



# INSTITUTO NACIONAL DE COOPERATIVISMO



## PLIEGO DE BASES Y CONDICIONES

Licitación Pública Nacional N° 03/16

**“Seguro Médico”**

**2016**



000002

## Prefacio

Este Pliego Estándar para Adquisición de Bienes y/o Prestación de Servicios ha sido preparado por la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas para ser utilizado en los procedimientos ordinarios de Licitación Pública Nacional y Concurso de Ofertas y cuando se exija la utilización de pliegos en los procesos realizados por vía de la excepción, regidos por la Ley N° 2051/03 “de Contrataciones Públicas”.

Está basado en los Documentos estándar preparados por el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial y en los Documentos Máster para la Adquisición de Bienes elaborados por los Bancos Multilaterales de Desarrollo y las Organizaciones Financieras Internacionales. El pliego está compuesto por siete secciones destinadas a ser completadas por la Convocante en el respectivo proceso de elaboración y conformación del documento.

Las Secciones de carácter estándar: “INSTRUCCIONES A LOS OFERENTES (IAO)” y las “CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO (CGC)”, se encuentran publicadas en el Sistema de Información de las Contrataciones Públicas (SICP – [www.contrataciones.gov.py](http://www.contrataciones.gov.py)) y forman parte de este Pliego de Bases y Condiciones con todos sus efectos.

En los datos de la Convocatoria de cada llamado en particular que se encuentra en el Portal de Contrataciones Públicas, el Oferente encontrará un vínculo web destinado a descargar las Instrucciones a los Oferentes (IAO) y las Condiciones Generales del Contrato (CGC), requisito sin el cual no se habilita la descarga del presente documento.

Este documento para Adquisición de Bienes y Servicios ha sido preparado para ser utilizado cuando no se ha llevado a cabo un proceso de precalificación antes de la licitación.

El formato de este Pliego de Bases y Condiciones, así como la remisión a las secciones estándares al Portal de Contrataciones fue preparado por la DNCP con el objetivo de facilitar a los Compradores y Oferentes la revisión del documento de manera más práctica, y permitir la rápida ubicación de sus secciones y cláusulas esenciales.





## INDICE DE CONTENIDO

- Sección I. Datos de la Licitación (DDL)**  
Esta sección contiene disposiciones específicas para cada adquisición y complementa las Instrucciones a los Oferentes (IAO).
- Sección II. Criterios de Evaluación y Calificación**  
Esta sección detalla los criterios que se utilizarán para establecer la oferta evaluada como la más baja y las calificaciones que deberá poseer el Oferente para ejecutar el contrato.
- Sección III. Suministros Requeridos**  
Esta sección incluye la Lista de Bienes o Servicios, Plan de Entregas, las Especificaciones Técnicas, Planos y las Inspecciones y/o Pruebas concernientes a los Bienes a ser adquiridos o Servicios a ser prestados.
- Sección IV. Condiciones Especiales del Contrato (CEC)**  
Esta sección incluye cláusulas específicas que son propias para cada contrato y que complementan las Condiciones Generales del Contrato (CGC)
- Sección V. Modelo de Contrato**  
Esta sección incluye la pro-forma del Contrato que una vez perfeccionada deberá incluir las correcciones o modificaciones que se hubiesen hecho a la oferta seleccionada y que están permitidas bajo las Instrucciones a los Oferentes, las Condiciones Generales del Contrato y las Condiciones Especiales del Contrato.
- Sección VI. Formularios**  
Esta sección contiene los Formularios de la Licitación que el Oferente deberá presentar con la oferta y además las que además son requeridas para la firma del Contrato.
- Sección VII. Anexos**  
Esta sección contiene la **Lista de Documentos de carácter formal y sustancial a ser presentados por el oferente junto con su oferta, así como las requeridas para la firma del contrato, una vez notificada la adjudicación.**



## Sección I. Datos de la Licitación (DDL)

Los numerales a que se hace referencia en la presente Sección, corresponden a las Instrucciones a los Oferentes (IAO), que se encuentran publicadas en el portal de Contrataciones Públicas, y forman parte de los Documentos de la presente Licitación.

Cláusula en las IAO	A. Disposiciones Generales
IAO 1.1 a	La Convocante es: <b>Instituto Nacional de Cooperativismo</b>
IAO 1.1 b	La descripción y número del llamado a Licitación son: <b>LPN N° 03/16 – Seguro Médico - Plurianual</b>
IAO 1.1 c	El identificador (id) del llamado en el Portal de Contrataciones Públicas, es él: 307536
IAO 1.1 d	El Sistema de Adjudicación de la presente contratación es: <b>Por el Total</b>
IAO 1.1 e	<p>Los Documentos de la Licitación difundidos a través del Sistema de Información de las Contrataciones Públicas, se detallan a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Instrucciones a los Oferentes (IAO)</b></li> <li>➤ <b>Condiciones Generales del Contrato (CGC)</b></li> </ul> <p><b>Sección I – Datos de la Licitación (DDL)</b></p> <p><b>Sección II – Criterios de Evaluación y Calificación</b></p> <p><b>Sección III – Suministros Requeridos</b></p> <p><b>Sección IV – Condiciones Especiales del Contrato (CEC)</b></p> <p><b>Sección V – Modelo de Contrato</b></p> <p><b>Sección VI – Formularios</b></p> <p><b>Sección VII – Anexos</b></p> <p><b>Anexo I – Documentos que componen la Oferta</b></p> <p><b>Anexo II – Documentos a presentar para la firma del Contrato</b></p> <p>Las Instrucciones a los Oferentes (IAO) y las Condiciones Generales del Contrato (CGC) corresponden a las publicadas por la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas en el Sistema de Información de las Contrataciones Públicas, las cuales son de uso general para todas las unidades compradoras determinadas en el Art. 1 de la Ley N° 2.051/03.</p>
IAO 2	Los rubros para esta Licitación, se hallan previstos en la partida <b>260-269 “Servicios técnicos y profesionales varios”</b> FF 30 y FF10 del Presupuesto General de la Nación, para el ejercicio 2016 y la partida presupuestaria correspondiente al Ejercicio Fiscal 2017, está sujeta a la aprobación presupuestaria.



<b>B. Contenido de los Documentos de la Licitación</b>	
<b>IAO 7.1</b>	<p>Para <b>aclaraciones de las ofertas</b>, solamente, la dirección de la Convocante es:</p> <p>Atención: U.O.C – <b>INCOOP</b>                      Dirección: <b>25 de mayo N° 1684 – 3° piso, Edificio Incoop</b>                      Ciudad: <b>Asunción, Paraguay</b>                      Teléfono: (59521) <b>226-989 int. 262</b>                      Fax: (59521) <b>226-989 int. 262</b>                      Dirección de correo electrónico: <b>uoc@incoop.gov.py</b>                      La fecha y hora límites para realizar consultas es:                      Fecha: <b>20 de junio de 2016</b>                      Hora: <b>08:00hs AM.</b></p> <p><b>Observaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En caso de realizar aclaraciones en las cuales afirman situaciones que deben ser modificadas; deberán ir acompañadas de documentaciones que demuestren lo solicitado.</li> <li>-No serán respondidas las consultas realizadas fuera del plazo establecido</li> </ul>
<b>IAO 7.2</b>	La Convocante realizará una <b>Junta de Aclaraciones: NO</b>
<b>C. Preparación de las Ofertas</b>	
<b>IAO 10.1</b>	La Convocante aceptará catálogos, anexos técnicos, folletos y otros textos complementarios en idioma diferente al castellano: <b>NO</b>
<b>IAO 13.1</b>	Se <b>considerarán</b> ofertas alternativas: <b>NO</b>
<b>IAO 14.2</b>	Se utilizará la modalidad de <b>Contrato Abierto</b> (cantidad mínima y máxima)
<b>IAO 14.4</b>	La edición de Incoterms: <b>No se aplica.</b>
<b>IAO 17.3</b>	El período de tiempo estimado de funcionamiento de los Bienes (para efectos de repuestos) es: <b>No se aplica</b>
<b>IAO 18.1 (a)</b>	<p>Autorización del Fabricante o documento vigente, que acredite que es Representante o distribuidor autorizado de los productos que oferta. En caso de ser distribuidor, deberá presentar la autorización expedida por el Representante para el Paraguay (Emblema) de la marca ofertada y esta autorización deberá estar acompañada del documento que acredite la representación invocada y lo habilite a nombrar distribuidor. Los documentos deberán estar debidamente membretados, firmados y emitidos cuando menos antes de los un (1) año anterior a la fecha de presentación de Ofertas, autenticado por Escribanía. Si el documento fuera emitido por autoridades extranjeras, el Oferente deberá acompañar los documentos debidamente legalizados por el Consulado Paraguayo del país de emisión del documento y del Ministerio de Relaciones Exteriores de la República del Paraguay. <b>No se aplica</b></p>



10034

IAO 19.1	El plazo de validez de la oferta será de <b>90 (noventa)</b> días. La misma debe regir a partir de la apertura de ofertas. Las ofertas se deberán mantener válidas por el periodo determinado en los DDL a partir de la fecha límite para la presentación de ofertas establecida por la Convocante.
IAO 20.2	El porcentaje de garantía de mantenimiento de oferta deberá ser del 5% (cinco por ciento) del monto sobre la cantidad máxima de la oferta, de conformidad al Art. 39 a) de la Ley N° 2051/03.
IAO 20.2 (e)	El periodo de validez de la garantía de mantenimiento de ofertas será de <b>90 (noventa)</b> días. La misma debe regir a partir de la apertura de ofertas.
<b>D. Presentación y Apertura de Ofertas</b>	
IAO 23.1	<b>Para propósitos de la presentación de las ofertas</b> , la dirección de la <b>Para propósitos de la presentación de las ofertas</b> Atención: <b>Instituto Nacional de Cooperativismo</b> Dirección: <b>25 de mayo N° 1684</b> Número del Piso/Oficina: <b>Oficina UOC – 3° Piso</b> Ciudad: <b>Asunción, Paraguay</b> <b>Fecha y hora límite para presentar las ofertas es:</b> Fecha: <b>el día 28 de junio de 2016</b> Hora: <b>09:00 hs. am</b>
IAO 26.1	<b>La apertura de las ofertas tendrá lugar en:</b> Atención: <b>Instituto Nacional de Cooperativismo</b> Dirección: <b>25 de mayo N° 1684</b> Número del Piso/Oficina: <b>Oficina UOC – 3° Piso</b> Ciudad: <b>Asunción, Paraguay</b> Fecha: <b>el día 28 de junio de 2016</b> Hora: <b>09:15 hs. am</b>
<b>F. Adjudicación del Contrato</b>	
IAO 33	Se solicitará Muestras: <b>No se aplica.</b>
IAO 40.1	La adjudicación se dará a conocer: <b>por notificación escrita a cada uno de los participantes, dentro de los cinco días calendarios luego de la Resolución de Adjudicación.</b>
IAO 42.1	Toda adjudicación obligará a la Convocante y al adjudicatario a formalizar el contrato respectivo dentro de los 20 (veinte) días hábiles siguientes a la notificación de la adjudicación.



## Sección II. Criterios de Evaluación y Requisitos de Calificación

### 1. Criterios de Evaluación (IAO 34)

- Se verificará primeramente la presentación de los documentos de carácter sustancial:
  - Formulario de Oferta debidamente completado y firmado. El oferente deberá cotizar todos los ítems indicados en la planilla de precios.
  - Garantía de Mantenimiento de Oferta debidamente extendida
  - Documentos que acrediten la identidad del oferente y representación suficiente del firmante de la oferta.
  - Declaración Jurada de no hallarse comprendido en las inhabilidades del Art. 40 y la Declaratoria de integridad del Art. 20 (Res. 330/07).
- Una vez verificada la documentación y analizada la pertinencia de cada uno de los documentos sustanciales mencionados, en caso de que alguno de los oferentes omita la presentación de los mismos o la presente en forma irregular las ofertas serán descalificadas.
- Los oferentes deberán presentar los siguientes documentos adicionales con su oferta y que demuestren que los servicios ofertados, cumplen con los requerimientos de la Sección V.
  - Planilla de Especificaciones Técnicas
  - Detallar en carácter de Declaración Jurada el listado de prestadores médicos vigentes (nombres, apellidos, especialidad), sanatoriales, urgencias, imágenes laboratoriales. Los médicos deberán contar con el certificado de sus respectivas sociedades o con cinco años de experiencia mínima en la especialidad propuesta.
  - Detallar en carácter de Declaración Jurada el listado con Certificación de convenios con cadenas de farmacias (Con un mínimo de 15 locales debidamente habilitadas por el M.S.P. y B.S.) con una cobertura de descuentos de 35% (treinta y cinco por ciento) en medicamentos nacionales y 25% (veinte y cinco por ciento) en medicamentos importados; sin límite de uso por beneficiario titular y adherente, para Gran Asunción, periferias e interior del país. El carnet identificador junto con la Cédula de Identidad y la receta médica del beneficiario titular o adherente será válido para la compra en las farmacias, sin la necesidad de presentar ninguna otra documentación respaldatoria.
  - Declaración Jurada en que conste el número total de asegurados a nivel de Entidad o Empresa (Titulares y Adherentes) con los que cuenta actualmente, con los datos correspondientes (número de teléfono, dirección y correo electrónico de la Entidad o Empresa)
  - Declaración Jurada con que cuenta la infraestructura edilicia y de recursos humanos suficiente para cubrir cómodamente los servicios demandados a ser adjudicada.
  - Autorización y habilitación actualizada del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y la Superintendencia de Salud para funcionar en el ramo de Prestación de los Servicios objeto del presente llamado.
  - El Oferente deberá presentar el Balance General de los últimos (3) tres años (2013, 2014 y 2015) de funcionamiento.
  - Referencias certificadas satisfactorias expedidas, mínimo un (1) Banco de plaza, para que el INCOOP pueda solicitar informes del oferente en la oportunidad en que deba efectuar los estudios antes de decidir la adjudicación.
- Posteriormente se verificará que se haya proveído la documentación que avale el cumplimiento de los criterios técnicos, legales y financieros conforme a los requisitos de calificación.



- Se seleccionará provisoriamente la oferta más baja la que será analizada en detalle para verificar el cumplimiento de los requisitos de calificación. En caso de que la oferta más baja no cumpla con ellos se la desechará y se analizará la segunda oferta más baja y así hasta llegar a la oferta más solvente que cumpla con todos los requisitos y condiciones y se la propondrá para la adjudicación.
- La Convocante a través de su Comité de Evaluación se reserva el derecho de solicitar los documentos formales que sean necesarios y de solicitar aclaraciones a los oferentes.
- El análisis de las ofertas se basará únicamente en la evidencia documentada requerida por el presente pliego de condiciones.
- A fin de verificar el cumplimiento se utilizará el criterio "cumple" o "no cumple"
- Análisis de precios ofertados.

Durante la evaluación de las ofertas, luego de haber realizado la corrección de errores aritméticos y ordenar las ofertas de menor a mayor, conforme los precios ofertados, el Comité procederá a solicitar a los oferentes una explicación detallada de la composición del precio ofertado cuando la diferencia entre el precio ofertado y el precio referencial sea superior al treinta por ciento (30%) para ofertas por debajo del precio referencial y del veinte por ciento (20%) para ofertas que se encuentren por encima del referencial preparado por la convocante y difundido con el llamado a contrataciones.

Si el oferente no respondiese la solicitud, o la respuesta no sea suficiente para justificar el precio ofertado del bien, obra o servicio, el precio será declarado inaceptable y la oferta rechazada, debiendo constar la explicación en el Informe de Evaluación respectivo.

El análisis de los precios, con esta metodología, será aplicado a cada precio ítem, rubro o partida que contenga la oferta, independiente del sistema de adjudicación adoptado por el llamado (por el total, lotes, ítems)

## 2. Requisitos para Calificación Posterior (IAO 36)

Después de determinar la oferta evaluada como la más baja, la Convocante efectuará la calificación posterior del Oferente de conformidad con lo establecido en la Cláusula 36 de las IAO, empleando únicamente los requisitos aquí estipulados. Los requisitos que no estén incluidos en el siguiente texto no podrán ser utilizados para evaluar las calificaciones del Oferente.

**Observación:** En caso de Consorcios, todos los integrantes del consorcio deberán cumplir los requisitos financieros.

### (a) Calificación Legal. Prohibiciones de los incs. "a" y "b" del Artículo 40

El Comité de Evaluación conformará que el oferente no se encuentra comprendido en las prohibiciones establecidas en el Art. 40, incisos a y b de la Ley 2051/03 en base al siguiente análisis:

En primer lugar, verificará que el oferente haya proporcionado en forma satisfactoria la Declaración Jurada de hallarse comprendido en las prohibiciones y limitaciones establecidas en el Artículo 40 de la Ley 2051/03 que incluye como formulario N° 6 de la sección VI.

#### Inciso a)

Verificará los registros del personal de la convocante para detectar si el oferente o sus representantes, se hallan comprendidos en el presupuesto del inciso "a" del Art. 40.

#### Inciso b)

Verificará por los medios disponibles, si el oferente y los demás sujetos individualizados en las prohibiciones contenidas en la Ley N° 1626/00 "De la Función Pública", aparecen en la base de datos del SINARH o bien de la Secretaria de la Función Pública.

Si se constata que alguna de las personas mencionadas en el párrafo anterior figura en la base de datos del SINARH, el Comité analizará acabadamente si tal situación le impedirá ejecutar el contrato de que se trate, exponiendo los motivos para aceptar o rechazar la



oferta, según sea el caso.

El Comité podrá recurrir a fuentes públicas o privadas de información, para verificar los datos proporcionados por el oferente.

Si el Comité confirma que el oferente o sus integrantes, poseen impedimentos la oferta será rechazada y se remitirán los antecedentes a la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas (DNCP) para los fines pertinentes.

**(b) Capacidad financiera**

Con el objetivo de calificar la situación financiera actual del oferente, se consideraran los siguientes índices para todos los Ítems:

- a. Ratio de Liquidez: activo corriente / pasivo corriente  
**Deberá ser igual o mayor que 1, en promedio, en los 3 últimos años (2013, 2014, 2015)**
- b. Endeudamiento: pasivo total / activo total  
**No deberá ser mayor a 0,80 en promedio, en los 3 últimos años (2013, 2014, 2015)**
- c. Rentabilidad: Porcentaje de utilidad después de impuestos o pérdida con respecto al Capital  
**El promedio en los últimos 3 años, no deberá ser negativo (2013, 2014, 2015)**

En caso de consorcios, todos los integrantes del mismo deberán cumplir con los niveles mínimos requeridos.

**(c) Experiencia y Capacidad Técnica**

El Oferente deberá proporcionar evidencia documentada que demuestre su cumplimiento con los siguientes requisitos de experiencia:

1. Copia simple como mínimo de 6 (seis) contratos corporativos ejecutados en los últimos 3 años (2013, 2014 y 2015) para la prestación de medicina pre – paga de entidades públicas y/o privadas; los contratos deben tener un alcance de la cobertura médica como a las condiciones de inclusión de beneficiarios según lo establecido en este PBC, con sus respectivas constancias de servicios satisfactorios expedidas por la dependencia responsable de la Institución.
2. Descripción de la infraestructura de cada uno de los prestadores sanatoriales, servicios de urgencias, medicina por imágenes, y servicios laboratoriales; indicando cantidad de salas de internación (camas-comodidades), quirófanos, U.T.I. (para niños y adultos), consultorios, otras dependencias médicas y oficinas administrativas con sus respectivas direcciones y números de teléfonos.
3. Se estudiará la antigüedad en el ramo que acredita su experiencia (fecha de Certificado de Registro y autorización del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Art. 245, Ley 836/80 Código Sanitario) y; la cartera de clientes corporativos. La antigüedad mínima en el rubro que será requerida a los oferentes es de 5 años (últimos cinco años), según fecha del Certificado de Registro y autorización del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social ( Art. 245 Ley 836/80 "Código Sanitario"). La Convocante se reserva el derecho de certificar los datos con el Departamento de Control de Establecimiento del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
4. En caso de Consorcios el socio líder deberá cumplir con el 60% de los requisitos mínimos y el 40% restante los demás integrantes.

