa deben ser entregados en el Policonsultorio y los de Hospitalización en Enfermería del Hospital referido.

**INFRAESTRUCTURA**

Deben Señalar **SI** cuentan o **NO** con la siguiente Infraestructura detallada:

1.- Sala de espera

2.- Sala de toma de muestras de sangre

3.- Área de bacteriología

4.- Área de hematología y química sanguínea

5.- Área de inmunología

6.- Área de parasitología y urianálisis

7.- Área de eliminaciones de desechos

8.- Área de serología

9.- Área de microbiología

10.- Sala de lavados de material y otros

11.- Ventilación

## **EQUIPAMIENTO**

## Deben Señalar SI cuentan o NO con el siguiente Equipamiento detallado:

## 1.- Autoclave vertical

##  2.- Autoanalizador para química clínica y electrolitos

##  3.- Baño Maria de 36 tubos mínimo

## 4.- Coagulometro

## 5.- Espectofotometro para emergencias automático con cubeta de absorción cuadrada

## 6.- Esterilizador para calor seco

## 7.- Estufas de incubación

## 8.- Lector de Elisa (Placa o tira) para 8 pocillos o 96.

## 9.- Lector para tiras de orina

## 10.- Macrocentrifuga para 48 tubos

## 11.- Microcentrifuga para 48 capilarers

##

## 12.- Microscopio binocular

## 13. - Contador hematológico mínimo 8 ó 10 parámetros

## 14.- Agitador de tubos para hematología

## 15.- Vortex (agitador de tubos)

## 16.- Equipo de Computación Pentium

## 17.- Impresora

## 18.- Conexión a Internet

**SISTEMA DE ARCHIVO**

Deben Señalar **SI** cuentan o **NO** con los siguientes sistemas de Archivo de la documentación:

1.- Sistematizado (Computarizado)

2.- Manual o Archivo Físico

**SERVICIOS**

Deben señalar **SI** realizan o **NO** los exámenes o análisis que a continuación se detallan, asi como identificar las “pruebas especiales” en la columna observaciones:

###### HEMATOLOGIA

###### 1.- Hemograma completo

###### 2.- Hematocrito y Hemoglobina

###### 3.- Recuento de Leucocitos

###### 4.- Velocidad de sedimentación (VSG)

###### 5.- Grupo sanguíneo ABO y Rh

###### 6.- Recuento de plaquetas

###### 7.- Recuento de reticulocitos

###### 8.- Recuento de Eosinofilos (Abs)

###### 9.- Coombs directo

###### 10.- Coombs indirecto

###### 11.- Tiempo de Protombina (QUICK)

###### 12.- Tiempo de coagulación

###### 13.- INR

###### 14.- KPTT15.- Actividad Protrombinica

###### 16.- Tromboplastina, tiempo parcial de (ttpa)

###### 17.- Células de lupus, cada muestra

###### 18.- Hierro serico

###### 19.- Sangría, tiempo de (ivy)

###### 20.- Aglutininas anti rho

###### 21.- Ferritina

###### 22.- Fibrinógeno, productos de degradación

###### 23.- Hierro, prueba de sobrecarga

###### 24.- Hemoglobina fetal cualitativa

25.- Hemoglobina glicosilada

###### 26.- Ácido fólico o folatos

###### 27.- Coagulo, tiempo de lisis del cofactor de riocetina

###### 28.- Cuerpos de Heinz

###### 29.- Fibrinógeno

30.- Hemoglobina cuantitativa

###### 31.- Hemoglobina fetal cuantitativa en eritrocitos

###### 32.- Hemoglobina termolábil

###### 33.- Set de exámenes previos a una transfusión (a requerimiento)

###### 34.- Transferrina

###### 35.- Células LE

###### 36.- Investigación de Plasmodium (gota gruesa)

37.- Determinación de grupo sanguíneo y Rh

38.- Investigación de T. Cruzi (Strout)