(d) **Margen de Preferencia para productos nacionales**

Se aplicarán los mecanismos dispuestos en la Ley N° 4558 según su Decreto Reglamentario N°9649, que establece mecanismos de apoyo a la producción y empleo nacional, a través de los procesos de contrataciones públicas; según el Art. 2° "Dispóngase que en las contrataciones que realice el Estado Paraguayo por vía de procesos de carácter nacional, se establezca un margen de preferencia del 20% (veinte por ciento), a favor de los productos y servicios de origen nacional" y el Art. 3 inc. c) En obras viales, construcciones, servicio de mantenimiento, transporte, seguros, consultorías y otros en general cuando el personal del prestador en más del 70% (setenta por ciento) sea de nacionalidad paraguaya. Para tal efecto el oferente deberá presentar Certificado de Origen Nacional emitido por la Dirección General de Desarrollo Empresarial del Ministerio de Industria y Comercio a no presentación.

(e) **Criterio para desempate de ofertas**

El criterio a ser considerado por el Comité Evaluador para el eventual desempate de ofertas, se determinará teniendo en cuenta al oferente que cuente con la mayor cantidad de contratos ejecutados en los cuales se haya prestado servicios similares en cuanto al alcance de la cobertura médica como a las condiciones de inclusión de beneficiarios según lo establecido en este PBC. En caso de continuar el empate, se verán los mejores índices o ratios financieros, así como también, al que cuente con mejor posicionamiento en relación con la infraestructura y capacidad técnica, operativa requerida para cumplir con los servicios.

(f) **Inspecciones y Pruebas en la etapa de evaluación**

El Instituto Nacional de Cooperativismo se reserva el derecho de visitar las instalaciones declaradas por el oferente, durante el periodo de evaluación de las ofertas, a fin de verificar la veracidad de la información suministrada.

**Nota 1:** Conforme las disposiciones del Decreto 7781/06, para las Contrataciones con Organismos de la Administración Central, el Oferente que resulte adjudicado, deberá contar con una cuenta corriente y/o caja de ahorro habilitada en un Banco de plaza, o en su defecto, hallarse en condiciones de poder habilitar una cuenta corriente y/o caja de ahorro a su nombre, a fin de poder hacer efectivo el Pago Directo a Proveedores y Acreedores vía acreditación en cuenta bancaria.

**Nota 2:** Conforme a lo previsto por la Ley de Presupuesto del año en curso los adjudicatarios de los contratos resultantes de los procesos mencionados, deberán inscribirse en el Sistema de Información de Proveedores del Estado, como requisito previo a la emisión del Código de Contratación respectivo, **no siendo la inscripción una exigencia para participar en el proceso.**

## Sección III. Suministros Requeridos

### 1. Especificaciones Técnicas

**BENEFICIARIOS:** Funcionarios permanentes del Instituto Nacional de Cooperativismo.

La cantidad mínima de titulares es de 140 (ciento cuarenta) personas y la cantidad máxima es de 170 (ciento setenta) personas, con sus grupos familiares.

**Grupo Familiar:** titular casado/a, su cónyuge (ya sea por matrimonio formal o por matrimonio de hecho), sus hijos/as hasta el día en que cumplan 25 años, hijos discapacitados mentales y/o físicos sin límites de edad. El divorcio vincular declarado podrá extinguir la calidad de BENEFICIARIO/A, a decisión del titular. Se estima que la cantidad de titulares casados orilla en un 80% (ochenta por ciento) de la cantidad máxima de funcionarios.

Para los titulares solteros/as y divorciados/as, serán tomados como miembros y/o grupo familiar a su padre y/o madre e hijos/as hasta el día que cumplan 25 años. La cantidad estimada de titulares solteros es de 20% (veinte por ciento) de la cantidad máxima de funcionarios.

En este mismo contexto, se informa que el promedio de edad de los titulares es de 39 años, y el promedio de hijos por cada matrimonio es de 2 a 3 hijos por matrimonio.

En caso de existir algún funcionario/a casado/a también con funcionario/a de la Institución uno de ellos puede solicitar incluir como beneficiario a su/s hijo/s hasta los 25 años, y su cónyuge a sus padres y hermanos hasta los 20 años.

El recién nacido será considerado como parte del grupo familiar de forma automática y con todas las coberturas contempladas para el asegurado.

### **BENEFICIARIOS ADHERENTES:**

**Adherente:** Cada beneficiario titular (funcionario permanente) solicitará la inclusión de beneficiarios adherentes con los mismos beneficios y cobertura que los demás beneficiarios.

- El titular beneficiario podrá incluir como adherente a su padre y/o madre mediante el pago de una prima hasta el 40% del precio adjudicado por cada titular.
- Los hermanos solteros del titular y los hijos mayores solteros de 25 años del titular podrán adherirse pagando una prima de hasta el 33% del precio adjudicado por cada titular.

**Observación:** El plazo máximo para las incorporaciones de los adherentes será hasta 60 (sesenta) días posteriores de la fecha de la incorporación del titular dentro los servicios, a la firma del contrato.

La opción de incluir beneficiarios adherentes será responsabilidad exclusiva de cada titular y los costos serán abonados por cada titular en forma directa a la Prestadora de Servicios, (A definir entre el Titular con la Prestadora de Servicios).

Los beneficiarios adherentes permanecerán en esta condición desde su incorporación hasta el fenecimiento del contrato o en su caso hasta el día en que el titular del seguro sea desvinculado de la Institución por cualquiera de los motivos previstos en la Ley. La prestadora de servicios no podrá unilateralmente excluir a ningún adherente, por reglamentación interna, solo suspender temporalmente el servicio por falta de pago.

En caso de producirse la desvinculación de funcionarios de la Institución por cualquiera de los motivos previstos en la Ley durante la vigencia del Contrato, el Instituto Nacional de Cooperativismo comunicará dicha situación a la prestadora de servicios.

La empresa adjudicada deberá remitir en el plazo de 48 horas el nombre de la persona que será el nexo entre la institución y la empresa y la persona que recepcionara los documentos para la emisión del carnet identificadorio.

El Instituto Nacional de Cooperativismo solo tiene compromiso contractual por los titulares, quedando el cobro de los adherentes y otras gestiones que no sean directamente sobre el titular a cargo de la contratada y el usuario.

**VIGENCIA DE LOS SERVICIOS:**

Se concede la **VIGENCIA INMEDIATA en todos los servicios**. Una vez firmado el contrato se notificará a la Prestadora de Servicios que la misma ya ha sido suscripta y a partir de la notificación ya entra en vigencia la utilización de los servicios.

**CONDICIONES GENERALES DE PRESTACIÓN**

- A) Los precios de los medicamentos y materiales descartables cubiertos y/o facturados, no podrán ser superiores que en las farmacias de plaza o comercio del ramo, según precio de venta al público fijado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- B) Los sanatorios adheridos en convenio con la prestadora del servicio, se abstendrán de imponer al paciente para la prestación de los servicios médicos, cualquier condición que lesione su derecho a la intimidad, tales como filmaciones, tomas fotográficas u otros similares.
- C) Los beneficios y la cobertura de este Contrato son exclusivamente y sin excepción para todos los casos y serán realizados en los Centros Habilitados.
- D) La Utilización de los equipos empleados en las especialidades médicas del presente contrato tendrán cobertura total por lo que no se podrá requerir ningún cobro en concepto de derechos o aranceles.
- E) El carnet identificatorio junto con la Cédula de Identidad, será válido para su utilización en todos los Sanatorios y Farmacias en convenio en el Territorio Nacional, sin la necesidad de presentar ninguna otra documentación respaldatoria.
- F) Los servicios médicos sanatoriales, urgencias, imágenes, laboratoriales, consultas, etc, propuestos por LA PRESTADORA DE SERVICIOS brindarán los servicios bajo las mismas condiciones requeridas en el Contrato. La elección será de libre decisión del beneficiario titular, sin que sea requisito previo recurrir a LA PRESTADORA DE SERVICIOS.
- G) Para los implantes de prótesis la Prestadora de Servicios está obligado a la presentación de constancias de la calidad de los materiales a utilizar, es decir la misma deberá ser de la mejor calidad independientemente del precio, informando al paciente o familiar de esta situación, con los documentos comprobatorios, quienes se reservan el derecho de aceptarlos.
- H) La Prestadora de Servicios proveerá a todos los beneficiarios copia del Contrato suscripto, además del listado de Profesionales Médicos en convenio y otros profesionales a su servicio, con indicación de especialidades, consultorios, domicilio de consultorios y teléfonos actualizados, dentro del plazo de 30 (treinta) días posteriores a la firma del Contrato. Los carnets identificatorios deberá ser entregados a los beneficiarios dentro de los 15 (quince) días posteriores a la firma del contrato.
- I) LA PRESTADORA DE SERVICIOS desde la vigencia del Contrato deberá habilitar una oficina para evacuar las consultas sobre las coberturas médicas, desde las 7:00 hs a 17:00 hs de lunes a sábados, y para realización de Visaciones a los Asegurados podrán ser realizadas en forma personal o vía fax dentro de las 24 hs.
- J) La Prestadora de Servicios no podrá limitar los derechos de los beneficiarios por medio de reglamentaciones interna a sus contratados y/o proveedores, es decir, no limitará la solicitud de exámenes, análisis, consultas, etc., a sus profesionales médicos o proveedores de servicio que ocasionen menoscabo a los beneficios contenidos en la cobertura.
- K) Todo medicamento o insumo que no se haya utilizado íntegramente por el paciente, pero ha sido cobrado o descontado del cupo de cobertura de manera íntegra, será de propiedad del beneficiario y tendrá que ser entregado y retirado por el mismo, salvo restricciones legales para medicamentos controlados.
- L) La Prestadora de Servicios en todo momento y cuando así lo requiera cada beneficiario, entregará de manera inmediata el estado de cuenta de la cobertura con todos los detalles de los gastos.



- M) El plantel médico y sanatorial adherido, autorizado y publicado por la prestadora de servicios deberá estar a disposición del beneficiario en forma permanente, no pudiendo requerir el profesional médico y sanatorial adherido ningún pago extra al beneficiario, aludiendo razones de orden interno con la Prestadora.
- N) La prestadora de servicios deberá poner a disposición de los beneficiarios un plantel médicos para todas las especialidades, debiendo estar todas y cada una ellas cubiertas durante la vigencia del presente contrato. Los médicos deberán contar con el certificado de sus respectivas sociedades y con cinco años de experiencia mínima en la especialidad propuesta.

### **COBERTURA:**

Se entenderá por cobertura total, la inclusión de los honorarios profesionales, paramédicos, ambulancias y traslados. Además, se incluirá la libre elección (dentro de una lista de prestadores habilitados por el contratista), de profesionales, centros de diagnósticos y servicios sanatoriales para capital e interior (urgencias, emergencias, internaciones).

1.1 Se entenderá como cobertura "por evento", a todo suceso relacionado a una enfermedad clínica y/o quirúrgica y sus complicaciones hasta tanto no se hayan resuelto e independientemente de la cantidad de internaciones y/o procedimientos médico – quirúrgico.

1.2 Para los Centros de Diagnósticos y Laboratorio de Análisis Clínico: Este servicio debe cubrir a los pacientes a domicilio o que concurren al laboratorio en forma programada o en casos de urgencias las 24:00 horas del día. Debe tener cobertura integral en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables y las determinaciones químicas y microbiológicas. Debe contar con un mínimo de 5 laboratorios y 5 centros de diagnósticos (los mismos deberán tener una antigüedad mínima de 5 (cinco) años de existencia, a partir de la fecha de Certificado de Registro Único y autorización del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social), y en todo momento debe mantener vigente el Certificado de Registro Único y autorización del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en caso que existan cambios deben ser reemplazados por otros y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE con 48 hs de anticipación, la cual manifestará su no objeción o rechazo.

1.3 Si el paciente se encuentra imposibilitado de acudir al laboratorio las muestras para dichas determinaciones serán retiradas del domicilio y realizadas por los laboratorios contratados por LA PRESTADORA DE SERVICIOS, debiéndose solicitar el mismo vía telefónica; siendo dicho servicio a cargo de la Prestadora de Servicios. Los recargos por traslados de equipos a sanatorios o domicilio serán por cuenta de la Prestadora de Servicios.

### **1.4 CAPACIDAD DE SERVICIO:**

Para las internaciones, el contratista deberá habilitar los centros asistenciales con las coberturas respectivas en los siguientes lugares:

Localidad		Cantidad mínima de Centros Asistenciales Habilitados
Asunción		8
Asunción		1 – uno con terapia para niños
San Lorenzo	Coronel Oviedo	1 – uno
Fernando de la Mora	Caazapá	1 – uno
Luque	Encarnación	1 – uno
Villa Elisa	San Juan Bautista	1 – uno
Ñemby	San Ignacio	1 – uno
Lambaré	Paraguarí	1 – uno
Concepción	Ciudad del Este	1 – uno
San Estanislao	Pilar	1 – uno
Caacupé	Pedro Juan Caballero	1 – uno
Villa Rica		1 – uno

- Debe contar con un mínimo de 5 laboratorios y 5 centros de diagnósticos y rehabilitación en el Gran Asunción (los mismos deberán tener una antigüedad mínima de 5 (cinco) años de existencia, a partir de la fecha de Certificado de REGISTRO Único y autorización del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social)

**CALIDAD DE SERVICIO:**

Respecto a los Sanatorios para Asunción será requerido por lo menos para cinco (5) establecimientos la categoría correspondientes al "Nivel 3", de acuerdo a la clasificación establecida por la Superintendencia de Salud, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Los centros asistenciales del interior, específicamente Ciudad del Este, Coronel Oviedo y Encarnación deberá contar como mínimo con la categoría correspondiente al "Nivel 1" establecida por la Superintendencia de Salud, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; los demás para consultas, emergencias, urgencias, laboratorios e internaciones.



**PROGRAMA DE SUMINISTROS**  
**ASISTENCIA MEDICA-SANATORIAL INTEGRAL**

**A) INTERNACIONES:**

Con cobertura inmediata, en centros asistenciales, habilitados por el seguro, a libre elección del asegurado y del médico tratante. En habitación individual, baño privado, teléfono, T.V., dieta del paciente, ambiente climatizado, cama para el acompañante, atención médica y de enfermería. Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, medicina por imágenes y servicios laboratoriales, (no se tendrá en cuenta listado de cobertura según anexo de estudios laboratoriales y anexo de medicina por imágenes) hasta el alta del paciente. No existe limitación respecto a la cantidad de veces que el asegurado pueda internarse. Se deberá incluir pensión para un acompañante sin costo alguno para el titular (almuerzo o cena).

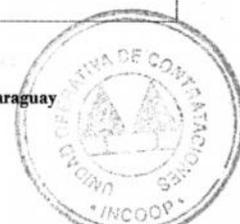
Entiéndase por VIGENCIA INMEDIATA, que no se solicitará a los asegurados antigüedad alguna para la prestación de los servicios.

En el caso de que el paciente necesite Sangre, Plasma y/o derivados, EL SANATORIO deberá proveer los mismos y solicitar posteriormente al Grupo Familiar la reposición correspondiente. Todos los análisis correspondientes a la Sangre, Plasma y/o derivados, así como transfusiones, deberán ser realizados sin costo alguno. Incluye suministro de materiales.

**B) HONORARIOS PROFESIONALES PARA CONSULTAS Y TRATAMIENTOS:**

Cobertura total e inmediata en consultorios para consultas, tratamientos, internaciones y servicios de urgencias en las siguientes especialidades: (eventos clínicos y quirúrgicos), sean accidentales o no, incluyendo los derivados de eventos deportivos a excepción de aquellos de alto riesgo como automovilismo, boxeo y artes marciales.

Clinica médica – Inspección Médica en general solicitada por Instituciones.	Polipeptomía	Toxicología
Cirugía general menor y mayor (incluido derecho operatorio)	Anestesiología	Alergiología + Test alérgicos + hasta 10 vacunas en el año por abonado
Cateterismo cardíaco	Anatomía Patológica (incluyendo biopsia de todo tipo)	Cirugía plástica reparadora (no estética)
Cardiología clínica	Clínica Geriátrica	Flebología consultas, tratamientos y operaciones
Cirugía videolaparoscópica (uso del video sin cargo para el asegurado)	Analgesias en partos	Monitoreo cardiológico intraoperatorio



Pediatría y Neonatología, Inspección Médica en general solicitada por Instituciones y vacunaciones.	Psiquiatría, consultorio	Monitoreo fetal
Las vacunas serán sin cargo para el asegurado, para los casos determinados obligatorios por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.	Psicología clínica y laboral	Mastología
Ginecología y Obstetricia	Oncología + test alérgico (Cirugía Quimioterapia)	Hepatología
Otorrinolaringología	Infectología	Endocrinología, Diabetología, consultas y elaboraciones de dietas
Traumatología y Ortopedia – ejercicios y fisioterapias en general.	Oftalmología –ejercicios ortópticos, (hasta 20 sesiones) dilatación de pupila, curva de presión, fondo de ojo y cataratas con implante de lente intraocular incluido el lente intraocular y todo lo que conlleva la operación e internación	Cirugía de miopía
Fisioterapia Neurológica	Dermatología	Cirugía de lasik y/o eximer laser
Urología	Hematología	Cirugía oftalmológica especializada
Nefrología incluyendo hemodiálisis en los casos agudos (hasta tres por año por beneficiario y su grupo familiar)	Reumatología	Fondo de ojo
Clínica neurológica y Cirugía del Sistema Nervioso Periférico incluyendo las de columna	Radiología	Dietología - Nutrición (consultas y tratamiento elaboración de dietas ya sea con fines estéticos o médicos)
Neumología – fisioterapia pulmonar	Transfusionista	Fonoaudiología (Evaluaciones y rehabilitación)
Gastroenterología y Proctología	Endocrinología – Dietología- Nutrición (Consultas y	Tratamiento de obesidad



	tratamiento elaboración de dietas ya sea con fines estéticos o médicos)	
Tratamiento de enfermedad bariométrica		

**EL LISTADO ES MERAMENTE INDICATIVO Y NO LIMITATIVO, SE DEBERÁ INCLUIR TODOS LOS TIPOS DE CONSULTAS Y TRATAMIENTOS EN ESPECIALIDADES QUE NO FIGUREN EN EL PUNTO ANTERIOR, CUBRE UN ARANCEL DEL 100% A CARGO DEL SEGURO.**

La **PRESTADORA DE SERVICIOS** deberá gestionar la contratación de los profesionales solicitados por LA CONTRATANTE.

**LA PRESTADORA DE SERVICIOS** se compromete a aceptar y contratar la nominación o el listado de profesionales que proveerá **LA CONTRATANTE** en su oportunidad hasta el cumplimiento del Contrato.

Los profesionales médicos de la lista de La Prestadora de Servicios estarán a disposición del Beneficiario en forma permanente, sin que puedan alegarse razones reglamentarias de ordenamiento interno, que impidan la atención por parte de cualquiera de los profesionales del listado de la Prestadora de Servicios, salvo causas de disponibilidad fundadas en las Leyes Laborales de la República.

Cualquier modificación del listado de profesionales deberá ser comunicada con antelación a la Contratante, para su no objeción, una vez obtenida la misma, procederá a la actualización de los materiales informativos del servicio entregados a los beneficiarios.

**Servicios de Reintegros.**

El beneficiario y su grupo familiar, podrán eventualmente consultar con un médico que no se encuentre en el listado de profesionales del seguro, no más de 3 (tres) veces por mes por cada uno, y la cobertura se realizará por el sistema de reembolsos hasta Gs. 180.000 (Guaraníes ciento ochenta mil) por consulta.

La solicitud de reembolso por parte del asegurado, podrá efectuarlo hasta 30 (treinta) días posteriores de la consulta; y el pago o reembolso se realizará dentro de los 10 (diez) días posteriores a la solicitud de reembolso.

**C) TERAPIA INTENSIVA O INTERMEDIA, INCUBADORA Y LUMINOTERAPIA:**  
 (adultos y niños)

El tiempo de internación con cobertura del 100% será por 20 (veinte) días por cada evento, sin límites de eventos por año. Honorarios profesionales, equipos, cuidado de enfermería, y todos los medios auxiliares de diagnóstico, medicina por imágenes y servicios laboratoriales (no se tendrá en cuenta listado de cobertura según anexo de estudios laboratoriales y anexo de medicina por imágenes).

Internación en la U.T.I. después de los 20 días (sala y honorarios cobertura del 80%- Estudios 100%).



Cobertura de medicamentos y descartables nacionales e importados (ya sean inyectables, suspensión, comprimidos, o en cualquier presentación), descartables, oxígeno insumos personales imprescindibles y materiales para transfusión, hasta Gs. 30.000.000.- (Guaraníes treinta Millones), por evento y en todo concepto. El excedente del importe del medicamento y descartables nacionales e importados no utilizados dentro de los 15 días, podrá ser utilizado hasta el límite establecido en el presente contrato no considerando el límite de días.

Uso de incubadora y luminoterapia: hasta el alta del paciente.

En ningún caso, el Centro de Internación en Terapia Intensiva, podrá requerir garante o aval alguno, ya sea personal o en efectivo al BENEFICIARIO por la prestación de este servicio.

Se entenderá que esta cobertura corresponde a cada uno del grupo familiar; es decir, el titular, grupo familiar y cada uno de sus Adherentes.

Desde el primer día de internación EL SANATORIO deberá proveer al Grupo Familiar, cada 24 horas, un extracto detallado de los descartables, medicamentos, consultas y cualquier otro gasto que fuese imputado a la línea de crédito del paciente.

En el caso de que el paciente necesite Sangre, Plasma y/o derivados, EL SANATORIO deberá proveer los mismos y solicitar posteriormente al Grupo Familiar la reposición correspondiente. Todos los análisis correspondientes a la Sangre, Plasma y/o derivados, así como transfusiones, deberán ser realizados sin costo alguno. Incluye suministro de materiales.

#### **D) TERAPIA INTERMEDIA E INTERNACIONES (Adultos y Niños)**

Cobertura total e integral hasta el alta del paciente. Se entenderá que la cobertura es por persona y se regirá en las mismas condiciones que el ítem anterior, con la excepción de la duración de la internación que es hasta el alta del paciente, con cobertura 100%.

Desde el primer día de internación EL SANATORIO deberá proveer al Grupo Familiar, cada 24 horas, un extracto detallado de los descartables, medicamentos, consultas y cualquier otro gasto que fuese imputado a la línea de crédito del paciente.

En el caso de que el paciente necesite Sangre, Plasma y/o derivados, EL SANATORIO deberá proveer los mismos y solicitar posteriormente al Grupo Familiar la reposición correspondiente. Todos los análisis correspondientes a la Sangre, Plasma y/o derivados, así como transfusiones, deberán ser realizados sin costo alguno. Incluye suministro de materiales.

#### **E) INCUBADORA Y LUMINOTERAPIA**

Hasta el alta del paciente, se entenderá que la cobertura es por persona, y se regirá en la mismas condiciones que el ítem anterior.

**F) SERVICIOS DE URGENCIAS:**

Debe estar integrado por guardias de urgencias en los servicios asistenciales, compuesto de médicos clínicos, cirujanos, obstetras y pediatras, las 24 hs. y todos los días, aún domingos y feriados, además de los mismos, se deberá contar profesionales médicos de las subespecialidades como ser: traumatología, cardiología o la convocatoria de ellos o cualquier otro profesional en la mayor brevedad posible.

Si un beneficiario se encuentra en una situación que signifique compromiso inmediato y severo de sus signos vitales, podrá buscar auxilio en cualquier otro centro médico más cercano. Estos casos comprenden los derivados de accidentes de tránsito, primeros auxilios, partos y otros imprevistos que pongan en riesgo la vida del beneficiario.

Ocurrido el episodio se comunicará dentro de las primeras 24 (veinticuatro) horas, para que LA PRESTADORA DE SERVICIOS se haga cargo del paciente, asumiendo todos los gastos (100%) e indicando su traslado o continuidad en dicho centro.

Disponer ambulancias para todo tipo de traslado. Unidad coronaria móvil. Estos servicios deben incluir honorarios médicos y derechos de urgencia. Incluye el traslado de ambulancia desde el interior del país para los casos considerados de emergencia y/o urgencia, el cual deberá estar a cargo de LA PRESTADORA DE SERVICIOS, para el titular y los beneficiarios del Contrato. La comunicación deberá ser realizada por el médico a cargo del paciente directamente a la Administración de la Prestadora de Servicios.

El hospital proveerá atención médico-quirúrgica derivada de cualquier clase de accidente, hasta la total recuperación del accidentado. En casos de accidentes colectivos o quemaduras graves, la atención e internación será hasta el alta del paciente.

La cobertura de medicamentos y descartables nacionales e importados para los servicios de urgencia será del 100% (cien por ciento), en los servicios dispuestos y que pueda necesitar el asegurado.

**G) OTROS SERVICIOS CUBIERTOS INTEGRALMENTE****En Internaciones y Servicios de Guardia:**

Deben estar cubiertos con los derechos operatorios en todo tipo de internaciones e intervenciones quirúrgicas, la utilización de electrocardiógrafo, rayos x del sanatorio, colchones de aire-agua, monitor, monitor fetal, cuna térmica, video.

Inyecciones, vacunaciones, nebulizaciones, servicio de enfermería, toma de presión arterial, aplicación de ultrasonidos, masajes, infrarrojo, medicamentos y materiales descartables y otros necesarios que pueda necesitar el asegurado en este servicio, tanto para casos de



accidente, como para cualquier requerimiento de atención en este Servicio, tendrá una cobertura total sin costo e inmediata para el BENEFICIARIO. Para estos casos no existirá limitaciones y la cobertura deberá ser bajo prescripción médica.

Examen médico preventivo anual, que incluya examen clínico, análisis de rutina, rayos x de tórax, ECG, y para mujeres estudio de PAP, tendrá una cobertura total sin costo para el BENEFICIARIO. También deberá incluir para los casos de los niños en edad escolar, así como la emisión de certificados solicitados por sus colegios, y para los casos con chicos con problemas de salud que les impida la realización de ejercicios físicos y que deban demostrarse fehacientemente con dicho certificado expedido por el profesional médico.

- Cobertura por medicamentos nacionales e importados por un valor de Gs. 10.000.000 (Guaraníes diez millones) por evento y en todo concepto, sea por internaciones clínicas, quirúrgicas, partos y cesáreas y servicio de urgencias, para el beneficiario titular, su grupo familiar y adherentes. Cobertura de Materiales descartables utilizados por valor Gs. 4.000.000 (Guaraníes cuatro millones) por evento y en todo concepto, para el beneficiario titular, su grupo familiar y adherentes.

Materiales de osteosíntesis en general, por valor de Gs. 5.000.000 (Guaraníes cinco millones), por evento.

Para eventos clínicos o quirúrgicos deberán estar cubiertos procedimientos endoscópicos, con endoscopios rígidos (videolaparoscopios, uroscopios, etc.), y flexibles (fibroscopios), con fines de diagnóstico, cirugía o de tratamiento, incluyendo honorarios médicos y de anestesiista, contraste y extracción de cuerpos extraños.

Además las especialidades de gastroenterología, urología, neumología, ginecología, otorrinolaringología, traumatología, laparoscopia y artroscopía, (incluyendo uso de equipos, video, etc.).

#### H) VISITAS DOMICILIARIAS:

Visitas con carácter no urgente (hasta 02 por abonado por mes) a cargo de un plantel compuesto por tres médicos para adultos y tres para niños, dentro de las tres horas de recibido el llamado (indefectiblemente), Estas visitas deberán realizarse en toda la zona de la capital y hasta un radio circundante de 50 kilómetros. Debe también contemplarse la asistencia domiciliaria para análisis clínicos, radiográficos con equipo portátil y electrocardiogramas, **cobertura total**.

En los casos de toma de muestras laboratoriales a domicilio, serán sin cargo para el beneficiario, siempre que se trate de pacientes comprobados con incapacidad de concurrir a los servicios.



**I) CENTROS ASISTENCIALES EN EL INTERIOR:**

Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y radiológicos, en las ciudades circunvecinas de la capital y principales ciudades departamentales.

Para estos centros asistenciales, la cobertura de los servicios, deberá ser idéntica a la aplicable en la capital, conforme a las especificaciones técnicas.

**J) COBERTURA DE EMERGENCIA:**

Se contemplará en los casos de emergencia la utilización de sala de operación e internación en las cirugías maxilofaciales, incluido anestesia. Se permitirá el acceso del profesional, cuyo costo será asumido por el usuario directo.

**K) OTRAS ESPECIALIDADES.**

Las consultas y tratamientos en especialidades que no figuren en el punto B, con un arancel del 100% a cargo del seguro.

**L) MEDICOS CONSULTORES = INTERCONSULTORES**

Con especialistas a pedido del paciente, o del médico tratante en las internaciones con un 100% de cobertura y sin límites con el plantel de médicos habilitados, por evento. Y hasta tres consultas por evento con profesional que no pertenezca al plantel habilitado, pudiendo ser nacional o extranjero radicado en el país y los honorarios a cargo de EL SANATORIO.

**M) SEGURO DEL VIAJERO**

Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y radiológicos para casos de urgencias, durante viajes al exterior y mientras dure dicho viaje, al titular y sus acompañantes beneficiarios, sin límites de días de cobertura.

Traslado asistido hasta un centro médico en el territorio nacional para casos de alta complejidad.

**N) COBERTURA FARMACEUTICA AMBULATORIA**

Cobertura mínima de descuento del 35% (treinta y cinco por ciento) en medicamentos nacionales y 25% (veinte y cinco por ciento) en medicamentos importados (preventivo y curativo), sin límite de uso por beneficiario titular y adherente. El carnet identificador junto con la Cédula de Identidad y Receta Médica del beneficiario titular o adherente será válido para la compra en las farmacias, sin la necesidad de presentar ninguna otra documentación respaldatoria. La PRESTADORA de SERVICIOS deberá presentar un listado con la certificación del convenio con las farmacias (Con un mínimo de 15 locales debidamente habilitadas por el M.S.P. y B.S.) con la cual la Prestadora de Servicios tiene relación dentro del Gran Asunción, periferias y/o interior del país.



**O) REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR**

Abarca el tratamiento completo, honorarios médicos, aparatos, terapias y todo lo necesario para lograr la rehabilitación Cardiovascular.

**P) ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CONGÉNITAS**

Cobertura total en consulta, tratamiento e internaciones, de enfermedades crónicas y neoplásicas preexistentes (dentro de los límites del contrato) que hayan sido declarados y/o diagnosticadas en la ficha y chequeo médico de admisión.

Cobertura total en consultas, tratamientos e internaciones, de todas las patologías crónicas (dentro de los límites del contrato) diagnosticadas durante la vigencia del contrato.

Enfermedades (crónicas y congénitas) y malformaciones congénitas: CIRUGÍA en el primer acto quirúrgico el 100% de cobertura, 50% de cobertura en el segundo acto quirúrgico y en el tercer acto quirúrgico 25% de cobertura. Cobertura total en consultas y cirugías, no relacionadas con la malformación (dentro de los límites del contrato).

**MEDICINA DE ALTA COMPLEJIDAD**

El criterio a ser empleado en este ítem es el de lograr una cobertura del (50%) cincuenta por ciento (para la determinación de porcentajes se tendrá en cuenta los valores de mercado) en concepto de honorarios médicos y prótesis de cualquier tipo, los derechos operatorios deberán estar cubiertos.

En las internaciones quirúrgicas citadas a continuación, la cobertura de medicamentos y materiales descartables nacionales e importados, ya sean (inyectables, suspensión, comprimidos o en cualquier presentación) descartables, oxígeno y materiales de osteosíntesis, protésicos y para transfusión; será hasta la suma de Gs. 35.000.000 (Guaraníes treinta y cinco millones), en todo concepto y por evento. Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, incluidos servicios laboratoriales, (no se tendrá en cuenta listado de cobertura según anexo de estudios laboratoriales y anexo de medicina por imágenes).

Internación en la U.T.I. después de los 20 días (sala y honorarios cobertura del 80%- Estudios 100%).

Quemaduras que superen el 30% de la superficie corporal.  
Cirugía cardiovascular  
Cirugía Neurológica S.N.C. (Cerebro)  
Angioplastia transluminal coronaria  
Colocación de marcapasos; no incluirá el costo del aparato  
Litotripsia extracorpórea  
Quimioterapia, hasta 3 (tres) sesiones  
Radioterapia y Cobaltoterapia, deberá incluir los medicamentos y descartables hasta el límite establecido.  
Laserterapia, desprendimiento de retina, campimetría computarizada, facoemulsificación  
Equipo de contrapulsación intraaórtica  
Tomografías computarizadas, cuando superen el número establecido  
Incubadora de transporte  
Medicina nuclear (exámenes de tiroides y riñón) ventriculograma isotópico (con cobertura del 100%)  
Cirugía oftalmológica especializada (Con cobertura 100%)  
Litotripsia ultrasónica  
Cirugía de Miopía (Con cobertura 100%)  
Cirugía de Lasik y/o excimer laser (Con cobertura 100%)

### MEDICINA POR IMAGENES

Este ítem comprende todos los métodos auxiliares de diagnóstico que se efectúan mediante el registro impreso o fotográfico de imágenes efectuado en consultorios o centros especializados, con cobertura de gastos en forma integral en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables, sustancias de contraste, a cargo de la empresa prestadora de servicios. Se adjunta la lista de los exámenes contemplados en esta cobertura.

Todos los estudios de medicina por imágenes deberán tener una cobertura total, y en todos los casos es por persona y sin límites, siempre que provengan de una orden escrita del médico tratante.

(EL LISTADO ES MERAMENTE INDICATIVO Y NO LIMITATIVO, DEBERÁ INCLUIR TODOS LOS TIPOS DE ECOCARDIOGRAMAS Y ECOCARDIOGRAFÍAS, TOMOGRAFÍAS CON SUS DIFERENTES VARIANTES, SIN EXCLUSIÓN ALGUNA)



### LABORATORIOS DE ANALISIS CLINICOS

Este servicio debe cubrir a los pacientes a domicilio o que concurren al laboratorio en forma programada o en casos de urgencias las 24:00 horas del día. Debe tener cobertura integral en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables y las determinaciones químicas y microbiológicas. Todos los estudios laboratoriales de esta lista serán sin límites y por persona. Se adjunta la lista de los exámenes contemplados en esta cobertura.

### ASISTENCIA DOMICILIARIA DE EMERGENCIAS

A cargo de una unidad móvil (ambulancia equipada para urgencias de todo tipo de emergencia, personal médico y paramédico, medicamentos y materiales descartables), sin costo para el paciente. Este servicio debe efectuarse durante las 24:00 horas del día durante todo el año.

### SERVICIOS SIN COBERTURAS

Son los que habitualmente no son cubiertos en los contratos de medicina pre-paga. Se detallan a continuación:

- Todos los gastos ocasionados por los siguientes eventos y sus consecuencias ya sean físicas o mentales: intento de autoeliminación, autointoxicación, automedicación, autoagresión.
- Todos los gastos ocasionados por los siguientes eventos y sus consecuencias: participación del abonado en eventos que trasgreden leyes o normas, en riñas, etc.
- Enfermos mentales ya sean depresivos o excitados (hasta cierto tiempo a convenir)
- Alcohólicos agudos y crónicos y sus consecuencias, (previo dictamen médico que acredite dicha situación) .
- Cirugías con fines estéticos.
- Sangre, plasma y derivados.
- Diálisis peritoneal, hemodiálisis en los casos crónicos, formolizaciones.
- Acupunturas, homeopatía y quiropraxia.
- Lipoaspiración
- Inseminación Artificial
- Secuelas de quimioterapia y radioterapia.
- Diagnóstico neurofisiológico de la impotencia sexual masculina.
- Lesiones causadas por investigaciones en etapas experimentales, no reconocidas por instituciones oficiales o científicas.
- Trasplantes de órganos.
- Atención de medicina no alopática.

Las demás entidades clínicas y tratamientos están cubiertos, como: cerclaje, crisis hipertensivas, crisis asmática, anginas de pecho, infarto del miocardio, accidente cerebro vascular, descompensaciones diabéticas y enfermedades congénitas, criocirugía.

25 de Mayo 1684 casi Rca. Francesa • Avda Fernando de la Mora N° 988 • Tel. 226 989 RA • [www.incoop.gov.py](http://www.incoop.gov.py) • Asunción • Paraguay



2014

Los casos preexistentes y crónicos no serán considerados como servicios sin cobertura. La determinación del acaecimiento de un hecho de intento de autoeliminación, autointoxicación, automedicación, autoagresión, deberá ser demostrada por la autoridad competente para la suspensión de la cobertura de los servicios asistenciales ya prestados.

### ANEXO DE MEDICINAS POR IMÁGENES

Todos los estudios de medicina por imágenes deberán tener una **cobertura total**, y en todos los casos es por persona y sin límites, siempre que provengan de una orden escrita del médico tratante.

Abdomen simple	Galactografía bilateral sin placa simple
Acufenometría	Galactografía c/lado c/previa mamografía
Angiografía carótida h/8 placas 2 lados	Galactografía sin placa simple 1 lado
Angiografía carótida h/8 placas c-lado	Gasto cardíaco
Angiografía de miembro 1 lado h/6 placas	Histerosalpinografía cuando viene espec.
Angiografía de miembro 2 lados h/6 placas	Histerosalpinografía radiol. c/espec.
Angiografía de cualquier miembro o parte del cuerpo	Hombro en todas las posiciones
Angiografía digital 3D	Holter
Angioresonancia – Angiofluorescengrafía	Impedanciometría
Angiofluorescencinografía (Ojos)	Intestino delgado o tránsito intestinal
Antebrazo en todas las posiciones	Laringografía contrastada
Aortografía lumbar o abdominal h/5 placas	Linfografía cada lado
Apéndice	Linfografía dos lados
Árbol urinario simple	Litotripsia por nefrostomía
Arteriografía cerebral h/8 pl. 2 lados	Litotripsia uretral
Arteriografía cerebral h/8 pl. c-lado	Logaudiometría
Arteriografía selectiva (abdominal o tórax)	Mama (pieza operatoria) p/placa
Arteriografía selectiva dos arterias	Mama (reperage para biopsia) p/placa
Arteriografía selectiva renal 1 lado	Mamografía en todos los lados
Arteriografía selectiva renal 2 lados	Mano en todas las posiciones
Audiometría	Mapeamiento de retina
Autorrefracción con ciclopejía	Mastoide en todas las posiciones
Biligrafina o colongiografía endovenosa	Maxilar inferior en todas las posiciones
Biopsias de todo tipo	Maxilar inferior c/ortopantomografía
Brazo en todas las posiciones	Mielografía s/ contraste ni especialista
Broncografía 2 lados	Monitoreo fetal
Broncografía c/lados	Muñeca en todas las posiciones



Cadera o pelvis en todas las posiciones	Muslo o fémur en todas las posiciones
Campimetria computarizada (80%)	Oclusión vascular retiniana
Capsulotomía	Oclusión de vena central de retina
Capsulotomía Posterior	Orbitas c/posición
Cavum	Ortopantomografía
Cavum contrastado	Otomicroscopía – Otomisiones acústicas
Cistografía	Otoemisiones acústicas
Clavícula en todas las posiciones	Panfotocoagulación
Codo en todas las posiciones	Papilografía o video papilografía digital
Colangiografía endovenosa (biligrafina)	Paquimetría (cada ojo)
Colangiografía operatoria	Paquimetría de córnea AO
Colangiografía pos-operatoria	Penescopía
Colangiografía retrograda con papilotomía	Perimetría Doble frecuencia
Colangiografía retrograda simple	Perfil biofísico
Colangiografía trans-parientohepático	Pie en todas las posiciones
Colecistografía oral	Pielografía ascendente
Colon contrastado	Pielografía endovenosa o riñón contraste
Colon doble contraste	Pierna en todas las posiciones
Colon por ingestión	Potenciales evocados auditivos
Columna cervical en todas las posiciones	Potenciales evocados auditivos cerebrales
Columna dorsal o lumbar en todas las posiciones	Potenciales evocados somatosensitivos
Columna panorámica (espinografía) en todas las posiciones	Potenciales evocados visuales
Control radiológico en maniobras traumatológicas	Placa suplementaria
Costilla en todas las posiciones	Plantigrafía digital estática y dinámica
Cráneo en todas las posiciones	Pruebas vestibulares
Cráneo para ortodoncia	Receptores p/ estrogénos y progesterona
Curva de presión ocular	Reposición de Otoconias
Dilatación (ciclopejía)	Resonancia Magnética (hasta 3 por año).
Dedo 2 posiciones	Rodilla en todas las posiciones
Degeneración periférica	Saco lagrimal
Dental en todas las placas	Saco lagrimal (radio. como especialista)
Dental oclusal	Sacro-coxis en todas las posiciones
Dental seriado	Scopia como complemento de examen c/T.V.
Densitometría	Scopia arco c por 1 hora
Ecobiometria ambos ojos	Scopia arco c por más de 1 hora
Ejercicios ortópticos	Senos faciales en todas las posiciones
Electroencefalograma	Sialografía en todos los lados



Electrocardiograma	Somnografía o Estudio del Sueño
Electromiograma de 1 miembro	Spect perfusión Miocárdica
Electromiograma hasta 2 miembro	Test alérgicos
Electromiograma hasta 4 miembro	Timpanometría
Electronistagmografía	Tobillo en todas las posiciones
Electronistagmografía /Prueba Vestibular	Tomografías en general.
Ergometría	Topografía corneal
Embarazo	Topografía de córnea (Bilateral)
Esófago	Topografía Optica Coherente
Esternón en todas las posiciones	Tórax en todas las posiciones
Examen de retina	Tránsito intestinal o intestino delgado
Examen ortóptico	Transparieto-hepática
Fistulografía h/2 placas	Uretrocistografía
Flebografía cada lado	Urotac
Fondo de ojo	Urograma de excreción
Galactografía bilateral previa mamografía	Vesícula simple
Mapeo Cerebral	

EL LISTADO ES MERAMENTE INDICATIVO Y NO LIMITATIVO, SE DEBERÁ INCLUIR TODOS LOS TIPOS DE ESTUDIOS DE MEDICINA POR IMÁGENES, ECOCARDIOGRAMAS, ECOCARGDIOGRAFÍAS, TODOS CON SUS DIFERENTES VARIANTES SIN EXCLUSION ALGUNA.