###### BIOQUIMICA

###### 1.-Colesterol total

###### 2.-Fosfatasas alcalinas

###### 3.-Glucosa en ayunas

###### 4.-Transaminasas (oxalacetica,piruvica) c/u

###### 5.-Urea

###### 6.-Ácido úrico

7.-Bilirrubina total, directa e indirecta

###### 8.-Colesterol HDL, LDL, VLDL

###### 9.-Creatinina

###### 10.-Creatinina depuración de

###### 11.-Glucosa, curva de tolerancia

###### 12.-Proteínas totales o albúminas c/u

###### 13.-Acetona

###### 14.-Bilirrubina total conjugada/directa-indirecta

###### 15.-Proteínas fraccionadas albúmina / globulina

###### 16.-Amilasa

###### 17.-Electrolitos (sodio, potasio, cloro) c/u

###### 18.-Estudio de lípidos sanguíneos

###### 19.-Calcio

###### 20.-Deshidorgenasa láctica total (DHL)

###### 21.-Triglicéridos

###### 22.-Creatinquinasa CK total (CK Total)

###### 23.-Creatinquinasa CK mb miocárdica CKMB

###### 24.-Fosfatasas ácidas totales

###### 25.-Fosfatasas ácidas totales y fracción prostática

###### 26.-Fosfolipidos

###### 27.-Glucosa post prandial

###### 28.-Glucosa sobrecarga

29.-Lipasa

30.- Nitrogeno ureico (BUN)

31.- Gamma GT

32.- Globulina

33.-Relacion A/G

34.- Hierro serico

35.- Trasferina

36.- Troponina

37.- Hemoglobina glicosilada

**ELECTROLITOS**

1.- Sodio

2.- Potasio

3.- Cloro

4.- Magnesio

5.- Fosforo

**INMUNOLOGIA**

1.- ASTO – ANTIESTREPTOLISINAS

2.- Latex RA

3.- Proteina C Reactica PCR

4.- Reaccion de Widal

5.- Sífilis VDRL/RPR

6.- Treponema Pallidum FTA-ABS

7.- Chagas – HAI

8.- Chagas – Elisa

9.- Toxoplasmosis HAI

10.- Toxoplasmosis IgG, IgM

11.- Cisticercosis Elisa

12.- Idatidosis Elisa

13.- Clamidiasis Elisa

14.- VIH Eliza

15.- Hepatitis B HB- AG

16.- Heptitis B anticore

17.- Hepatitis A IgG-IgM

18.- Hepatiis C

19.- Citomegaloviris (CMV)

20.- Herpes Virus (HV)

21.- Mononucleosis

**DEPOSICIONES**

1.-Leucocitos fecales

2.-Sangre oculta

3.-Amebas en fresco

**ORINA**

1.-Embarazo, detección precoz

2.-Glucosa

3.-Orina completa

4.-Orina sedimento

5.-Proteínas

6.-Orina físico-químico

7.-Electrolitos (sodio, potasio, cloro) c/u

8.-Cuerpo cetónicos

9.-Urobilinogeno

10.-Ácido úrico

11.-Amilasa

12.-Creatinina

13.-Aminoácidos

14.-Calcio

15.-Calculo urinario

16.-Urea

17.-Microalbuminuria

18.-Proteínas de Bence Jones

19.- Urocultivo y antibiograma

20.- Fosfaturia de 24 horas

**DIAGNOSTICO DE EMBARAZO**

1.- hCG (ORINA)

2.- B-hCG (sangre)

###### BACTERIOLOGIA

###### 1.-Examen directo al fresco, c/s tinción

###### 2.-Gonococo

3.-Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma

4.-Baciloscopia Zielh Neelsen,c/u

5.- Campo oscuro

6.-Cultivo y Antibiograma

7.-Tinción de Gram.

8.-RPR

9.-Tíficas, reacciones de aglutinación

10.-Baciloscopia ZIELH NEELSEN por concentración, c/u

11.-Coprocultivo

12.-Difteria

13.-Hemocultivo aerobio c/u

14.-Secreciones de mucosa

15.-Clamidia, tinción para

16.-Bordetella

17.-Hemocultivos anaerobio c/u

18.-Koch, bacilo de

19.-Legionella

20.-Listeria

21.-Mycoplasama

**MICOLOGIA**

1.- Examen directo

2.- Cultivo

**PARASITOLOGIA**

1.-Coproparasitologico seriado

2.-Grahan, examen de

3.-Gusanos macroscópicas

4.-Trichomonas (al fresco)

5.-Raspado de piel, examen microscopio (acarotest)

6.-Coproparasitologico seriado isospora con técnica dientamoeba en fresco

7.-Coproparasitologico seriado fasciola hepática

8.-Coproparasitologico seriado isospora y sarcocystis

9.-Diagnostico de parásitos en exudados, secreciones y otros.