**Ecocardiograma**

Eco doppler en general	Eco
Ecocar. c/ doppler bidimensional	Eco
Ecocardiograma sin doppler	Eco

EL LISTADO ES MERAMENTE INDICATIVO Y NO LIMITATIVO, SE DEBERÁ INCLUIR TODOS LOS TIPOS DE ESTUDIOS DE MEDICINA POR IMÁGENES, ECOCARDIOGRAMAS, ECOCARGDIOGRAFÍAS, TODOS CON SUS DIFERENTES VARIANTES SIN EXCLUSION ALGUNA.

**Ecografía**

Ecografía abdominal	Ecografía pan cefálica
Ecografía de mamas	Ecografía prostática
Ecografía de tiroides	Ecografía prostática intracavitaria
Ecografía del bazo	Ecografía renal
Ecografía ginecológica y obstetricia	Ecografía testicular
Ecografía morfológica - Ecografía morfológica del 3er, 6º y 9º mes (valores	Ecografía trasvaginal



cromosómicos)	
Ecografía hígado-vías biliares-vesícula	Ecografía 3D- tridimensional
Ecografía intracavitaria c/residuo	Ecografía 4D - Cuadrimensional
Ecografía intra-operatoria	Ecografía de tejidos blandos
Ecografía oftálmica/ocular	Punciones con control ecográfico

EL LISTADO ES MERAMENTE INDICATIVO Y NO LIMITATIVO, SE DEBERÁ INCLUIR TODOS LOS TIPOS DE ESTUDIOS DE MEDICINA POR IMÁGENES, ECOGRAFIAS, ECOCARDIOGRAMAS, ECOCARGDIOGRAFÍAS, TODOS CON SUS DIFERENTES VARIANTES SIN EXCLUSION ALGUNA.

**Tomografía computada (Hasta 3 por año y por beneficiarios y adherentes)**

Tomografía computada cráneo	Tomografía computada pelvis
Tomografía computada miembros	Tomografía computada columna cervical
Tomografía computada tórax	Tomografía computada columna dorsal
Tomografía computada abdomen inferior	Tomografía computada columna lumbar
Tomografía computada abdomen superior	Tomografía computada de árbol urinario (URO TAC)

EL LISTADO ES MERAMENTE INDICATIVO Y NO LIMITATIVO, SE DEBERÁ INCLUIR TODOS LOS TIPOS DE ESTUDIOS DE MEDICINA POR IMÁGENES, TOMOGRAFÍAS, ECOCARDIOGRAMAS, ECOCARGDIOGRAFÍAS, TODOS CON SUS DIFERENTES VARIANTES SIN EXCLUSION ALGUNA.

**Tomografía multi slide (1 por año por beneficiario y adherente)**

**Medicina Nuclear (con descuento del 70%)**

Cámara-gamma (perfusión miocárdica con talio, tecnecio, S.P.E.C.T.)	Centellografía hepática
Centellografía glándula salivar	Centellografía ósea
Centellografía sangrado intestinal	Centellografía pulmonar
Centellografía cerebral	Centellografía renal
Centellografía de tiroides o mapeo	Centellografía testicular

EL LISTADO ES MERAMENTE INDICATIVO Y NO LIMITATIVO, SE DEBERÁ INCLUIR TODOS LOS TIPOS DE ESTUDIOS CON SUS DIFERENTES VARIANTES SIN EXCLUSION ALGUNA.

**Terapia cobalto (con 70% de descuento)**

Angiomas radiot. sup. d.t. 10 irrad.	Carcinoma oral lesión gang. irrad. p/campo
--------------------------------------	--



p/campo	
Ca. cuello-cuerpo uter. lesión sola	
p/campo	Carcinoma oral mas campo anexo
Ca. cuello-cuerpo uter. mas anexo	Carcinoma pulmonar cobalto
Carc. de lengua lesión gang. anexo	Carcinoma s/maxilar lesión sola cobalto
Carc. mamario b cobalto s/op. c/cad.gang.	Carcinoma s/maxilar mas campo anexo
Carc. mamario cobalto solo tumor s/cicat.	Cicatriz queloide s/aplicación
Carc. pene lesión sola co. irradi. p/campo	Huesos (tumores) co. irradi. por campo
Carc. pene mas campo anexo r. gang	Linfomas co. irradi. nodal infodiaf.
Carc. vejiga cobalto irradi. p/campo	Linfomas co. irradi. nodal supradiaf.
Carcinoma cutáneo epitel. d.t. 25 p/campo	Linfomas co. irradi. nodal total
Carcinoma esofágico mas campo anexo	Linfomas co. una región ganglionar
Carcinoma esofágico lesión sola cobalto	Rodioterapia antiinflam. prom. c/aplic.
	Seminoma co. rad. prof. d.t. 50 irradi. nod. tot.
Carcinoma laríngeo lesión sola cobalto	
	Tumores cerebrales en general co. irradi. camp.
Carcinoma laríngeo mas campo anexo	

EL LISTADO ES MERAMENTE INDICATIVO Y NO LIMITATIVO, SE DEBERÁ INCLUIR TODOS LOS TIPOS DE ESTUDIOS CON SUS DIFERENTES VARIANTES SIN EXCLUSION ALGUNA.

#### ANEXO DE ESTUDIOS LABORATORIALES:

Todos los estudios laboratoriales deberán tener una **cobertura total**, y en todos los casos es por persona y sin límites, siempre que provengan de una orden escrita del médico tratante.

Acido cítrico	Hemocultivo en aerobiosis
Acido fenil Pirúvico	Hemocultivo en anaerobiosis
Acido Fólico	Hemoglobina
Acido Láctico	Hemoglobina. Electroforesis
Acido úrico	Hemoglobina fetal
Acido vanil Mandélico (AVN)	Hemoglobina. glucosilada (Hb A 1c)
Acido valproico	Hemograma
	Hemograma (Plaquetas + VSG) p/
ACTH	Hematólogo
Adenovirus Anticuerpo IGG	Hemoparásitos
Adenovirus Anticuerpo IGM	Hemophilus influenzae tipo b.látex
Adenovirus Antigeno	Hepatitis (ac y Ag) ver HAV y HB
Addis. recuento de	Hepatitis B IGG
Aglutinación de partículas de látex para:	Hepatitis B IGM
A. Escherichia coli Ki	Hepatitis C (HCV) Anticuerpo IGG
A. Hemo-philus influenzae tipo b	Hepatitis C (HCV) Anticuerpo IGM



A. Legionella pneumofila	Hepatograma (GPT-GOT-FA-BT-BD-BI)/Perfil
A. Nesseria meningitidis grupo a	Hepatico
A. Nesseria meningitidis grupo b	Herpes
A. Nesseria meningitidis grupo c	H.G.H.
A. Stroptococcus Pheumoniae	HLA B27
A. Stroptococcus beta hemolitico grupo a	Hidatidosis-ac
A. Stroptococcus grupo b	Hidroxicorticosteroides 17
Aglutinas Anti a	Hidroxi-Indol-Acetico 5 (5HIAA)
Aglutinas Anti b	Hidroxiprogesterona
AIDS-ac	Hidroxiprogesterona Neonatal
Albúmina	Hierro sérico
Alcohol	Hisopado Faringeo
Aldolasa	Histoplamina
Aldosterona	HIV-ac
Alergia-Tests: Ver RAST	Homocisteina / Homocistina / Cistina
Alfa 1 antitripsina	Hongos. Cultivo e identificación
Alfafetoproteina (APF)	Hongos. Examen en fresco
A/G	Hormona de crecimiento(hGh)
Amilasa	Hormona Folículo Estimulante(FSH)
Amonio	Hormona Lactogeno Placentaria(hP)
ANA	Hormona Luteinizante (LH)
Anca C – PR3 (ANCA –C)	IgA
Anca P – MPO (ANCA –P)	IgD
Androstenediona	IgE
Anfetamina	IgG
Anticuerpo (AC) Anti helicobacter Pylori IGA	IgM
Anticoagulante Lupico	Inclusiones citomegalicas
Antibiogramas para gérmenes aeróbicos	Indices hematimétricos
Antibiogramas para gérmenes anaeróbicos	Indice de Tiroxina Libre
Ac. Anti cardiolipina IgG-IgM	Influenza A (Por Hisopado)
Ac. Anti nDNA	Influenza B (Por Hisopado)
Ac. Anti Microsomales	Inmunolectroforesis
Ac. Anti Mitocondriales	Inmunoglobinas
Ac. Anti Musculo Liso(ASMA)	Inmunohistoquimica C-ERB2-NEVU
Ac. Anti Nucleares	Inmunofluorescencia
Ac. Anti Tironglubinas	Insulina
Ac. Anti Tiroides	Klesbsiella pneumoniae
Ac. Anti Toxoplasma IgG	Lactosa
Ac. Anti Tripanosoma IgG	LAP
Ac. Anti Tripanosoma IgM	Larvas de vermes



Ac. Anti Virus Sincicial Respiratorio(VSR)	Latex para
Ac. Heterofilos	Escherichia coli k 1
A.F.P./ANTI CCP/ANA TOTAL/ANA CON ANTI ASG-M-F	L. Haemophilus influenzae tipo b
Antígeno Carcinoembrionario (CEA)	L. Neusseria meningitidis grupo A
Antígenos Febriles	L. Neisseriameningitidis grupo B
Antígeno Prostatico específico(PAS)	L. Neisseriameningitidis grupo C
Anticuerpo (AC) Anti Centromero	L. Strptococcus pneumonias
Anticuerpo (AC) Anti Endomisio IGA	L. Streptococcus beta hemolíticos grupo
Anticuerpo (AC) Anti Endomisio IGG	L. Streptococcus grupo B
Anticuerpo (AC) Anti Endomisio IGM	Lavado gástrico
Anticuerpo (AC) Anti Gliadina IGA	LCR. Citoquímico
Anticuerpo (AC) Anti Gliadina IGM	LcR. Cultivo
Anticuerpo (AC) Anti Helicobacter Pylori IGG	LDH
Anticuerpo (AC) Anti RNP -ENA	LDL-Colesterol
Anticuerpo (AC) Anti SCL -70	LE
Anticuerpo (AC) Anti SS - A (RO)	Lecitina en líquido amniótico
Anticuerpo (AC) Anti SS - B (LA)	Legionella Pheumiphila.latex
Anticuerpo (AC) Anti CCP	Leishmania Anticuerpo IGG
Antitrombina III (AT III)	Leishmania Anticuerpo IGM
Apolipoproteina b	Lesión genital. Coloración de Gram
Aspegillus	Lesión genital. Coloración de fontana
ASTO	Lesión genital. Estudio microbiológico
Autovacunas	Lesión en la piel. Cultivo para hongos
Azucres reductores	Lesión de uñas. Cultivo para hongos
BAAR	LH
Barbitúricos	Linfá cutánea. Coloración de Ziehl
Bence-Jones	Lipasa
Benedict, Reacción de	Lípidos totales
Beta 2 Microglobulina en sangre	Líquido amniótico. Cultivo
Beta Cross Laps	Líquido amniótico. Fosfaditil-glicerol
BNP (Peptido Natriuretico Tipo B)	Líquido articular. Citoquímico
Bicarbonato	Líquido articular. Cristales
Billirubina total, directa e indirecta	Líquido articular. Cultivo
Bilis, cultivo	Líquido ascítico. Cultivo
Bioperfil fisiológico SACAR	Líquido gástrico-duodenal. Parásitos
Bioquímica de plasma Seminal	Líquido peritoneal. Cultivo
C 3	Líquido pleural. Cultivo
C 4	Listeria
Calcio	Litio



Ca 125	Madurez Fetal (fosfatidil glicerol)
Ca 15-3	Magnesio
Calcitonina	Magnesio eritrocitario
Calculo Urinario	Marihuana
Campo oscuro	Mastositos
Campylobacter	Metahemoglobina
Cannabinoides	Metotrexate
Capacidad de fijación de hierro (TIBC)	Micosis oportunistas
Carbamazepina	Micosis profundas
Cardiolipina – IGA AC	Micosis subcutaneas
Catecolaminas	Micosis superficiales
CEA	Microalbuminuria
Células LE	Mioglobina
Cetonemia / CEROLOGIA	Moco cervical
Cetonuria	Monotest
Cetoferoides 17	Morfina
CH 50	Mucoproteínas
Chagas(Ac. Anti Trypanosoma IgG e IgM	Mycobacterium Tuberculosis
Chlamydia	Micoplasma Hominis
Citomegalovirus-ac-IgG	Neiseriae Gonorrea
Citomegalovirus-ac-IgM	Neiseriae Meningitidis.Grupo A.latex
Citrato (O)	Neiseriae Meningitidis.Grupo B.latex
Ck	Neiseriae Meningitidis.Grupo C.latex
Ck-mb	N. 5 Nucleotidasa
Clearance de Creatinina	NTX
Cloruros	Oido cultivo
CMV-ac-IgG	Opiaceos
CMV-ac-IgM	Orina, físico-químico y del sedimento
Coagulograma	Orina cultivo; orina - pirilin
Cobre	Oxalato
Cocaína	Oxiuros
Coccidioidina	Parásitos. Investigación e identificación
Colesterol esterificado	Parathormona (PTH)
Colesterol HDL	PAS (Antígeno prostático específico)
Colesterol-LDL	PAS libre
Colesterol total	Paul-Bunell (presuntivo)
Colesterol VLDL	POO2
Colinesterasa	Po2
Coloración de Giemsa	PDF
Coloración de Gram	PCR ultrasensible



Coloración de Ziehl	Péptido C
Complemento hemolítico (CH 50)	pH
Coombs Directo	Phenistix
Coombs Indirecto	Plaquetas
Coprocultivo	Plaquetas por Hematólogo
Coprología Funcional	Plasma seminal
Coproporfirinas	Porfobilinogeno
Cortisol	Potasio
Crisis Sanguí, por Hematólogo	PPD
Creatinina	Preparación de células LE
Crioglobulinas	Productos de degradación de la fibrina
Crioglobulinas	Progesterona
Criptococus	Prolactina
Cristales-Identificación; CPK	Proteínas C
Cuerpos Cetónicos	Proteínas S
Cultivo en Aerobiosis	Proteínas C reactiva
Cultivo en Anaerobiosis	Proteínas de Bence-Jones
Cultivo en Thayer-Martin	Proteínas Electroforesis
Cultivo para BAAR	Proteínas totales
Cultivo para GC	Protomorfina
Cultivo para hongos	Protozoarios
Cultivo para listeria	Prueba de concentración
Cultivo para Mycoplasma	Prueba de dilución
Curva de tolerancia oral a la glucosa	Prueba de lazo
Determinación de Carga Viral	Prueba de tolerancia oral a la glucosa
Dehidroepitandrostenediona(DHEA-S04)	Prueba de tolerancia a la lactosa
Dehidrostestosterona	Prueba de Tzanck
Dengue – AG (Antígeno)	PTH
Dengue Anticuerpo (AC) IGG	Pus. Cultivo
Dengue Anticuerpo (AC) IGM	Punta de catéter Cultivo pyrilinks
Densidad	Quimiotripsina
Difteria, Cultivo	Quistes de protozoos
Dimero D	Raspado de lengua. Cultivo para hongos
Digoxina	Reacción de Huddleson
DNA-ac	Reacción de Widal
Dióxido de carbono (CO2)	Recuento de Addis
D-Xilosa	Recuento de Linfocitos CD4
EBV-EA-ac	Relación A/B
EBV-VCA-ac	Relación calcio/creatinina
Electroforesis de hemoglobina	Relación PAS/PAS Libre

Electroforesis de lipoproteínas	Reticulositos
Electroforesis de proteínas	Retracción del coágulo
Electrólitos	RK 39 – Leishmaniasis Kalaazar
Eosinófilos	Rh
Epstein-Barr Virus-ac	Rotavirus
Eritrosedimentación	Rubeola IgG
Escherichia coli enteropatogeno	Rubeola IgM
Escherichia coli kl. latex	Sangre oculta
Esperma, cultivo	Saturación de oxígeno
Espermograma	Secreción conjuntival. Cultivo
Espudo. Coloración para BAAR	Secreción endocervical. Cultivo
Espudo. Cultivo para gérmenes comunes	Secreción faringea. Cultivo
Espudo. Eosinófilos y mastocitos	Secreción genital. Cultivo
Esteatocrito	Secreción nasal. Cultivo
Estradiol	Secreción nasal. Eosinofilos y mastositos
Estriol libre	Secreción prostática. Cultivo
Estrogenos totales	Secreción purulenta. Cultivo
Estudio capilar. Investigación de hongos	Secreción traqueal. Cultivo
Exceso de base	Secreción uretral. Cultivo
Factor reumatoideo	Secreción bulbar. Cultivo
Factor reumatoideo cuantitativo	Sida-ac
Factor reumatoideo Isotipo IGA	Sífilis
Factor reumatoideo Isotipo IGG	Simis-Hunner - test
Factor reumatoideo Isotipo IGM	Shigella. Cultivo
Fenilhidantoina	SO2
Fenil Alanina	Sodio
Fenobarbital	Somatomedina - c
Ferritina	Staphylococcus aureus
Fibrinogeno	Streptococcus. Cultivo
Fibrinolisis	Streptococcus. Beta hemolitico gr. A.latex
Formula leucocucocitaria	Streptococcus. grupo B.latex
Fosfatasa acida prostática(pap)	Streptococcus. pneumoniae
Fosfatasa Acida total y prostática	Streptonasa B
Fosfatasa alcalina	Streptozima
	Swin – up
Fosfatidil-glicerol en liq. amniótico	
Fosfolipidos	T3 libre
Fósforo	T3 total
Fragilidad osmótica de los hematies	T3 uptake
Frotis de sangre periférica	T4 libre
Frotis de sangre periférica p/ hematólogo	T4 total



Fructosa	Test de absorción a la xilosa
Fructosamina	Test de Coombs Directo
FSH	Test de Coombs Indirecto
FTA-abs-IgG	Test de estimulación con ACTH
FTA-abs-IgM	Test de piescitos
FTI	Test de estimulación hormona de crecimiento
Galactosa Neonatal	T.* con ejercicios* con L-Dopa
Gamma Globulinas	Test de estimulación con LH/RH
Gamma GT	Test de estimulación con TRH
Garganta. Cultivo	Test de Ham
Gases arteriales	Test de supresión con dexametosona
Gastrina	Test in vitro de penetración espermatica en t. moco cervical
GC. Cultivo	Test de post-coital
GH (Hormona de crecimiento)	Test de Sims-Huner
Gliadina IgG-IgM	Test de Sudor
Globulina	Test de HPV
Glóbulos blancos	Test de IRT
Glóbulos rojos	TIBC (Capacidad de fijación del hierro)
Glucohemoglobina	Tiempo de coagulación sangría
Glucosa	Tiempo de Protrombina y coagulación
Glucosa 6 Fosfato de Desidrogenasa (G6PD)	Tiempo de tromboplastina parcial activada
Glucosa. Curva de tolerancia	Timol
Glucosa pre y pos prandial	Tine test
Glucosuria	Tzanck - Prueba de
Ganadotrofina Coriónica (hCG)	Tipificación
Gota gruesa	Tiroglobulina
GOT	Tiroperoxidasa - Anticuerpo (Tipo - AC)
GPT	Testosterona libre
Graham-Test	Toxoplasmosis- ac IgG, IgM
Gravindex	Transferrina
Grupo Sanguíneo	Transglutaminasa Tisular Anticuerpo IGA
Guayaco	Transglutaminasa Tisular Anticuerpo IGG
Ham-test	Trichomonas vaginalis
Hamburger-test	Trigliceridos
Hamber	Troponina I, Cuantitativa
Haptoglobina	Trypanosoma cruzi-ac
HbA 1c	TSH
Hdelta	TTPa
	Ulcera genital. Cultivo



HAV-ac	Urea
HAV-ac-IgM	Ureaplasma urealyticum
HBc-ac	Urobilina
HBc-ac-IgM	Urobilinogeno
HBDH	Van de Kamer
HBe-ac	Vandil - Mandelic - Acid (AVM)
HBe-Ag	Vermes
HBs-ac	VDRL
HBs-Ag	VIH-ac
hCG-sub-unidad beta	Vicent's Angina. Frotis
HDL-Colesterol	Virocitos
Heces. Benedict	VLDL Colesterol
Heces. Examen parasitológico	VSR - ac
Heces. Flora microbiana	Widal. Reacción de
Heces. Frotis	Xilosa. Test de absorción
Heces. Hongos	Se incluye centellografía y captación tiroidea.
Heces. Microscopia Funcional	Se Incluye Estudio del Sueño (100% de cobertura).
Hematocrito	

EL LISTADO ES MERAMENTE INDICATIVO Y NO LIMITATIVO, SE DEBERÁ INCLUIR TODOS LOS TIPOS DE ANALISIS CON SUS DIFERENTES VARIANTES, SIN EXCLUSIÓN ALGUNA.



## 2. Plan de Entrega (Bienes)

Descripción del servicio	Entrega	Vigencia del contrato	Plazo de entrega del servicio
Seguro médico Integral	Directamente a los beneficiarios	12 meses	Inmediata en todos los servicios

**EL ANEXO SECCION VI. FORMULARIOS SE ENCUENTRA EN ARCHIVO APARTE, A TAL EFECTO LA CONVOCANTE DEBERÁ MANTENERLO EN FORMATO WORD A FIN DE QUE LE OFERENTE LO PUEDA UTILIZAR EN LA PREPARACION DE SU OFERTA.**

## Sección IV. Condiciones Especiales del Contrato (CEC)

Las siguientes Condiciones Especiales del Contrato (CEC) complementarán y/o enmendarán las Condiciones Generales del Contrato (CGC) que se encuentran publicadas en el Portal de Contrataciones Públicas y que forman parte de los documentos de la licitación. En caso de haber conflicto, las provisiones aquí dispuestas prevalecerán sobre las de las CGC.

<b>CGC 1.1(i)</b>	El Contratante es: <b>Instituto Nacional de Cooperativismo</b>
<b>CGC 4.2 (b)</b>	La versión de la edición de los Incoterms será: <b>No se aplica</b>
<b>CGC 7.1</b>	Para <b>notificaciones</b> , la dirección del Contratante será: Atención: Instituto Nacional de Cooperativismo Dirección: 25 de mayo 1684 Piso/Oficina 3º piso, ofic. UOC Ciudad: Asunción, Paraguay Teléfono: (59521) 226-989 int. 262 Fax: (59521)226-989 int. 262 Dirección electrónica: <a href="mailto:uoc@incoop.gov.py">uoc@incoop.gov.py</a> ; <a href="mailto:compras@incoop.gov.py">compras@incoop.gov.py</a>
<b>CGC 9.5</b>	El mecanismo formal de resolución de conflictos será: <b>conforme a las disposiciones legales de la Ley N° 1879/02 de arbitraje y Mediación y de la Ley 2051/03 de la DNCP</b>
<b>CGC 11.1</b>	Detalle de los documentos de Embarque y otros documentos que deben ser proporcionados por el Proveedor son: <b>No se Aplica</b>
<b>CGC 13.1</b>	El precio del contrato estará sujeto a reajustes. La fórmula y el procedimiento para el reajuste serán los siguientes:  Los precios facturados por el Proveedor por los bienes entregados y los servicios conexos prestados en virtud del Contrato, no deberán diferir de los que dicho Proveedor hubiese cotizado en su oferta, con excepción de cualquier ajuste de precios de acuerdo a las fórmulas y procedimientos establecidos en el contrato. Los precios de los Bienes ofertados estarán sujetos a reajuste, siempre y cuando durante el proceso de ejecución del presente contrato, se produjeran variaciones especificadas más abajo. (a) Salario mínimo legal establecido por el Poder Ejecutivo. (b) En los precios de los bienes ofertados, cuando se produjeran variaciones igual o mayor al 10%. (c) En la medida en que exista una variación sustancial de precios internacionales de los bienes, y cuyo reajuste se realizara conforme a la siguiente fórmula: <b>Formulas a aplicar: <math>P = P_o \times C/C_O</math></b>



Donde:

P= Precio reajustado de la Oferta.

Po= Precio Original de la Oferta.

C= Tipo de Cambio Referencial del dólar emitido por el Banco Central del Paraguay correspondiente al mes de la Factura.

Co= Tipo de Cambio referencial del dólar emitido por el Banco Central del Paraguay correspondiente a la fecha de Apertura de sobre-ofertas.

La fórmulas de reajustes de precios anteriores podrán ser invocada por cualquiera de las partes bajo las siguientes condiciones: de precios por períodos de retraso por los cuales el Proveedor es totalmente responsable. Sin embargo, la Convocante tendrá derecho a

una reducción de precios de los Bienes y Servicios objeto del reajuste, cuando existiere las variaciones establecidas en la CEC, en la que Convocante Comunicará a la Contratista del nuevo precio.

(b) Si la moneda en la cual el Precio del Contrato P0 está expresado es diferente de la moneda de origen de los índices de la mano de obra y de los materiales, se aplicará un factor de corrección para evitar reajustes incorrectos al Precio del Contrato. El factor de corrección será igual a la relación que exista entre los tipos de cambio entre las dos monedas en la fecha básica y en la fecha del ajuste tal como se definen anteriormente.

(c) No se efectuará ningún reajuste de precio a la porción del Precio de los bienes pagado a la Contratista como anticipo.

(d) En caso de solicitar reajuste por variaciones de los precios de los bienes ofertados y Salario se mantiene vigente, se entenderá como vigente y viceversa cuando es por variación del salario mínimo legal.

(e) No se reconocerán reajuste de precios si el suministro se encuentra atrasado respecto al cronograma de entregas aprobado. También los reajustes se realizaran conforme al Decreto emanado por el Poder Ejecutivo.

Los reajustes deberán ser solicitados por escrito al Instituto Nacional de Cooperativismo, por el Proveedor. La solicitud debe realizarse indefectiblemente dentro del mes siguiente al cual se produjeron las

variaciones, bajo pena de no poder solicitarlo posteriormente. No se reconocerán reajuste de precios si los bienes se encuentran atrasados respecto al cronograma de entrega de los bienes. El reajuste tendrá aplicación sobre los bienes entregados posteriores al mes en el cual se produjeron las variaciones, previa Resolución de la máxima autoridad del INCOOP.



<p><b>CGC 14.1;</b> <b>14.2 y 14.3</b></p>	<p>La moneda de pago será en guaraníes; de forma mensual, será pagado con fondos provenientes del <b>Ejercicio Fiscal 2016 y 2017</b>. El pago se realizará dentro de los 60 días calendarios de la presentación de la Factura de Crédito y de acuerdo a la disponibilidad de Plan de Caja y a los Fondos efectivamente transferidos por el Ministerio de Hacienda.</p> <p>Para <b>Presentación de las Facturas</b> la dirección del Contratante es:  <b>Atención:</b> Instituto Nacional de Cooperativismo  <b>Calle y No.:</b> 25 de Mayo 1684 c/ Rca. Francesa  <b>Oficina:</b> Mesa de Entrada de la Unidad Operativa de Contrataciones  <b>Ciudad:</b> Asunción  <b>País:</b> Paraguay</p> <p>Se retendrá el 0,4% de contribución sobre los contratos suscriptos conforme a lo establecido en el Art. 1º de la Ley 3439/07 que modifica el Art. 41 de la Ley 2051/03.</p> <p><b>No se realizará pago alguno en concepto de anticipo.</b></p> <p>El plazo de pago después del cual la Contratante deberá pagar interés al Proveedor es: <b>60 (Sesenta) días posteriores a la presentación de la factura.</b></p> <p>La tasa de interés que se aplicará es de 0,5 (cero coma cinco por ciento) sobre el monto total de la Factura, por cada mes de atraso.</p>
<p><b>CGC 14.4</b></p>	<p>Todos los pagos se efectuarán en: <b>Guaraníes</b></p>
<p><b>CGC 14.5</b></p>	<p>El plazo de pago después del cual la Contratante deberá pagar interés al Proveedor es 60 (sesenta) días, a ser calculado sobre el importe neto en guaraníes de la factura en mora. La tasa de interés que se aplicará es del 1 % por por el período de la demora hasta que haya efectuado el pago completo</p>
<p><b>CGC 15.1</b></p>	<p>No se otorgan anticipos</p>
<p><b>CGC 16.1</b></p>	<p>El Proveedor será responsable del pago de todos los impuestos y otros tributos o gravámenes sin excepción.</p>
<p><b>CGC 17.1</b></p>	<p>El valor de la Garantía de Fiel cumplimiento de contrato, es de <b>5% del valor total del contrato.</b></p>
<p><b>CGC 17.5</b></p>	<p>La liberación de la Garantía de Cumplimiento tendrá lugar: con la entrega total de los bienes a satisfacción de la contratante.</p>
<p><b>CGC 22.2</b></p>	<p>El embalaje, la identificación y la documentación dentro y fuera de los paquetes serán como se indica a continuación: <b>No se aplica.</b></p>
<p><b>CGC 23.1</b></p>	<p>La cobertura de seguro será según se establece en los Incoterms.</p> <p>Si no es de acuerdo con los Incoterms, la cobertura de seguro deberá ser como sigue: <b>No se aplica</b></p>



CGC 24.1	La responsabilidad por el transporte de los Bienes será según se establece en los Incoterms. <b>No se aplica.</b>
CGC 25.1	Las inspecciones y pruebas serán como se indica a continuación: <b>Incoop podrá realizar todas las pruebas que crea conveniente para verificar que los servicios cumplan con las condiciones de calidad solicitadas en el llamado</b>
CGC 25.2	Las inspecciones y pruebas se realizarán en: <b>en el lugar de la prestación del servicio</b>
CGC 26.1	El valor de las multas será: 3% (tres por ciento) sobre la factura pendiente de pago. Las multas serán aplicadas por cada 2 (dos) apercibimientos por escrito por la contratante, con respecto a las quejas en relación con la prestación del servicio en el mes sobre el valor de la factura pendiente de pago.  Las multas serán deducidas automáticamente de la factura. Hasta alcanzar el monto total de la garantía de fiel cumplimiento del contrato, en cuyo caso el Convocante podrá rescindir el contrato firmado.
CGC 27.3	El período de validez de la Garantía será: El período de validez de la Garantía será por 12 meses contados a partir de la firma del contrato. <b>No se aplica</b>
CGC 27.5	El plazo para reparar o reemplazar los bienes será: <b>No se aplica</b>
CGC 33.1 (a) (vi)	El Contratante podrá terminar el Contrato además en los siguientes casos: <b>según lo señalado en la CGC 32.1</b>



## Sección V. Modelo de Contrato N°

Entre el Instituto Nacional de Cooperativismo, domiciliada en la calle 25 de mayo N° 1684, ciudad de Asunción, República del Paraguay, representada para este acto por ....., con Cédula de Identidad N° , denominada en adelante la CONTRATANTE, por una parte, y, por la otra, la firma \_\_\_\_\_, domiciliada en \_\_\_\_\_, República del Paraguay, representada para este acto por \_\_\_\_\_, con Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_, denominada en adelante el PROVEEDOR, denominadas en conjunto "LAS PARTES" e, individualmente, "PARTE", acuerdan celebrar el presente "CONTRATO DE \_\_\_\_\_", el cual estará sujeto a las siguientes cláusulas y condiciones:

### 1. OBJETO.

El presente Contrato tiene por objeto establecer las obligaciones que asumen la CONTRATANTE Y EL PROVEEDOR, con relación a la provisión de servicio de seguro Médico Plurianual, que se detallan en la Planilla de Adjudicación y se regirán por estas cláusulas y las contenidas en las Leyes relativas a la Materia

### 2. DOCUMENTOS INTEGRANTES DEL CONTRATO.

Los documentos contractuales firmados por las partes y que forman parte integral del Contrato son los siguientes:

- (a) Contrato;
- (b) El Pliego de Bases y Condiciones y sus Adendas o modificaciones;
- (c) Las Instrucciones al Oferente (IAO) y las Condiciones Generales del Contrato (CGC) publicadas en el portal de Contrataciones Públicas;
- (d) La oferta del Proveedor;
- (e) La resolución de adjudicación del Contrato emitida por la Contratante y su respectiva notificación;
- (f) La póliza de fiel cumplimiento de contrato 10%

Los documentos que forman parte del Contrato deberán considerarse mutuamente explicativos; en caso de contradicción o discrepancia entre los mismos, la oportunidad se dara en el orden enunciado anteriormente, siempre que no contradigan las disposiciones del Pliego de Bases y Condiciones, en cuyo caso prevalecerá lo dispuesto en este".

### 3. IDENTIFICACIÓN DEL CRÉDITO PRESUPUESTARIO PARA CUBRIR EL COMPROMISO DERIVADO DEL CONTRATO.

El crédito presupuestario para cubrir el compromiso derivado del presente Contrato está previsto conforme al siguiente detalle:



Año	T.P.	Programa	Sub Programa	Proyecto	Objeto de Gasto	F.F.	O.F.	Departamento	Monto
2016					260	10			
2016					260	30			
2017					260	30			

Esta contratación está incluida en el Plan Anual de Contrataciones (PAC) con el ID N° 307536

#### 4. PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN

El presente Contrato es el resultado del procedimiento de Licitación Pública Nacional N° 03/2016, convocado por el Instituto Nacional de Cooperativismo. La adjudicación fue realizada según acto administrativo N° \_\_\_\_\_

#### 5. PRECIO UNITARIO Y EL IMPORTE TOTAL A PAGAR POR LOS BIENES y/o SERVICIOS.

[Formato de Tabla para contrato abierto - Cantidades mínimas y máximas]

Nro. De Orden	Nro. De Ítem/Lote	Descripción	Marca	Procedencia	Unidad de Medida	Cantidad mínima	Cantidad máxima	Precio Unitario	Monto mínimo	Monto máximo
1	1	Servicio de Seguro Médico				140	170			

Total: [sumatoria de columna de montos mínimos y sumatoria de columna de montos máximos]

Total: [sumatoria de columna de montos mínimos y sumatoria de columna de montos máximos]

El monto mínimo del presente contrato asciende a la suma de \_\_\_\_\_ y el monto máximo es de \_\_\_\_\_

El Proveedor se compromete a proveer los servicios a la Contratante y a subsanar los defectos de éstos de conformidad a las disposiciones del Contrato.

La Contratante se compromete a pagar al Proveedor como contrapartida del suministro de los bienes y servicios y la subsanación de sus defectos, el Precio del Contrato o las sumas que resulten pagaderas de conformidad con lo dispuesto en las Condiciones Especiales del Contrato (CEC).



## 6. VIGENCIA DEL CONTRATO

El plazo de vigencia de este Contrato es desde la firma del contrato por un periodo de 12 meses

## 7. PLAZO, LUGAR Y CONDICIONES DE LA PROVISIÓN DE BIENES.

Los bienes deben ser entregados dentro de los plazos establecidos en el Cronograma de Entregas del Pliego de Bases y Condiciones, en la siguiente dirección; \_\_\_\_\_

## 8. ADMINISTRACIÓN DEL CONTRATO.

La administración del contrato estará a cargo de: la Unidad Operativa de Contrataciones

## 9. FORMA Y TÉRMINOS PARA GARANTIZA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

La garantía para el fiel cumplimiento del contrato se registrará por lo establecido en las Condiciones Generales y Especiales del Contrato, la cual se presentará a más tardar dentro de los 10 (días) calendarios siguientes a la firma del contrato. La garantía de fiel cumplimiento debe ser equivalente al 5 % del monto total del contrato.-

## 10. MULTAS.

Las multas y otras penalidades que rigen en el presente contrato serán aplicadas conforme con las Condiciones Especiales y Generales del Contrato. Llegado al monto equivalente a la Garantía de Fiel Cumplimiento de Contrato, la Contratante podrá aplicar el procedimiento de rescisión de contratos de conformidad al Artículo 59 inc. c) de la Ley N° 2.051/03 "De Contrataciones Públicas", caso contrario deberá seguir aplicando el monto de las multas que correspondan.

La rescisión del contrato o la aplicación de multas por encima del porcentaje de la Garantía de Cumplimiento del Contrato deberá comunicarse a la DNCP a los fines previstos en el artículo 72 de la Ley N° 2051/03 "De Contrataciones Públicas".

## 11. CAUSALES Y PROCEDIMIENTO PARA SUSPENDER TEMPORALMENTE, DAR POR TERMINADO ANTICIPADAMENTE O RESCINDIR EL CONTRATO.

Las causales y el procedimiento para suspender temporalmente, dar por terminado en forma anticipada o rescindir el contrato, son las establecidas en la Ley N° 2.051/03, y en las Condiciones Generales y Especiales del Contrato (CGC y CEC).

## 12. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.

Cualquier diferencia que surja durante la ejecución de los Contratos se dirimirá conforme las

25 de Mayo 1684 casi Rca. Francesa • Avda Fernando de la Mora N° 988 • Tel. 226 989 RA • [www.incoop.gov.py](http://www.incoop.gov.py) • Asunción • Paraguay



0024



reglas establecidas en la legislación aplicable y en las Condiciones Generales y Especiales del Contrato.

**13. ANULACIÓN DE LA ADJUDICACIÓN**

Si la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas resolviera anular la adjudicación de la Contratación debido a la procedencia de una protesta o investigación instaurada en contra del procedimiento, y si dicha nulidad afectara al Contrato ya suscrito entre LAS PARTES, el Contrato o la parte del mismo que sea afectado por la nulidad quedará automáticamente sin efecto, de pleno derecho, a partir de la comunicación oficial realizada por la D.N.C.P., debiendo asumir LAS PARTES las responsabilidades y obligaciones derivadas de lo ejecutado del contrato.

EN TESTIMONIO de conformidad se suscriben 2 (dos) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto en la Ciudad de \_\_\_\_\_ República del Paraguay al día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ y año \_\_\_\_\_.