10.-Hemoparasitos por técnica de Strout o similar

11.- Cryptosporidium sp

###### 12.-Líquidos orgánicos

###### 13.-Pneumocistis carini

###### 14.- Moco fecal

###### 15.- Sangre oculta

###### 16.- pH

###### 17.- Azucares reductores

###### 18.- Coprocultivo y antibiograma

###### ENDOCRINOLOGIA (HORMONAS)

1.- T3

2.- T4

3.- TSH

4.- T4 Libre

5.- FSH

6.- LH

7.- Estradiol

8.- Prolactina

9.- Progesterona

10.- Testosterona

11.- Cortiosol

12.- B – HCG (cuantificada)

13.- Insulina

14.- HGH (H del crecimiento)

15.- DHEA – S

**EXPECTORACION**

1.- Tinción de gran

2.- Cultivo y antibiograma

3.- Recuento de eosinolfilos

4.- Cristales de Charcot Leyden

5.- Bacilos copia seriada

**ANALISIS ESPECIALES**

1.- PSA (antígeno prostático especifico)

2.- C.E.A. (Antigeno Carcino embrionario)

3.- AFP (Alfa-feto proteína)

4.- Helicobacter pylori (HP)

5.- Alerg – test (Alergias)

6.- Gasometría

7.- Pruebas para obtener la formula de Cockcroft Gault

8.- Pruebas para obtener la Formula de Schwartz

9.- Dimero D

10.- Ferritina

11.- Lactato

12.- Procalcitonina

13.- Deshidrogenasa láctica

14.- PCR cuantitativa

**PROPUESTA ECONOMICA**

1.- La propuesta económica debe establecer un precio (MONTO FIJO) a nivel de oferta mensual, incluyendo el detalle de pruebas generales, detalladas anteriormente por un total de 900 pruebas generales y 15 pruebas especiales mes.

2.- Establecer el costo por pruebas generales excedentes, en caso de existir.

3.- Para el caso de pruebas especiales excedentes, especificar el porcentaje de descuento a aplicar sobre su arancel de precios.

**GARANTIA**

La empresa oferente deberá presentar una garantía mediante Boleta Bancaria de Cumplimiento de Contrato del 7% con relación al importe establecido por la Caja.

**TIPO DE ATENCION**

- Previa presentación OBLIGATORIA del carnet de asegurado

- Orden de laboratorio preimpresa con el logo de la CSBP (de lunes a viernes) que contenga los sellos: “vigencia de derecho”, “sello institucional”, firma y sello del médico tratante

- Orden de laboratorio manuscrita verificar que los campos estén debidamente llenados: nombre completo del paciente, matricula; así como la firma y sello del médico tratante.

- Solo para los casos de emergencia es suficiente con el registro de nombre y apellido del paciente, matricula y firma del médico tratante.

**ADMINISTRACION INFORMACION**

Las Facturas se deben presentar en forma mensual hasta el día 20 de cada mes incluyendo:

- Listado análisis realizados (según modelo establecido por la CSBP)

- Todas las órdenes que fueron procesadas en el mes de cobro.

**ANEXOS**

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

**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.: Comparación de Propuestas TR-CP-10-2025 CONTRATACION DE**

**SERVICIO DE ANALISIS CLINICO GENERAL Y ESPECIAL (2 AÑOS)**

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 Imitación de referencia, por lo que:

1. **De las Condiciones del Proceso**
2. Declaro y garantizo haber examinado el pliego de condiciones, así como los Formularios para la presentación de la propuesta, aceptando sin reservas todas las estipulaciones de dichos documentos y la adhesión al texto del contrato.
3. Declaro la veracidad de toda la información proporcionada y autorizo mediante la presente, para que, en caso de ser adjudicado, cualquier persona natural o jurídica, suministre a los representantes autorizados de la entidad convocante, toda la información que requieran para verificar la documentación que presento. En caso de comprobarse falsedad en la misma, la entidad convocante tiene el derecho a inhabilitar la presente propuesta y ejecutar la Garantía de Seriedad de Propuesta.
4. En caso de ser adjudicado, esta propuesta constituirá un compromiso obligatorio hasta que se prepare y suscriba el contrato.
5. Declaro, que como proponente, no tengo incompatibilidad o estoy impedido de participar en este proceso de contratación de acuerdo a lo establecido en el numeral 3 de este documento
6. **Declaración Jurada**
7. Declaro respetar el desempeño de los empleados de la CSBP asignados al proceso de contratación y no incurrir en relacionamiento que no sea a través de medio escrito, salvo en los actos de carácter público y exceptuando las consultas efectuadas al encargado de atender consultas, de manera previa a la presentación de propuestas. El incumplimiento de esta declaración será causal de inhabilitación cuando el relacionamiento se realice antes de la presentación de propuestas y causal de descalificación si el relacionamiento se produjera durante la evaluación de propuestas.
8. Me comprometo a denunciar por escrito, ante el Gerente General de la CSBP, cualquier tipo de presión o intento de extorsión de parte de los empleados de esta institución o de otras empresas, para que se asuman las acciones legales y administrativas correspondientes.
9. Declaro haber cumplido con todos los contratos suscritos durante los últimos tres (3) años con entidades del sector público y privado.
10. Declaro no haber incumplido la presentación de documentos ni tampoco haber desistido de suscribir el contrato como proponente adjudicado, en otros procesos de contratación realizados por la CSBP, entidades públicas y privadas en el último año.

**III.- De la Presentación de Documentos.**

Si nuestra propuesta es adjudicada, me comprometo a presentar en el plazo establecido en el Pliego de Condiciones, los documentos originales o fotocopias legalizadas de todos y cada uno de los siguientes documentos.

 **\*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) Documentación técnica presentada en fotocopia simple.

 **\*Para empresas Unipersonales**

a) Testimonio de Poder Registrado en FUNDEMPRESA, que faculte al o los representantes legales a presentar propuestas y suscribir contratos.

b) Matrícula de Registro de Comercio vigente, emitido por la instancia competente.

c) Número de Identificación Tributaria (NIT).

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

e) Documentación técnica presentada en fotocopia simple.