Firmado por: [indicar firma] en nombre de la Contratante.

Firmado por: [indicar la(s) firma(s)] en nombre del Proveedor.



## Sección VII. Anexos

### ANEXO N° I

#### DOCUMENTOS QUE COMPONEN LA OFERTA

	Cumple	No cumple
<b>A) Formulario de Oferta *</b> [El formulario de oferta debe ser completado y firmado por el oferente conforme al modelo indicado en la Sección VI]		
<b>B) Garantía de Mantenimiento de Oferta*</b> [La garantía de mantenimiento de oferta debe ser extendida conforme al modelo indicado en la Sección V, bajo la forma de una garantía bancaria o póliza de seguro de caución. Debe cumplir con los requisitos indicados en las Instrucciones al Oferente]		
<b>C) Documentos legales</b> Oferentes Individuales. Personas Físicas.		
Fotocopia simple de la Cédula de Identidad del firmante de la oferta.*		
Fotocopia simple de la cédula tributaria (Constancia de inscripción en el Registro Único de Contribuyentes - RUC).		
En el caso que suscriba la oferta otra persona en su representación, deberá acompañar una fotocopia simple de su cédula de identidad y una fotocopia autenticada del poder suficiente otorgado por Escritura Pública para presentar la oferta y representarlo en los actos de la licitación. No es necesario que el Poder esté inscripto en el Registro de Poderes.*		
Declaración Jurada en la que se garantice que el oferente no se encuentra involucrado en prácticas que violen derechos de los menores estipulados en la Constitución Nacional, los Convenios 138 y 182 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Código del Trabajo, Código de la Niñez y la Adolescencia, demás leyes y normativas vigentes en la República del Paraguay, conforme al formato aprobado por la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas en la Resolución DNCP N° 941/2010.		
Certificado de Cumplimiento Tributario expedido en el mes anterior a la presentación de la oferta.		
Certificado de Cumplimiento con el Seguro Social (IPS) vigente a la fecha de apertura de ofertas.		
Constancia de estar inscripto en la Dirección del Trabajo (Ministerio de Justicia de Trabajo).		
Patente Municipal al día del Municipio en el cual tributa o fija su domicilio comercial.		



Constancia de no hallarse en Quiebra o Pedido de Convocatoria Acreedores expedida por la Dirección General de Registros Públicos.		
Certificado de no hallarse en Interdicción Judicial expedida por la Dirección General de Registros Públicos.		
Fotocopia autenticada de la última declaración de IVA y/o del Impuesto a la Renta o Certificado de Cumplimiento Tributario expedido en el mes anterior a la presentación de la oferta.		

**D) Documentos legales**

Oferentes Individuales. Personas Jurídicas.

Fotocopia autenticada de los documentos que acrediten la existencia legal de la persona jurídica tales como la Escritura Pública de Constitución y protocolización de los Estatutos Sociales. Los estatutos deberán estar inscriptos en la Sección Personas Jurídicas de la Dirección de Registros Públicos.*		
Fotocopia simple de la cédula tributaria (constancia de inscripción en el Registro Único de Contribuyentes RUC) y de los Documentos de Identidad de los representantes o apoderados de la Sociedad.		
Fotocopia autenticada de los documentos que acrediten las facultades del firmante de la oferta para comprometer al oferente. Estos documentos pueden consistir en: un poder suficiente otorgado por Escritura Pública (no es necesario que esté inscripto en el Registro de Poderes); ó los documentos societarios que justifiquen la representación del firmante, tales como las actas de asamblea y de directorio en el caso de las sociedades anónimas.*		
Declaración Jurada en la que se garantice que el oferente no se encuentra involucrado en prácticas que violen derechos de los menores estipulados en la Constitución Nacional, los Convenios 138 y 182 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Código del Trabajo, Código de la Niñez y la Adolescencia, demás leyes y normativas vigentes en la República del Paraguay, conforme al formato aprobado por la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas en la Resolución DNCP N° 941/2010.		
Fotocopia autenticada de la declaración de IVA del último mes vencido y/o del Impuesto a la Renta o Certificado de Cumplimiento Tributario expedido en el mes anterior a la presentación de la oferta.		

**E) Oferentes en Consorcio.**

a. Cada integrante del Consorcio que sea una persona física domiciliada en la República del Paraguay deberá presentar los documentos requeridos para Oferentes individuales especificados en el apartado (C) precedente. Cada integrante del Consorcio que sea una persona jurídica domiciliada en el Paraguay deberá presentar los documentos requeridos para Oferentes individuales en el apartado (D) precedente.		
--	--	--





<p>b. Original o Fotocopia del Consorcio constituido o del acuerdo de intención de constituir el Consorcio en caso de resultar adjudicados y antes de la firma del contrato, en el que se indicarán con precisión los puntos establecidos en el artículo 48, incisos 2° y 3° del Decreto Reglamentario N° 5.174/05. El acuerdo de intención deberá hallarse instrumentado, como mínimo en un documento privado con certificación de firmas por Escribano Público. El Consorcio constituido deberá estar formalizado por Escritura Pública.*</p>		
<p>c. Fotocopia autenticada de los Documentos que acrediten las facultades de los firmantes del acuerdo de intención de consorciarse. Estos documentos pueden consistir en:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) un poder suficiente otorgado por escritura pública por cada Miembro del consorcio (no es necesario que esté inscripto en el Registro de Poderes); o</li> <li>2) los documentos societarios de cada Miembro del Consorcio, que justifiquen la representación del firmante, tales como actas de asamblea y de directorio en el caso de las sociedades anónimas.*</li> </ol>		
<p>d. Fotocopia autenticada de los documentos que acrediten las facultades del firmante de la oferta para comprometer al Consorcio, cuando se haya formalizado el Consorcio. Estos documentos pueden consistir en:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) un poder suficiente otorgado por escritura pública por la Empresa Líder del consorcio (no es necesario que esté inscripto en el Registro de Poderes); o</li> <li>2) los documentos societarios de la Empresa Líder, que justifiquen la representación del firmante, tales como actas de asamblea y de directorio en el caso de las sociedades anónimas.</li> </ol>		

**F) Documentos que demuestren que el Oferente es elegible para presentar una oferta de conformidad con la cláusula 16 de las IAO.**

<p>Declaración Jurada de No hallarse comprendido en las inhabilidades del Art. 40 de la Ley N° 2.051/03 conforme se indica en el anexo respectivo del presente pliego de bases y condiciones.</p>		
---	--	--

**G) Documentos adicionales a la oferta que demuestren que los Bienes o Servicios ofertados cumplen con las especificaciones de la Sección III, Suministros Requeridos.**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planilla de Especificaciones Técnicas</li> <li>• Detallar en carácter de Declaración Jurada el listado de prestadores médicos vigentes (nombres, apellidos, especialidad), sanatoriales, urgencias, imágenes laboratoriales. Los médicos deberán contar con el certificado de sus respectivas sociedades o con cinco años de experiencia mínima en la especialidad propuesta.</li> <li>• Detallar en carácter de Declaración Jurada el listado con Certificación de convenios con cadenas de farmacias (Con un mínimo de 15 locales debidamente habilitadas por el M.S.P. y B.S.) con una cobertura de descuentos de 35% (treinta y cinco por ciento) en medicamentos</li> </ul>		
---	--	--



<p>nacionales y 25% (veinte y cinco por ciento) en medicamentos importados; sin límite de uso por beneficiario titular y adherente, para Gran Asunción, periferias e interior del país. El carnet identificatorio junto con la Cédula de Identidad del beneficiario titular o adherente será válido para la compra en las farmacias, sin la necesidad de presentar ninguna otra documentación respaldatoria.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Declaración Jurada en que conste el número total de asegurados a nivel de Entidad o Empresa (Titulares y Adherentes) con los que cuenta actualmente, con los datos correspondientes (número de teléfono, dirección y correo electrónico de la Entidad o Empresa)</li> <li>• Declaración Jurada con que cuenta la infraestructura edilicia y de recursos humanos suficiente para cubrir cómodamente los servicios demandados a ser adjudicada.</li> <li>• Autorización y habilitación actualizada del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y la Superintendencia de Salud para funcionar en el ramo de Prestación de los Servicios objeto del presente llamado.</li> <li>• El Oferente deberá presentar el Balance General de los últimos (3) tres años (2013, 2014 y 2015) de funcionamiento.</li> <li>• Referencias certificadas satisfactorias expedidas, mínimo un (1) Banco de plaza, para que el INCOOP pueda solicitar informes del oferente en la oportunidad en que deba efectuar los estudios antes de decidir la adjudicación.</li> </ul>		
---	--	--

<p><b>H) Documentos que demuestren que el Oferente está calificado para ejecutar el contrato en caso que su oferta sea aceptada. Experiencia y capacidad técnica</b></p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia simple como mínimo de 6 (seis) contratos corporativos ejecutados en los últimos 3 años (2013, 2014 y 2015) para la prestación de medicina pre –paga de entidades públicas y/o privadas; los contratos deben tener un alcance de la cobertura médica como a las condiciones de inclusión de beneficiarios según lo establecido en este PBC, con sus respectivas constancias de servicios satisfactorios expedidas por la dependencia responsable de la Institución.</li> <li>• Descripción de la infraestructura de cada uno de los prestadores sanatoriales, servicios de urgencias, medicina por imágenes, y servicios laboratoriales; indicando cantidad de salas de internación (camas-comodidades), quirófanos, U.T.I. (para niños y adultos), consultorios, otras dependencias médicas y oficinas administrativas con sus respectivas direcciones y números de teléfonos.</li> <li>• Se estudiará la antigüedad en el ramo que acredita su experiencia (fecha de Certificado de Registro y autorización del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Art. 245, Ley 836/80 Código Sanitario) y; la cartera de clientes corporativos. La antigüedad mínima en el rubro que será requerida a los oferentes es de 5 años (últimos cinco años), según fecha del Certificado de Registro y autorización del Ministerio de Salud Pública y</li> </ul>		



<p>Bienestar Social ( Art. 245 Ley 836/80 "Código Sanitario"). La Convocante se reserva el derecho de certificar los datos con el Departamento de Control de Establecimiento del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• En caso de consorcios, el líder deberá demostrar el cumplimiento del 60% de los requisitos de este punto, pudiendo el porcentaje restante ser cumplido por los demás miembros del consorcio. Todos los centros que requieran habilitación del MSP y BS deben contar con ella.</li></ul>		
--	--	--

\*Documentos Sustanciales conforme a la cláusula 31.2 de las IAO

Los oferentes que estén inscriptos en el Sistema de Información de Proveedores del Estado (SIPE), al momento de la presentación de las ofertas no necesitarán acompañar los documentos que consten en la Constancia emitida por el sistema, bastando la presentación de la misma, siempre que dichos documentos se hallen "ACTIVOS".

La inscripción en el SIPE no constituirá requisito previo para la presentación ni adjudicación de los oferentes; no obstante los adjudicatarios deberán inscribirse al SIPE como requisito previo a la obtención del Código de Contratación.



## ANEXO N° II

### DOCUMENTOS A PRESENTAR PARA LA FIRMA DEL CONTRATO

Los siguientes documentos deberán ser para la firma del contrato cuando no hayan sido presentados junto con la oferta, y no consten como "activos" en el SIPE.

#### 1. Personas Físicas / Jurídicas

- a) Certificado de no encontrarse en quiebra o en convocatoria de acreedores expedido por la Dirección General de Registros Públicos;
- b) Certificado de no hallarse en interdicción judicial expedido por la Dirección General de Registros Públicos;
- c) Constancia de no adeudar aporte obrero patronal expedida por el Instituto de Previsión Social.
- d) En el caso que suscriba el contrato otra persona en su representación, acompañar poder suficiente del apoderado para asumir todas las obligaciones emergentes del contrato hasta su terminación.

#### 2. Documentos. Consorcios

- a) Cada integrante del Consorcio que sea una persona física o jurídica deberá presentar los documentos requeridos para oferentes individuales especificados en los incisos (a), (b), (c) y (d) del apartado 1 precedente.
- b) Consorcio constituido, en el que se establecerán con precisión los puntos establecidos en el artículo 48 inciso 4° del Decreto Reglamentario N° 5174/05. El Consorcio debe estar formalizado por Escritura Pública.
- c) Documentos que acrediten las facultades del firmante del contrato para comprometer solidariamente al Consorcio.
- d) En el caso que suscriba el contrato otra persona en su representación, acompañar poder suficiente del apoderado para asumir todas las obligaciones emergentes del contrato hasta su terminación.

#### 3. Documentos. Personas Físicas / Jurídicas y/o Consorcios

Si la oferta adjudicada estuviera acompañada de documentos emitidos por autoridades extranjeras, el Oferente deberá acompañar los documentos debidamente legalizados por el Consulado Paraguayo del país de emisión del documento y del Ministerio de Relaciones Exteriores de la República del Paraguay.



## Sección VI. Formularios

### Índice de Formularios

FORMULARIO Nº 1.....Información sobre el Oferente

FORMULARIO Nº 2.....Información sobre los Miembros del Consorcio

FORMULARIO Nº 3.....Formulario de Oferta

FORMULARIO Nº 4.....Autorización del Fabricante

FORMULARIO Nº 5.....Garantía de Mantenimiento de Oferta

FORMULARIO Nº 6.....Declaracion Jurada.

FORMULARIO Nº 7.....Declaracion Jurada.

FORMULARIO Nº 8.....Garantía de Anticipo.

FORMULARIO Nº 9.....Garantía de Cumplimiento de Contrato.

*[Faint, illegible text from the reverse side of the page is visible through the paper.]*





## FORMULARIO Nº 1

### Información sobre el Oferente

[El Oferente deberá completar este formulario de acuerdo con las instrucciones siguientes. No se aceptará ninguna alteración a este formulario ni se aceptarán substitutos.]

Fecha: [indicar la fecha (día, mes y año) de la presentación de la Oferta]

LPN No.03/16: [indicar el número del proceso licitatorio]

Página \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ páginas

1. Nombre o Razón Social del Oferente [indicar el nombre legal del Oferente]
2. Si se trata de un Consorcio, nombre jurídico de cada miembro: [indicar el nombre legal de cada miembro del Consorcio]
3. País donde está constituido o incorporado el Oferente en la actualidad o País donde intenta constituirse o incorporarse [indicar el país de ciudadanía del Oferente en la actualidad]
4. Año de constitución o incorporación del Oferente: [indicar el año de constitución o incorporación del Oferente]
5. Dirección jurídica del Oferente en el país donde está constituido o incorporado: [indicar la Dirección jurídica del Oferente en el país donde está constituido o incorporado]
6. Información del Representante autorizado del Oferente:  Nombre: [indicar el nombre del representante autorizado]  Dirección: [indicar la dirección del representante autorizado]  Números de teléfono y facsímil: [indicar los números de teléfono y facsímil del representante autorizado]  Dirección de correo electrónico: [indicar la dirección de correo electrónico del representante autorizado]
7. Se adjuntan copias de los documentos originales de: [marcar la(s) casilla(s) de los documentos originales adjuntos]  (Documentos legales indicados en el Anexo I)





## FORMULARIO Nº 2

### Información sobre los Miembros del Consorcio

[De ser el Oferente un consorcio, el líder y cada uno de sus miembros deberán completar este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas a continuación]

Fecha: [Indicar la fecha (día, mes y año) de la presentación de la Oferta]

LPN No.03/16: [indicar el número del proceso licitatorio]

Página \_\_\_\_ de \_\_\_\_ páginas

1. Nombre jurídico del Oferente [indicar el nombre jurídico del Oferente]
2. Nombre jurídico del miembro del Consorcio [indicar el Nombre jurídico del miembro del Consorcio]
3. Año de constitución o incorporación del miembro del Consorcio: [indicar el año de constitución o incorporación del miembro del Consorcio]
4. Domicilio del Consorcio: [Domicilio del miembro del Consorcio]
5. Información sobre el Representante Autorizado del miembro del Consorcio: Nombre: [indicar el nombre del representante autorizado del miembro del Consorcio ] Dirección: [indicar la dirección del representante autorizado del miembro del Consorcio] Números de teléfono y facsímil: [indicar los números de teléfono y facsímil del representante autorizado del miembro del Consorcio] Dirección de correo electrónico: [indicar la dirección de correo electrónico del representante autorizado del miembro del Consorcio]
6. Copias adjuntas de documentos originales de: [marcar la(s) casillas(s) de los documentos adjuntos] (Documentos legales indicados en el Anexo I).





### FORMULARIO Nº 3

### Formulario de Oferta

[El Oferente completará este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas. No se permitirán alteraciones al contenido de este formulario ni se aceptarán substituciones.]

Fecha: \_\_\_\_\_

LPN No.03/16: \_\_\_\_\_

A: \_\_ (Indicar nombre del Convocante y su dirección) \_\_\_\_\_

Nosotros, los suscritos, declaramos que:

- a) Hemos examinado y no tenemos objeción alguna a los Documentos de Licitación, incluyendo las Instrucciones a los Oferentes (IAO) y las Condiciones Generales del Contrato (CGC) aprobadas por la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas y difundidas en el Sistema de Información de las Contrataciones y las Adendas publicadas,
- b) Nuestra firma no está comprendida en las limitaciones o prohibiciones para contratar con el Estado en general y con esta Convocante en particular, establecidas en el artículo 40 de la Ley Nº 2051/03.
- c) Nos abstenemos de adoptar conductas orientadas a que los funcionarios o empleados del Convocante en el presente llamado, induzcan o alteren las exigencias del llamado, las evaluaciones de las propuestas, el resultado del procedimiento, la ejecución contractual u otros aspectos que pudieran otorgarnos condiciones más ventajosas con relación a los demás participantes, como por ejemplo, y de manera enunciativa y no limitativa, el soborno y la colusión.
- d) Asumimos el compromiso de comunicar por medios fehacientes al Convocante, de manera inmediata a su surgimiento, cualquier alteración en la situación jurídica respecto de las citadas inhabilidades, dejando expresa constancia que independiente a esta situación, automáticamente resta eficacia y validez a la presente.
- e) Declaramos que hemos verificado toda la documentación que compone nuestra oferta y conocemos el contenido de los mismos, incluso de aquellos gestionados por terceros para nosotros y autorizamos a la convocante a confirmar la información por nosotros suministrada en nuestra oferta, a través de cualquier fuente pública o privada de información.
- f) Entendemos que esta oferta, junto con su debida aceptación por escrito incluida en la adjudicación y su notificación, constituirán una obligación contractual entre nosotros, hasta que el contrato formal haya sido perfeccionado por las partes.
- g) Entendemos que la Convocante tiene el derecho de cancelar o declarar desierta la licitación, rechazar todas las ofertas en cualquier momento con anterioridad a la adjudicación del contrato, conforme con lo dispuesto en los artículos 30 y 31 de la Ley Nº 2051/03 de Contrataciones Públicas, sin que por ello incurra en responsabilidad alguna frente a los Oferentes.
- h) Si nuestra oferta es aceptada, nos comprometemos a obtener una Garantía de Cumplimiento





- del Contrato de conformidad con la cláusula 42 de las IAO y cláusula 16 de las CGC;
- i) Nuestra oferta se mantendrá vigente por el período establecido en la cláusula 19.1 de las DDL, a partir de la fecha límite fijada para la presentación de las ofertas de conformidad con la cláusula 19.1 y 23.1 de las Instrucciones a los Oferentes. Esta oferta nos obliga y podrá ser aceptada en cualquier momento hasta antes del término de dicho período;
- j) Ofrecemos proveer los siguientes *[Bienes / Servicios]* de conformidad con los Documentos de la Licitación y de acuerdo con el Plan de Entregas y nos comprometemos a que estos *[Bienes / Servicios]* cumplan a cabalidad con las Especificaciones Técnicas y Requerimientos del Pliego de Bases y Condiciones, siendo el **precio de nuestra oferta el que se indica en la siguiente Lista de Precios:**

**Lista de Precios – Contrato Abierto con cantidades mínimas y máximas**

							Fecha: _____ LPN/No:03/2016		
1	2	3	4	5	6	7		8	9
Item*	Código Catalogo*	Descripción del Bien *	Marca**	Procedencia **	Unidad de Medida*	Cantidad mínima de funcionarios*	Cantidad máxima de funcionarios*	Precio unitario (IVA incluido)**	Precio Total Máximo (IVA incluido)**
1-	8413160 2-001	Servicio de Seguro Médico			Unidad	140	170		
								<b>Precio Total:</b>	

\*Campo a ser completado por el Convocante

\*\*Campo a ser completado por el Oferente

*[Las columnas de marca y procedencia no serán utilizadas en los casos de prestación de servicios, en caso de ser completadas por el Oferente no serán considerada como motivo de invalidez de la oferta]*

*Firma: [indicar el nombre completo de la persona cuyo nombre y calidad se indican] En calidad de [indicar la calidad jurídica de la persona que firma el Formulario de la Oferta]*

*Nombre: [indicar el nombre completo de la persona que firma el Formulario de la Oferta]*

*Debidamente autorizado para firmar la oferta por y en nombre de: [indicar el nombre completo del Oferente]*

*El día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ [indicar la fecha de la firma]*





## FORMULARIO Nº 4

### Autorización del Fabricante, Representante o Distribuidor. (NO SE APLICA)

[El Oferente solicitará al Fabricante, Representante o Distribuidor que complete este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas. Esta carta de autorización deberá estar escrita en papel membrete del otorgante y deberá estar firmado por la persona debidamente autorizada para firmar documentos que comprometan al Fabricante. El Oferente lo deberá incluir en su oferta, si así se establece en los DDL.]

[Este Formulario podrá ser reemplazado por la documentación que pruebe fehacientemente que el Oferente es Representante o Distribuidor de la marca del bien ofertado]

Fecha: [indicar la fecha (día, mes y año) de presentación de la oferta]

LPN No.: [indicar el número del proceso licitatorio]

A: [indicar el nombre completo del Convocante]

#### POR CUANTO

Nosotros [nombre completo del fabricante], como fabricantes oficiales de [indique el nombre de los bienes fabricados], con fábricas ubicadas en [indique la dirección completa de las fábricas] mediante el presente instrumento autorizamos a [indicar el nombre y dirección del Oferente] a presentar una oferta con el propósito de suministrar los siguientes bienes de fabricación nuestra [nombre y breve descripción de los bienes], y a posteriormente firmar el contrato.

Cuando existan servicios conexos como parte del contrato, reconocemos que [indique el nombre del Oferente] cuenta con la capacidad para llevarlos a cabo.

Por este medio extendemos nuestro aval y plena garantía, conforme a la cláusula 27 de las Condiciones Generales del Contrato, respecto a los bienes ofrecidos por la firma antes mencionada.

Firma: \_\_\_\_\_

[firma del(los) representante(s) autorizado(s) del fabricante]

Nombre: [indicar el nombre completo del representante autorizado del Fabricante]





Cargo: [indicar cargo]

Debidamente autorizado para firmar esta Autorización en nombre de: [nombre completo del Oferente]

Fechado en el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_ [fecha de la firma]



0031



## FORMULARIO Nº 5

### Garantía de Mantenimiento de Oferta

[Formulario a utilizarse exclusivamente cuando se instrumente por Garantía Bancaria]

Fecha: \_\_\_\_\_

LPN No.03/16: \_\_\_\_\_

A: \_\_\_\_\_ [nombre completo de la Convocante]

POR CUANTO \_\_\_\_\_, en lo sucesivo denominado "el Oferente" ha presentado su oferta de fecha \_\_\_\_\_ para Via de la Excepción No. \_\_\_\_\_ para el suministro de \_\_\_\_\_ en lo sucesivo denominada "la Oferta".

POR LA PRESENTE dejamos constancia que \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ con domicilio legal en \_\_\_\_\_ (en lo sucesivo denominado "el Garante"), hemos contraído una obligación con \_\_\_\_\_ (en lo sucesivo denominado "la Convocante") por la suma de \_\_\_\_\_, que el Garante, sus sucesores o cesionarios pagarán a la Convocante. Otorgada y firmada por el Garante el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Esta Garantía será ejecutada en los siguientes casos:

- a. Si un Oferente retira su oferta durante el período de validez de ofertas indicado por dicho Oferente en la Presentación de Oferta;
- b. Si no acepta la corrección del precio de su oferta, de conformidad con la Sub-cláusula 30.4 de la Sección I, Instrucciones a los Oferentes (IAO); o
- c. Si el adjudicatario no proceda, por causa imputable al mismo a:
  - i. Firmar el contrato de conformidad con la cláusula 41 de las Instrucciones a los Oferentes; o
  - ii. Suministrar la garantía de cumplimiento de contrato de conformidad con la cláusula 42 las Instrucciones a los Oferentes;
  - iii. Presentar los certificados expedidos por las autoridades competentes que le sean requeridos por la Convocante para comprobar que no se encuentra comprendido en las prohibiciones o limitaciones para contratar con el Estado, conforme al artículo 40 de la Ley N° 2051/03 de Contrataciones Públicas y de acuerdo al artículo 47 del Decreto Reglamentario N° 21909/03 y su modificación, el Decreto N° 5174/05.
- d. Cuando se comprobare que las declaraciones juradas presentadas por el oferente adjudicado con su oferta sean falsas; o
- e. si el adjudicatario no presentare las legalizaciones correspondientes para la firma del contrato, cuando éstas sean requeridas

El Garante se obliga a pagar a la Convocante, hasta el monto arriba indicado, contra recibo de la primera solicitud por escrito por parte de la Convocante, sin que ésta tenga que justificar su demanda. El pago se condiciona a que la Convocante haga constar en su solicitud la suma que le es adeudada en razón de que ha ocurrido por lo menos una de las condiciones antes señaladas, y de que indique expresamente las condiciones que se hubiesen dado.

Esta garantía permanecerá en vigor durante el plazo indicado en la cláusula 20.2 (e) de las DDL, y toda reclamación pertinente deberá ser recibida por el Garante a más tardar en la fecha indicada.

Nombre \_\_\_\_\_ En calidad de \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Debidamente autorizado para firmar la garantía por y en nombre de \_\_\_\_\_

El día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.





**FORMULARIO Nº 6**

**DECLARACION JURADA**

**DE NO ENCONTRARSE COMPRENDIDO EN LAS INHABILIDADES PREVISTAS EN EL ARTÍCULO 40 Y DE INTEGRIDAD ESTABLECIDA EN EL ARTICULO 20, INCISO "W", AMBOS DE LA LEY 2051/03 de CONTRATACIONES PUBLICAS**

Fecha: \_\_\_\_\_

Proceso de Contratación: Modalidad:

Descripción del llamado:

ID (Portal):

A la Convocante:-----

Yo/Nosotros, quien suscribe/n, declaro/amos Bajo Fe de Juramento que, no me/nos encuentro/encontramos comprendido/s en ninguna de las inhabilidades previstas por el Artículo 40 de la Ley Nº 2.051/03 para presentar propuestas y/o contratar con el Estado Paraguayo en general, y con esta Convocante en particular y al proceso de contratación arriba individualizado.-

Asimismo, declaro/amos Bajo Fe de Juramento, que me/nos abstengo/abstenemos de adoptar conductas orientadas a que los funcionarios o empleados de la Convocante en el presente llamado, induzcan o alteren las exigencias del llamado, las evaluaciones de las propuestas, el resultado del procedimiento, la ejecución contractual u otros aspectos que pudiera/n otorgarme/nos condiciones más ventajosas con relación a los demás participantes, como por ejemplo, y de manera enunciativa y no limitativa, el soborno y la colusión.-

Asumo/imos el compromiso de comunicar por medios fehacientes a la Entidad Convocante, de manera inmediata a su surgimiento, cualquier alteración en la situación jurídica respecto de las citadas inhabilidades, dejando expresa constancia que independiente a esta situación, automáticamente resta eficacia y validez a la presente.-

La presente declaración jurada, la hago/hacemos, en los términos y condiciones del Artículo 47 del Decreto Reglamentario Nº 21.909/03 y el artículo 20, inciso "W", de la Ley 2051/03, de "Contrataciones Públicas". Así mismo, declaro conocer y aceptar el contenido y las disposiciones de la Resolución Nº 330/07 de la Dirección General de Contrataciones Públicas.-

Firma El/los Oferente/s

Aclaración de Firma/s





**FORMULARIO Nº 7**

**DECLARACION JURADA**

**POR LA QUE EL OFERENTE GARANTIZA QUE NO SE ENCUENTRA INVOLUCRADO EN PRÁCTICAS QUE VIOLAN LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES REFERENTES AL TRABAJO INFANTIL, ESTIPULADOS EN LA CONSTITUCION NACIONAL, LOS CONVENIOS 138 Y 182 DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT), EL CODIGO DEL TRABAJO, EL CODIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA, DEMAS LEYES Y NORMATIVAS VIGENTES EN LA REPUBLICA DEL PARAGUAY.**

Asunción, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_

Señores

.....

Presente

REF.: (Descripción del llamado).....  
ID: (Portal Contrataciones Públicas).....

De mi/nuestra consideración:

La empresa....., con RUC....., en su calidad de oferente del llamado de referencia, por medio de su/s representante/s legal/es....., con cédula/s de identidad Nº....., formula la presente DECLARACION BAJO FE DE JURAMENTO:

1. QUE no emplea/mos a niños, niñas y adolescentes en tipos de labores consideradas como trabajos prohibidos y en particular "TRABAJO INFANTIL PELIGROSO" de conformidad a lo dispuesto en el Art. 125 del Código del Trabajo, el Art. 54 del Código de la Niñez y la Adolescencia y el Decreto Nº 4951/05 que reglamenta la Ley 1657/01.
2. QUE, en caso de tomar conocimiento de alguna conducta que se aparte de las disposiciones citadas precedentemente y que involucre a nuestros proveedores de bienes y servicios que componen la cadena de producción y comercialización de lo ofertado, denunciare/mos ese hecho ante la instancia pertinente, de conformidad a lo dispuesto en el Artículo 5 del Código de la Niñez y la Adolescencia.
3. QUE en el caso de que emplee/mos adolescentes lo haremos de conformidad a lo que establece el Código del Trabajo y el Código de la Niñez y de la Adolescencia, y sus disposiciones concordantes y complementarias, salvaguardando todos los derechos y garantías del mismo y teniendo presente las obligaciones que como empleador/es me/nos competen.

RECONOCEMOS QUE cualquier violación a esta Declaración facultará a la Convocante a descalificarnos durante la etapa de evaluación de ofertas y/o rescindir el contrato respectivo cualquiera sea su etapa de ejecución, de conformidad a la forma establecida en el artículo 59 de la Ley 2051/03. En estos casos reconozco que no tendré derecho a reembolso de gastos ni a indemnización alguna y seré pasible de la aplicación del procedimiento para imposición de sanciones previsto en la ley 2051/03, independientemente de las demás responsabilidades que me pudieran generar.

Atentamente,

Firma: El/los Oferente/s

Aclaración de Firma/s

( ) En el caso de que emplee/mos adolescentes trabajadores/as entre 14 y 17 años, adjunto/amos copia del Registro del Adolescente Trabajador/a, de conformidad a lo que establece 55 del Código de la Niñez y la Adolescencia.

El presente texto no podrá ser modificado ni alterado, siendo de **Carácter Formal** su presentación.





**FORMULARIO Nº 8**

**Garantía de Anticipo  
(NO SE APLICA)**

*[Formulario a utilizarse exclusivamente cuando se instrumente por  
Garantía Bancaria]*

Fecha: \_\_\_\_\_

No.: \_\_\_\_\_

A: \_\_\_\_\_ *[nombre completo de la Convocante]*

De acuerdo con lo establecido en el Contrato, en relación con pagos de anticipos, \_\_\_\_\_ (en lo sucesivo denominado "el Proveedor") suministrará al Contratante una garantía \_\_\_\_\_, para asegurar el fiel cumplimiento de las obligaciones del Contrato, por la suma de \_\_\_\_\_.

Nosotros los suscritos \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, con domicilio legal en \_\_\_\_\_ (en lo sucesivo denominado "el Garante"), en cumplimiento de instrucciones recibidas del Proveedor, nos obligamos incondicional e irrevocablemente a garantizar, en calidad de obligados principales y no como simple fiadores, a pagar al Contratante, contra su solicitud y sin derecho a objeción alguna de nuestras partes y sin que la Contratante tenga que presentar primero una reclamación ante el Proveedor, una suma que no excederá de \_\_\_\_\_.

Esta garantía permanecerá válida y en pleno vigor desde la fecha en que el Proveedor reciba el anticipo en virtud del Contrato hasta el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nombre \_\_\_\_\_

En calidad de \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Debidamente autorizado para firmar la garantía por y en nombre de \_\_\_\_\_

El día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.





**FORMULARIO Nº 9**

**Garantía de Cumplimiento de Contrato**

*[Formulario a utilizarse exclusivamente cuando se instrumente por Garantía Bancaria]*

Fecha: \_\_\_\_\_  
LPN No.03/16: \_\_\_\_\_

A: \_\_\_\_\_ *[nombre completo de la Convocante]*

POR CUANTO \_\_\_\_\_ (en lo sucesivo denominado "el Proveedor") se ha obligado, en virtud del Contrato N° \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ a suministrar \_\_\_\_\_ (en lo sucesivo denominado "el Contrato").

Y POR CUANTO se ha convenido en dicho Contrato que el Proveedor le suministrará una garantía \_\_\_\_\_ emitida a su favor por un garante de prestigio por la suma ahí establecida con el objeto de garantizar el fiel cumplimiento por parte del Proveedor de todas las obligaciones que le competen en virtud del Contrato.

Y POR CUANTO los suscritos \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, con domicilio legal en \_\_\_\_\_, (en lo sucesivo denominados "el Garante"), hemos convenido en proporcionar al Proveedor una garantía en beneficio de la Contratante.

DECLARAMOS mediante la presente nuestra calidad de Garantes a nombre del Proveedor y a favor de la Contratante, por un monto máximo de \_\_\_\_\_ y nos obligamos a pagar al Contratante, contra su solicitud escrita, en que se afirme que el Proveedor no ha cumplido con alguna obligación establecida en el Contrato, sin argumentaciones ni objeciones, cualquier suma o sumas dentro de los límites de \_\_\_\_\_, sin necesidad de que la Contratante pruebe o acredite la causa o razones que sustentan la reclamación de la suma o sumas indicadas.

Esta garantía es válida hasta el \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nombre \_\_\_\_\_  
En calidad de \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Debidamente autorizado para firmar la garantía por y en nombre de \_\_\_\_\_  
El día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.





**LICITACION PUBLICA NACIONAL N° 03/16  
SEGURO MEDICO  
ADENDA N° 01/16**

Asunción, 31 de mayo de 2016.

La Unidad Operativa de Contrataciones comunica por este medio la Adenda N° 01/16, correspondiente al llamado "SEGURO MEDICO" realizado por Licitación Pública Nacional N° 03/16 "ID N° 307536.

**Sección III. Suministros Requeridos  
1. Especificaciones Técnicas**

**COBERTURA:**

1.2 Para los Centros de Diagnósticos y Laboratorio de Análisis Clínico: Este servicio debe cubrir a los pacientes a domicilio o que concurren al laboratorio en forma programada o en casos de urgencias las 24:00 horas del día, todos los días del año. Debe tener cobertura integral en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables y las determinaciones químicas y microbiológicas. Debe contar con un mínimo de 5 laboratorios y 5 centros de diagnósticos (los mismos deberán tener una antigüedad mínima de 5 (cinco) años de existencia, a partir de la fecha de Certificado de Registro Único y autorización del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social), y en todo momento debe mantener vigente el Certificado de Registro Único y autorización del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en caso que existan cambios deben ser reemplazados por otros y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE con 48hs. de anticipación, la cual manifestará su no objeción o rechazo.

1.3 Si el paciente se encuentra imposibilitado de acudir al laboratorio las muestras para dichas determinaciones serán retiradas del domicilio particular o lugar de internación y realizadas por los laboratorios contratados por LA PRESTADORA DE SERVICIOS, debiéndose solicitar el mismo vía telefónica; siendo dicho servicio a cargo de la Prestadora de Servicios. Los recargos por traslados de equipos a sanatorios o domicilio serán por cuenta de la Prestadora de Servicios.

**1.4 CAPACIDAD DE SERVICIO:**

Para las internaciones, el contratista deberá habilitar los centros asistenciales con las coberturas respectivas en los siguientes lugares:

Localidad		Cantidad mínima de Centros Asistenciales Habilitados
Asunción		8 – ocho
Asunción		<u>2 – dos con terapia para niños</u>
San Lorenzo	Coronel Oviedo	1 – uno
Fernando de la Mora	Caazapá	1 – uno
Luque	Encarnación	1 – uno
Villa Elisa	San Juan Bautista	1 – uno
Ñemby	San Ignacio	1 – uno
Lambaré	Paraguarí	1 – uno
Concepción	Ciudad del Este	1 – uno
San Estanislao	Pilar	1 – uno
Caacupé	Pedro Juan Caballero	1 – uno
Villarrica		1 – uno

- En caso de que la prestadora de servicio no cuente con sanatorios propios o terciarizados en determinadas localidades, la misma deberá proceder al reintegro o reembolso de todos los gastos en que incurrió el beneficiario de acuerdo a la cobertura establecida del presente contrato. Se deberá poner a conocimiento de la convocante en que localidades no cuenta con sanatorios propios o terciarizados.
- Debe contar con un mínimo de 5 laboratorios y 5 centros de diagnósticos y rehabilitación en el Gran Asunción (los mismos deberán tener una antigüedad mínima de 5 (cinco) años de existencia, a partir de la fecha de Certificado de REGISTRO Único y autorización del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social)



**PROGRAMA DE SUMINISTROS  
ASISTENCIA MEDICA-SANATORIAL INTEGRAL**

**C) TERAPIA INTENSIVA O INTERMEDIA, INCUBADORA Y LUMINOTERAPIA:**

Cobertura de medicamentos y descartables nacionales e importados (ya sean inyectables, suspensión, comprimidos, o en cualquier presentación), descartables, oxígeno insumos personales imprescindibles y materiales para transfusión, **hasta Gs. 35.000.000.- (Guaraníes treinta y cinco Millones)**, por evento y en todo concepto. El excedente del importe del medicamento y descartables nacionales e importados no utilizados dentro de los 15 días, podrá ser utilizado hasta el límite establecido en el presente contrato no considerando el límite de días.

Uso de incubadora y luminoterapia: hasta el alta del paciente.

**G) OTROS SERVICIOS CUBIERTOS INTEGRALMENTE  
En Internaciones y Servicios de Guardia:**

Deben estar cubiertos con los derechos operatorios en todo tipo de internaciones e intervenciones quirúrgicas, la utilización de electrocardiógrafo, rayos x del sanatorio, colchones de aire-agua, monitor, monitor fetal, cuna térmica, video.

Inyecciones, vacunaciones, nebulizaciones, servicio de enfermería, toma de presión arterial, aplicación de ultrasonidos, masajes, infrarrojo, medicamentos y materiales descartables y otros necesarios que pueda necesitar el asegurado en este servicio, tanto para casos de accidente, como para cualquier requerimiento de atención en este Servicio, tendrá una cobertura total sin costo e inmediata para el BENEFICIARIO. Para estos casos no existirá limitaciones y la cobertura deberá ser bajo prescripción médica.

Examen médico preventivo anual, que incluya examen clínico, análisis de rutina, rayos x de tórax, ECG, y para mujeres estudio de PAP, tendrá una cobertura total sin costo para el BENEFICIARIO. También deberá incluir para los casos de los niños en edad escolar, así como la emisión de certificados solicitados por sus colegios, y para los casos con chicos con problemas de salud que les impida la realización de ejercicios físicos y que deban demostrarse fehacientemente con dicho certificado expedido por el profesional médico.

- Cobertura por medicamentos nacionales e importados por un valor de **Gs. 12.000.000 (Guaraníes doce millones)** por evento y en todo concepto, sea por internaciones clínicas, quirúrgicas, partos y cesáreas y servicio de urgencias, para el beneficiario titular, su grupo familiar y adherentes. Cobertura de Materiales descartables utilizados por valor **Gs. 5.000.000 (Guaraníes cinco millones)** por evento y en todo concepto, para el beneficiario titular, su grupo familiar y adherentes.