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)***

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

**FORMULARIO Nº 2**

**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE**

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 N° 3**

**PROPUESTA TÉCNICA**

**COMPARACION DE PROPUESTAS N° TR-CP-10-2025**

**“CONTRATACION DE SERVICIO DE LABORATORIO ANALISIS**

**CLINICO GENERAL Y ESPECIAL (2 AÑOS)”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CARACTERÍSTICA SOLICITADA*****REQUERIMIENTOS INDISPENSABLES GENERALES.***  | **(CARACTERÍSTICAS OFERTADAS)****(El proponente debe Manifestar expresamente las condiciones de su propuesta con referencia a cada requerimiento)** | **OBSERVACIONES****(Si considera)** |
|
|
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***REQUERIMIENTOS*** | ***CUMPLE***  | ***OBSERVACIONES*** |
| **ANTECEDENTES (Documentar con fotocopia)** |   |   |
| Experiencia Institucional con la CSBP  |   |   |
| Experiencia con Otras Instituciones  |   |   |
| Licencia de Funcionamiento y NIT |   |   |
| Autorización del Sedes Beni  |   |   |
|   |   |   |
| **PERSONAL RESPONSABLE DEL LABORATORIO (Documentar con fotocopia)** |   |   |
| Encargado del Laboratorio, registrado en Sedes como responsable del Laboratorio |   |   |
| Dos Bioquímicos |   |   |
| Un Recepcionista  |   |   |
| Si existieran auxiliares o Técnicos |   |   |
| Mensajero (para la entrega de los resultados)  |   |   |
|   |   |   |
| **CONTROL DE CALIDAD (Documentar con fotocopia)** |   |   |
| Certificado del INLASA actualizado  |   |   |
| Control de calidad interno referir si realiza |   |   |
| Certificación de Calidad Actualizado de los Reactivos que utilizan para los análisis |   |   |
|   |   |   |
| **LOCALIZACION Y ACCESIBILIDAD (Detallar y Croquis)** |   |   |
| 1.- Calle, Avenida u otro |   |   |
| 2.- Teléfono |   |   |
| 3.- Celular |   |   |
| 4.- Sucursales |   |   |
|   |   |   |
| **SISTEMAS DE COMUNICACIÓN (Detallar)** |   |   |
| Telefónica y/o Celular |   |   |
| Internet – correo electrónico (obligatorio)De preferencia ADSL, para instalación y registro de resultados de laboratorio en nuestro Sistema Administrativo Medico Integral SAMI (no limitante) |   |   |
| Celulares 24 horas para casos de Emergencia. |   |   |
|  |   |   |
| **DISPONIBILIDAD DE ATENCIÓN**  |   |   |
| Horario de Atención las 24 horas del día de lunes a sábado y domingo ha llamado, para las Emergencias y atenciones intrahospitalarias. |   |   |
|   |   |   |
| **ENTREGA DE RESULTADOS**  |   |   |
| Emergencia de Consulta Externa y Hospital: En forma inmediata o plazo máximo de 2 horas  |   |   |
| Rutinarios u Ordinarios.- Entrega en el día hasta horas 15:30. |   |   |
| Los resultados de Consulta Externa deben ser entregados en el Policonsultorio y los de Hospitalización en Enfermería del Hospital referido. |   |   |
|  |   |   |
| **INFRAESTRUCTURA (Adjuntar fotografia)** |   |   |
| Sala de espera |   |   |
| Sala de toma de muestras de sangre |   |   |
| Área de bacteriología |   |   |
| Área de hematología y química sanguínea |   |   |
| Área de inmunología |   |   |
| Área de parasitología y urianálisis |   |   |
| Área de eliminaciones de desechos |   |   |
| Área de serología |   |   |
| Área de microbiología |   |   |
| Sala de lavados de material y otros |   |   |
| Ventilación |   |   |
|   |   |   |
| **EQUIPAMIENTO** |   |   |
| Autoclave vertical |   |   |
| Autoanalizador para química clínica y electrolitos |   |   |
| Baño Maria de 36 tubos mínimo |   |   |
| Coagulometro |   |   |
| Espectofotometro para emergencias automático con cubeta de absorción cuadrada |   |   |
| Esterilizador para calor seco |   |   |
| Estufas de incubación |   |   |
| Lector de Elisa (Placa o tira) para 8 pocillos o 96. |   |   |
| Lector para tiras de orina |   |   |
| Macrocentrifuga para 48 tubos |   |   |
| Microcentrifuga para 48 capilarers |   |   |
| Microscopio binocular |   |   |
| Contador hematológico mínimo 8 ó 10 parámetros |   |   |
| Agitador de tubos para hematología |   |   |
| Vortex (agitador de tubos) |   |   |
| Equipo de Computación Pentium |   |   |
| Impresora |   |   |
| Conexión a Internet |   |   |
|   |   |   |
| **SISTEMA DE ARCHIVO**  |   |   |
| Sistematizado (Computarizado) |   |   |
| Manual o Archivo Físico |   |   |
|   |   |   |
| **SERVICIOS – CONFIRMAR PRUEBAS QUE REALIZA E IDENTIFICAR LAS “PRUEBAS ESPECIALES”** |   |   |
| **HEMATOLOGIA** |   |   |
| 1.- Hemograma completo |   |   |
| 2.- Hematocrito y Hemoglobina |   |   |
| 3.- Recuento de Leucocitos  |   |   |
| 4.- Velocidad de sedimentación (VSG) |   |   |
| 5.- Grupo sanguíneo ABO y Rh |   |   |
| 6.- Recuento de plaquetas |   |   |
| 7.- Recuento de reticulocitos |   |   |
| 8.- Recuento de Eosinofilos (Abs) |   |   |
| 9.- Coombs directo |   |   |
| 10.- Coombs indirecto |   |   |
| 11.- Tiempo de Protombina (QUICK) |   |   |
| 12.- Tiempo de coagulación |   |   |
| 13.- INR |   |   |
| 14.- KPTT |   |   |
| 15.- Actividad Protrombinica |   |   |
| 16.- Tromboplastina, tiempo parcial de (ttpa) |   |   |
| 17.- Células de lupus, cada muestra |   |   |
| 18.- Hierro serico |   |   |
| 19.- Sangría, tiempo de (ivy) |   |   |
| 20.- Aglutininas anti rho |   |   |
| 21.- Ferritina |   |   |
| 22.- Fibrinógeno, productos de degradación |   |   |
| 23.- Hierro, prueba de sobrecarga |   |   |
| 24.- Hemoglobina fetal cualitativa |   |   |
| 25.- Hemoglobina glicosilada |   |   |
| 26.- Ácido fólico o folatos |   |   |
| 27.- Coagulo, tiempo de lisis del cofactor de riocetina |   |   |
| 28.- Cuerpos de Heinz |   |   |
| 29.- Fibrinógeno |   |   |
| 30.- Hemoglobina cuantitativa |   |   |
| 31.- Hemoglobina fetal cuantitativa en eritrocitos |   |   |
| 32.- Hemoglobina termolábil |   |   |
| 33.- Set de exámenes previos a una transfusión (a requerimiento) |   |   |
| 34.- Transferrina |   |   |
| 35.- Células LE |   |   |
| 36.- Investigación de Plasmodium (gota gruesa) |   |   |
| 37.- Determinación de grupo sanguíneo y Rh |   |   |
| 38.- Investigación de T. Cruzi (Strout) |   |   |
|   |   |   |
| **BIOQUIMICA** |   |   |
| 1.-Colesterol total |   |   |
| 2.-Fosfatasas alcalinas |   |   |
| 3.-Glucosa en ayunas |   |   |
| 4.-Transaminasas (oxalacetica,piruvica) c/u |   |   |
| 5.-Urea |   |   |
| 6.-Ácido úrico |   |   |
| 7.-Bilirrubina total, directa e indirecta |   |   |
| 8.-Colesterol HDL, LDL, VLDL |   |   |
| 9.-Creatinina |   |   |
| 10.-Creatinina depuración de  |   |   |
| 11.-Glucosa, curva de tolerancia |   |   |
| 12.-Proteínas totales o albúminas c/u |   |   |
| 13.-Acetona |   |   |
| 14.-Bilirrubina total conjugada/directa-indirecta |   |   |
| 15.-Proteínas fraccionadas albúmina / globulina |   |   |
| 16.-Amilasa |   |   |
| 17.-Electrolitos (sodio, potasio, cloro) c/u |   |   |
| 18.-Estudio de lípidos sanguíneos |   |   |
| 19.-Calcio |   |   |
| 20.-Deshidorgenasa láctica total (DHL) |   |   |
| 21.-Triglicéridos |   |   |
| 22.-Creatinquinasa CK total (CK Total) |   |   |
| 23.-Creatinquinasa CK mb miocárdica CKMB |   |   |
| 24.-Fosfatasas ácidas totales |   |   |
| 25.-Fosfatasas ácidas totales y fracción prostática |   |   |
| 26.-Fosfolipidos |   |   |
| 27.-Glucosa post prandial |   |   |
| 28.-Glucosa sobrecarga |   |   |
| 29.-Lipasa |   |   |
| 30.- Nitrogeno ureico (BUN) |   |   |
| 31.- Gamma GT |   |   |
| 32.- Globulina |   |   |
| 33.-Relacion A/G |   |   |
| 34.- Hierro serico |   |   |
| 35.- Trasferina |   |   |
| 36.- Troponina |   |   |
| 37.- Hemoglobina glicosilada |   |   |
|   |   |   |
| **ELECTROLITOS** |   |   |
| 1.- Sodio |   |   |
| 2.- Potasio |   |   |
| 3.- Cloro |   |   |
| 4.- Magnesio |   |   |
| 5.- Fosforo |   |   |
|   |   |   |
| **INMUNOLOGIA** |   |   |
| 1.- ASTO – ANTIESTREPTOLISINAS |   |   |
| 2.- Latex RA |   |   |
| 3.- Proteina C Reactica PCR |   |   |
| 4.- Reaccion de Widal |   |   |
| 5.- Sífilis VDRL/RPR |   |   |
| 6.- Treponema Pallidum FTA-ABS |   |   |
| 7.- Chagas – HAI |   |   |
| 8.- Chagas – Elisa |   |   |
| 9.- Toxoplasmosis HAI |   |   |
| 10.- Toxoplasmosis IgG, IgM |   |   |
| 11.- Cisticercosis Elisa |   |   |
| 12.- Idatidosis Elisa |   |   |
| 13.- Clamidiasis Elisa |   |   |
| 14.- VIH Eliza |   |   |
| 15.- Hepatitis B HB- AG |   |   |
| 16.- Heptitis B anticore |   |   |
| 17.- Hepatitis A IgG-IgM |   |   |
| 18.- Hepatiis C |   |   |
| 19.- Citomegaloviris (CMV) |   |   |
| 20.- Herpes Virus (HV) |   |   |
| 21.- Mononucleosis  |   |   |
|   |   |   |
| **DEPOSICIONES** |   |   |
| 1.-Leucocitos fecales |   |   |
| 2.-Sangre oculta |   |   |
| 3.-Amebas en fresco |   |   |
|  |   |   |
| **ORINA** |   |   |
| 1.-Embarazo, detección precoz |   |   |
| 2.-Glucosa |   |   |
| 3.-Orina completa |   |   |
| 4.-Orina sedimento |   |   |
| 5.-Proteínas |   |   |
| 6.-Orina físico-químico |   |   |
| 7.-Electrolitos (sodio, potasio, cloro) c/u |   |   |
| 8.-Cuerpo cetónicos |   |   |
| 9.-Urobilinogeno |   |   |
| 10.-Ácido úrico |   |   |
| 11.-Amilasa |   |   |
| 12.-Creatinina |   |   |
| 13.-Aminoácidos |   |   |
| 14.-Calcio |   |   |
| 15.-Calculo urinario |   |   |
| 16.-Urea |   |   |
| 17.-Microalbuminuria |   |   |
| 18.-Proteínas de Bence Jones |   |   |
| 19.- Urocultivo y antibiograma |   |   |
| 20.- Fosfaturia de 24 horas |   |   |
|  |   |   |
| **DIAGNOSTICO DE EMBARAZO** |   |   |
| 1.- hCG (ORINA) |   |   |
| 2.- B-hCG (sangre) |   |   |
|   |   |   |
| **BACTERIOLOGIA** |   |   |
| 1.-Examen directo al fresco, c/s tinción |   |   |
| 2.-Gonococo |   |   |
| 3.-Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma |   |   |
| 4.-Baciloscopia Zielh Neelsen,c/u |   |   |
| 5.- Campo oscuro |   |   |
| 6.-Cultivo y Antibiograma |   |   |
| 7.-Tinción de Gram. |   |   |
| 8.-RPR |   |   |
| 9.-Tíficas, reacciones de aglutinación |   |   |
| 10.-Baciloscopia ZIELH NEELSEN por concentración, c/u |   |   |
| 11.-Coprocultivo |   |   |
| 12.-Difteria |   |   |
| 13.-Hemocultivo aerobio c/u |   |   |
| 14.-Secreciones de mucosa |   |   |
| 15.-Clamidia, tinción para |   |   |
| 16.-Bordetella |   |   |
| 17.-Hemocultivos anaerobio c/u |   |   |
| 18.-Koch, bacilo de |   |   |
| 19.-Legionella |   |   |
| 20.-Listeria |   |   |
| 21.-Mycoplasama |   |   |
|   |   |   |
| **MICOLOGIA** |   |   |
| 1.- Examen directo |   |   |
| 2.- Cultivo |   |   |
|   |   |   |
| **PARASITOLOGIA** |   |   |
|  1.-Coproparasitologico seriado  |   |   |
| 2.-Grahan, examen de |   |   |
| 3.-Gusanos macroscópicas |   |   |
| 4.-Trichomonas (al fresco) |   |   |
| 5.-Raspado de piel, examen microscopio (acarotest) |   |   |
| 6.-Coproparasitologico seriado isospora con técnica dientamoeba en fresco |   |   |
| 7.-Coproparasitologico seriado fasciola hepática  |   |   |
| 8.-Coproparasitologico seriado isospora y sarcocystis |   |   |
| 9.-Diagnostico de parásitos en exudados, secreciones y otros. |   |   |
| 10.-Hemoparasitos por técnica de Strout o similar |   |   |
| 11.- Cryptosporidium sp |   |   |
| 12.-Líquidos orgánicos |   |   |
| 13.-Pneumocistis carini |   |   |
| 14.- Moco fecal |   |   |
| 15.- Sangre oculta |   |   |
| 16.- pH |   |   |
| 17.- Azucares reductores |   |   |
| 18.- Coprocultivo y antibiograma |   |   |
|   |   |   |
| **ENDOCRINOLOGIA (HORMONAS)** |   |   |
| 1.- T3 |   |   |
| 2.- T4 |   |   |
| 3.- TSH |   |   |
| 4.- T4 Libre |   |   |
| 5.- FSH |   |   |
| 6.- LH |   |   |
| 7.- Estradiol |   |   |
| 8.- Prolactina |   |   |
| 9.- Progesterona |   |   |
| 10.- Testosterona |   |   |
| 11.- Cortiosol |   |   |
| 12.- B – HCG (cuantificada) |   |   |
| 13.- Insulina |   |   |
| 14.- HGH (H del crecimiento) |   |   |
| 15.- DHEA – S |   |   |
|   |   |   |
| **EXPECTORACION** |   |   |
| 1.- Tinción de gran |   |   |
| 2.- Cultivo y antibiograma |   |   |
| 3.- Recuento de eosinolfilos |   |   |
| 4.- Cristales de Charcot Leyden |   |   |
| 5.- Bacilos copia seriada |   |   |
|   |   |   |
| **ANALISIS ESPECIALES** |   |   |
| 1.- PSA (antígeno prostático especifico) |   |   |
| 2.- C.E.A. (Antigeno Carcino embrionario) |   |   |
| 3.- AFP (Alfa-feto proteina) |   |   |
| 4.- Helicobacter pylori (HP) |   |   |
| 5.- Alerg – test (Alergias) |   |   |
| 6.- Gasometria |   |   |
| 7.- Pruebas para obtener la formula de Cockcroft Gault |   |   |
| 8.- Pruebas para obtener la formula de Schwartz |   |   |
| 9.- Dimero D |   |   |
| 10.- Ferritina |   |   |
| 11.- Lactato |   |   |
| 12.- Procalcitonina |   |   |
| 13.- Deshidrogenasa lactica |   |   |
| 14.- PCR cuantitativa |   |   |
|  |   |   |
| **GARANTIA** |   |   |
| La empresa ADJUDICADA EN EL MOMENTO DE FIRMAR EL CONTRATO deberá presentar una garantía mediante Boleta Bancaria de Cumplimiento de Contrato del 7% con relación al importe establecido por la Caja.  |   |   |
|   |   |   |
| **TIPO DE ATENCION**  |   |   |
| Previa presentación OBLIGATORIA del carnet de asegurado |   |   |
| Orden de laboratorio preimpresa con el logo de la CSBP (de lunes a viernes) que contenga los sellos: “vigencia de derecho”, “sello institucional”, firma y sello del médico tratante |   |   |
| Orden de laboratorio manuscrita verificar que los campos estén debidamente llenados: nombre completo del paciente, matricula; así como la firma y sello del médico tratante. |   |   |
| Solo para los casos de emergencia es suficiente con el registro de nombre y apellido del paciente, matricula y firma del médico tratante. |   |   |
|   |   |   |
| **ADMINISTRACION INFORMACION** |   |   |
| Las Facturas se deben presentar en forma mensual hasta el día 20 de cada mes incluyendo:  |   |   |
| Listado análisis realizados (según modelo establecido por la CSBP) |   |   |
| Todas las órdenes que fueron procesadas en el mes de cobro. |   |   |

**FORMULARIO N° 4**

**PROPUESTA ECONÓMICA**

**COMPARACION DE PROPUESTAS N° TR-CP-10-2025**

**“CONTRATACION DEL SERVICIO DE LABORATORIO DE**

**ANALISIS CLINICO GENERAL Y ESPECIAL (2 AÑOS)”**

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ITEMS CONTEMPLADOS EN LA PROVISION DEL SERVICIO** | **MONTO MES** | **OBSERVACIONES** |
| La propuesta económica debe establecer un precio a nivel de oferta mensual (monto fijo), sobre la base de 900 pruebas generales y 15 pruebas especiales mes.  |   |   |
| La propuesta económica debe establecer un precio fijo a aplicar a las pruebas generales excedentes.  |   |   |
| Para el caso de pruebas especiales excedentes, la propuesta económica debe especificar el porcentaje de descuento a aplicar, sobre su arancel de precios |   |   |

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

***Nombre del Representante Legal***

***Firma***