Materiales de osteosíntesis en general, por valor de **Gs. 6.000.000 (Guaraníes seis millones)**, por evento.

**J) COBERTURA DE EMERGENCIA:**

Se contemplará en los casos de emergencia la utilización de sala de operación e internación en las cirugías maxilofaciales, incluido anestesia **y del profesional a cargo de la prestadora de seguro**

**MEDICINA DE ALTA COMPLEJIDAD**

El criterio a ser empleado en este ítem es el de lograr una cobertura del **(60%) sesenta por ciento** (para la determinación de porcentajes se tendrá en cuenta los valores de mercado) en concepto de honorarios médicos y prótesis de cualquier tipo, los derechos operatorios deberán estar cubiertos.

**ANEXO DE MEDICINAS POR IMÁGENES**

Todos los estudios de medicina por imágenes deberán tener una **cobertura total**, y en todos los casos es por persona y sin límites, siempre que provengan de una orden escrita del médico tratante.

**Mielografía c/ contraste y especialista**

**Medicina Nuclear (con descuento del 80%)**

Cámara-gamma (perfusión miocárdica con talio, tecnecio, S.P.E.C.T.)	Centellografía hepática
Centellografía glándula salivar	Centellografía ósea
Centellografía sangrado intestinal	Centellografía pulmonar
Centellografía cerebral	Centellografía renal
Centellografía de tiroides o mapeo	Centellografía testicular

EL LISTADO ES MERAMENTE INDICATIVO Y NO LIMITATIVO, SE DEBERÁ INCLUIR TODOS LOS TIPOS DE ESTUDIOS CON SUS DIFERENTES VARIANTES SIN EXCLUSION ALGUNA.

**Terapia cobalto (con 80% de descuento)**

Angiomas radiot. sup. d.t. 10 irrad. p/campo	Carcinoma oral lesión gang. irrad. p/campo
Ca. cuello-cuerpo uter. lesión sola p/campo	Carcinoma oral mas campo anexo
Ca. cuello-cuerpo uter. mas anexo	Carcinoma pulmonar cobalto
Carc. de lengua lesión gang. anexo	Carcinoma s/maxilar lesión sola cobalto
Carc. mamario b cobalto s/op. c/cad.gang.	Carcinoma s/maxilar mas campo anexo
Carc. mamario cobalto solo tumor s/cicat.	Cicatriz queuloide s/aplicación
Carc. pene lesión sola co. irrad. p/campo	Huesos (tumores) co. irrad. por campo
Carc. pene mas campo anexo r. gang	Linfomas co. irrad. nodal infodiaf.
Carc. vejiga cobalto irrad. p/campo	Linfomas co. irrad. nodal supradiaf.
Carcinoma cutáneo epitel. d.t. 25 p/campo	Linfomas co. irrad. nodal total
Carcinoma esofágico mas campo anexo	Linfomas co. una región ganglionar
Carcinoma esofágico lesión sola cobalto	Rodioterapia antiinflam. prom. c/aplic.
Carcinoma laríngeo lesión sola cobalto	Seminoma co. rad. prof. d.t. 50 irrad. nod. tot.
Carcinoma laríngeo mas campo anexo	Tumores cerebrales en general co. irrad. camp.

EL LISTADO ES MERAMENTE INDICATIVO Y NO LIMITATIVO, SE DEBERÁ INCLUIR TODOS LOS TIPOS DE ESTUDIOS CON SUS DIFERENTES VARIANTES SIN EXCLUSION ALGUNA.

**ANEXO DE ESTUDIOS LABORATORIALES:**

El listado complementa el anexo de estudios laboratoriales:

Chikunguña IgG	Chikunguña IgM
Zika - Elisa IgM	Diagnóstico molecular por PCR de Chikunguña
Zika RT - PCR	Sangre CA 19-9 Antígeno Sangre
Troponina I - Ultrasensible Cuantitativa	

EL LISTADO ES MERAMENTE INDICATIVO Y NO LIMITATIVO, SE DEBERÁ INCLUIR TODOS LOS TIPOS DE ANALISIS CON SUS DIFERENTES VARIANTES, SIN EXCLUSIÓN ALGUNA.

Los demas puntos de las Especificaciones Tecnicas, quedan en las mismas condiciones solicitadas en el PBC.



*Melania Arévalo Villalba*  
Lic. Melania Arévalo Villalba

Jefa Interina

Dpto. de la Unidad Operativa de Contrataciones





LICITACION PUBLICA NACIONAL N° 03/16  
SEGURO MEDICO  
ADENDA N° 02/16

Asunción, 20 de junio de 2016.

La Unidad Operativa de Contrataciones comunica por este medio la Adenda N° 02/16, correspondiente al llamado "SEGURO MEDICO" realizado por Licitación Pública Nacional N° 03/16 "ID N° 307536.

- **Fecha de Tope de consulta:**  
Fecha: 22 de junio de 2016  
Hora: 10:00 Hs.
- **Fecha límite para presentar ofertas:**  
Fecha: 29 de junio de 2016  
Hora: 09:00 Hs
- **Fecha y hora de Apertura de ofertas:**  
Fecha: 29 de junio de 2016  
Hora: 09:15 Hs

**Sección V. – Modelo de Contrato N°**

2. Documentos que Integran el Contrato:

Inc. (f) la Póliza de fiel Cumplimiento de Contrato 5%.

6. Vigencia del Contrato

El plazo de vigencia de este Contrato es desde el 01 de Agosto del año 2016 al 31 de julio del año 2017.

7. Plazo, lugar y condiciones de la Provisión de Bienes. (Se suprime)

**Sección VI. Condiciones Especiales del Contrato (CEC)**

<b>CGC 14.5</b>	El Plazo después del cual la contratante deberá pagar interés al proveedor es de 60 (sesenta) días, a ser calculado sobre el importe neto en guaraníes de la factura en mora. La tasa de interés que se aplicara es del 0,5 % (cero coma cinco por ciento) por el periodo de demora hasta que haya efectuado el pago completo.
---------------------	--

<b>CGC 17.5</b>	La liberación de la Garantía de Cumplimiento tendrá lugar: Con la entrega total de los bienes a satisfacción de la contratante. <b>NO APLICA</b>
---------------------	--

**J) COBERTURA DE EMERGENCIA:**

Se contemplará en los casos de emergencia la utilización de sala de operación e internación en las cirugías maxilofaciales, incluido anestesia. Se permitirá el acceso del Profesional, cuyo costo será asumido por el usuario directo.



*M. Arévalo*

**Lic. Melania Arévalo Villalba**  
Jefa Interina  
Dpto. de la Unidad Operativa de Contrataciones







**LICITACION PUBLICA NACIONAL N° 03/16  
SEGURO MEDICO  
ADENDA N° 03/16**

Asunción, 21 de junio de 2016.

La Unidad Operativa de Contrataciones comunica por este medio la Adenda N° 03/16, correspondiente al llamado "SEGURO MEDICO" realizado por Licitación Pública Nacional N° 03/16 "ID N° 307536.

**Sección III. – SUMINISTROS REQUERIDOS**

**2. Plan de Entrega (Bienes)**

Descripción del servicio	Entrega	Vigencia del contrato	Plazo de entrega del servicio
Seguro médico Integral	Directamente a los beneficiarios	01/08/2016 Hasta 31/07/2017	Inmediata en todos los servicios

**SECCION VI – FORMULARIOS**

**EL ANEXO SECCION VI. (FORMULARIO N° 3 – FORMULARIO DE OFERTA) SE ENCUENTRA EN ARCHIVO APARTE QUE SE EXPONE A PRESENTE ADENDA, A TAL EFECTO LA CONVOCANTE DEBERÁ MANTENERLO EN FORMATO WORD A FIN DE QUE LE OFERENTE LO PUEDA UTILIZAR EN LA PREPARACION DE SU OFERTA.**



*Melania Arevalo*

**Lic. Melania Arevalo Villalba**  
Jefa Interina  
Dpto. de la Unidad Operativa de Contrataciones



0037





### FORMULARIO Nº 3

### Formulario de Oferta

[El Oferente completará este formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas. No se permitirán alteraciones al contenido de este formulario ni se aceptarán substituciones.]

Fecha: \_\_\_\_\_

LPN No.03/16: \_\_\_\_\_

A: \_\_ (Indicar nombre del Convocante y su dirección) \_\_\_\_\_

Nosotros, los suscritos, declaramos que:

- a) Hemos examinado y no tenemos objeción alguna a los Documentos de Licitación, incluyendo las Instrucciones a los Oferentes (IAO) y las Condiciones Generales del Contrato (CGC) aprobadas por la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas y difundidas en el Sistema de Información de las Contrataciones y las Adendas publicadas,
- b) Nuestra firma no está comprendida en las limitaciones o prohibiciones para contratar con el Estado en general y con esta Convocante en particular, establecidas en el artículo 40 de la Ley N° 2051/03.
- c) Nos abstenemos de adoptar conductas orientadas a que los funcionarios o empleados del Convocante en el presente llamado, induzcan o alteren las exigencias del llamado, las evaluaciones de las propuestas, el resultado del procedimiento, la ejecución contractual u otros aspectos que pudieran otorgarnos condiciones más ventajosas con relación a los demás participantes, como por ejemplo, y de manera enunciativa y no limitativa, el soborno y la colusión.
- d) Asumimos el compromiso de comunicar por medios fehacientes al Convocante, de manera inmediata a su surgimiento, cualquier alteración en la situación jurídica respecto de las citadas inhabilidades, dejando expresa constancia que independiente a esta situación, automáticamente resta eficacia y validez a la presente.
- e) Declaramos que hemos verificado toda la documentación que compone nuestra oferta y conocemos el contenido de los mismos, incluso de aquellos gestionados por terceros para nosotros y autorizamos a la convocante a confirmar la información por nosotros suministrada en nuestra oferta, a través de cualquier fuente pública o privada de información.
- f) Entendemos que esta oferta, junto con su debida aceptación por escrito incluida en la adjudicación y su notificación, constituirán una obligación contractual entre nosotros, hasta que el contrato formal haya sido perfeccionado por las partes.
- g) Entendemos que la Convocante tiene el derecho de cancelar o declarar desierta la licitación, rechazar todas las ofertas en cualquier momento con anterioridad a la adjudicación del contrato, conforme con lo dispuesto en los artículos 30 y 31 de la Ley N° 2051/03 de Contrataciones Públicas, sin que por ello incurra en responsabilidad alguna frente a los Oferentes.
- h) Si nuestra oferta es aceptada, nos comprometemos a obtener una Garantía de Cumplimiento del Contrato de conformidad con la cláusula 42 de las IAO y cláusula 16 de las CGC;
- i) Nuestra oferta se mantendrá vigente por el período establecido en la cláusula 19.1 de las DDL, a partir de la fecha límite fijada para la presentación de las ofertas de conformidad con



[Faded header text]

[Faded title text]

[Faded paragraph of text]

[Faded text block]

[Faded text block]

[Faded text block]

[Faded paragraph of text]





la cláusula 19.1 y 23.1 de las Instrucciones a los Oferentes. Esta oferta nos obliga y podrá ser aceptada en cualquier momento hasta antes del término de dicho período;

- j) Ofrecemos proveer los siguientes *[Bienes / Servicios]* de conformidad con los Documentos de la Licitación y de acuerdo con el Plan de Entregas y nos comprometemos a que estos *[Bienes / Servicios]* cumplan a cabalidad con las Especificaciones Técnicas y Requerimientos del Pliego de Bases y Condiciones, siendo el **precio de nuestra oferta el que se indica en la siguiente Lista de Precios:**

**Lista de Precios – Contrato Abierto con cantidades mínimas y máximas**

							Fecha: _____ LPN/No:03/2016		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Item*	Código Catalogo*	Descripción del Bien *	Marca**	Procedencia **	Unidad de Medida*	Cantidad mínima de funcionarios*	Cantidad máxima de funcionarios*	Precio unitario (IVA incluido)**	Precio Total Máximo (IVA incluido)**
1-	8413160 2-001	Servicio de Seguro Médico			Unidad	140	170		
								<b>**Precio Total:</b>	

\*Campo a ser completado por el Convocante

\*\*Campo a ser completado por el Oferente

**Observación:**

Precio unitario (IVA incluido)**	Precio Total Máximo (IVA incluido)**
Corresponde al costo mensual por cada funcionario	Calcular en base a la cantidad Máxima de Funcionarios por precio unitario por 12 meses

*[Las columnas de marca y procedencia no serán utilizadas en los casos de prestación de servicios, en caso de ser completadas por el Oferente no serán considerada como motivo de invalidez de la oferta]*

Firma: *[indicar el nombre completo de la persona cuyo nombre y calidad se indican]* En calidad de *[indicar la calidad jurídica de la persona que firma el Formulario de la Oferta]*

Nombre: *[indicar el nombre completo de la persona que firma el Formulario de la Oferta]*

Debidamente autorizado para firmar la oferta por y en nombre de: *[indicar el nombre completo del Oferente]*

El día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ *[indicar la fecha de la firma]*



0039



LICITACION PUBLICA NACIONAL N° 03/16  
SEGURO MEDICO  
ACLARATORIA N° 01/16

Asunción, 20 de junio de 2016.

La Unidad Operativa de Contrataciones comunica por este medio la Aclaratoria N° 01/16, correspondiente al llamado "SEGURO MEDICO" realizado por Licitación Pública Nacional N° 03/16 "ID N° 307536.

**Sección III. Suministros Requeridos**

**1. Especificaciones Técnicas**

**COBERTURA:**

**CONSULTA 1:** 1.2: Para los Centros de Diagnósticos y Laboratorio de Análisis Clínico: Este servicio debe cubrir a los pacientes a domicilio o que concurren al laboratorio en forma programada o en casos de urgencias las 24:00 horas del día, **todos los días del año**.

Se entiende que en casos de urgencias los pacientes recurrirán a un sanatorio habilitado para este servicio, el cual derivara a Centros de Diagnósticos o laboratorios según necesidad las 24hs. El día todos los días del año?

**Respuesta:** Se recomendó el agregado a los efectos de evitar discrepancias en la interpretación limitativa de los días hábiles laborales de aquellos días Domingos y feriados

**CONSULTA 2:** 1.3 Si el paciente se encuentra imposibilitado de acudir al laboratorio las muestras para dichas determinaciones serán retiradas del domicilio **particular o lugar de internación** y realizadas por los laboratorios contratados por LA PRESTADORA DE SERVICIOS, debiéndose solicitar el mismo vía telefónica; siendo dicho servicio a cargo de la Prestadora de Servicios.

Se entiende que **que imposibilitado** es aquel que por razones físicas no puede ser trasladado por ningún medio de transporte que no sea una ambulancia.

Se entiende que "lugar de internación" se refiere al Sanatorio habilitado por la prestadora, donde el paciente se encuentra internado y con la cobertura del Plan.

Se entiende que este servicio domiciliario será prestado por los laboratorios habilitados por cada Zona.

**Respuesta:** Se recomendó el agregado a los efectos de evitar discrepancias en la interpretación limitativa de que solo sea desde el domicilio o lugar de residencia particular.

**CONSULTA 3:**

**J) COBERTURA DE EMERGENCIA:**

Se contemplará en los casos de emergencia la utilización de sala de operación e internación en las cirugías maxilofaciales, incluido anestesia y del profesional a cargo de la prestadora de Seguro.

Respecto a la Solicitud de cobertura de honorarios para cirugías buco maxilofacial, consideramos que esta no corresponde con el servicio licitado ya que la oferta es presentada para cobertura medico sanatorial y no odontológica (Realizada por Odontólogo). Por lo expuesto solicitamos que los honorarios de profesional queden a cargo del paciente.

**Respuesta:** Se Modifica a través de la Adenda N° 02/16



Lic. Melanía Arévalo  
Jefa Interina Dpto. - U.O.C.





**CONSULTA 4:**

**Póliza de Fiel Cumplimiento de Contrato:** favor aclarar cuál será el Porcentaje de la Póliza de fiel cumplimiento de Contrato, teniendo que en la CEC 17.1 establece 5%; y en Modelo del Contrato, Clausula 2 inc. F establece 10% y en la cláusula 8 establece 5%.

**Respuesta:** Se Modifica a través de la Adenda N° 02/16

**CONSULTA 5:**

Favor aclarar la tasa de interés que se aplicara por mora en el pago del servicio, teniendo en cuenta que en las CEC. 14.1; 14.2 y 14.3 establecen 0,5% y en 14.5 establece 1%.

**Respuesta:** Se Modifica a través de la Adenda N° 02/16

**CONSULTA 6: CEC 17.5**

Consideramos que lo establecido en este punto no aplica al contrato de prestación de servicios, pues se refiere a bienes

**CONSULTA 7: Modelo de Contrato Clausula 6 "Vigencia del Contrato"**

Solicitando en este punto especificar fecha de inicio y final del contrato

**Respuesta:** Se Modifica a través de la Adenda N° 02/16

**CONSULTA 8: Modelo de Contrato Clausula 7 "Plazo, lugar y condiciones de la provisión de bienes"**

Teniendo en cuenta que este punto no aplica al contrato solicitamos la supresión del mismo.

**Respuesta:** Se Modifica a través de la Adenda N° 02/16



*Melania Arévalo*  
**Lic. Melania Arévalo Villalba**  
Jefa Interina  
Dpto. de la Unidad Operativa de Contrataciones





LICITACION PUBLICA NACIONAL N° 03/16  
SEGURO MEDICO  
ACLARATORIA N° 02/16

Asunción, 23 de junio de 2016.

La Unidad Operativa de Contrataciones comunica por este medio la Aclaratoria N° 02/16, correspondiente al llamado "SEGURO MEDICO" realizado por Licitación Pública Nacional N° 03/16 "ID N° 307536.

**Sección III. Suministros Requeridos**  
**1. Especificaciones Técnicas**

**COBERTURA:**  
**CONSULTA 1:**

1.2: Para los Centros de Diagnósticos y Laboratorio de Análisis Clínico: Este servicio debe cubrir a los pacientes a domicilio o que concurren al laboratorio en forma programada o en casos de urgencias las 24:00 horas del día, todos los días del año.

Se entiende que en casos de urgencias los pacientes recurrirán a un sanatorio habilitado para este servicio, el cual derivara a Centros de Diagnósticos o laboratorios según necesidad las 24hs. El día todos los días del año?

**Respuesta Aclaratoria N° 01/16:** Se recomendó el agregado a los efectos de evitar discrepancias en la interpretación limitativa de los días hábiles laborales de aquellos días Domingos y feriados.

*Respecto a este punto, aclaramos que los Centros de Diagnósticos y Laboratorios diferencian los días hábiles de los feriados dando en estas últimas solo atención en los casos de urgencias, los casos programados deben ser solicitados en días y horarios hábiles... de no estar de acuerdo con esta modalidad establecida por los Laboratorios y Centros de Diagnósticos consideramos que esta exigencia es de cumplimiento imposible.*

**ACLARACION:** La convocante acepta el criterio aclaratorio, siempre y cuando en todos los Centros Asistenciales de Diagnóstico y Laboratorios Habilitados el Asegurado pueda realizar los Estudios de Diagnóstico que hacen a la urgencia de acuerdo con los recursos disponibles y los casos programados deben ser solicitados en días y horarios hábiles.

**CONSULTA 2:**

1.3 Si el paciente se encuentra imposibilitado de acudir al laboratorio las muestras para dichas determinaciones serán retiradas del domicilio particular o lugar de internación y realizadas por los laboratorios contratados por LA PRESTADORA DE SERVICIOS, debiéndose solicitar el mismo vía telefónica; siendo dicho servicio a cargo de la Prestadora de Servicios.

Se entiende que "que imposibilitado" es aquel que por razones físicas no puede ser trasladado por ningún medio de transporte que no sea una ambulancia.

Se entiende que "lugar de internación" se refiere al Sanatorio habilitado por la prestadora, donde el paciente se encuentra internado y con la cobertura del Plan.

Se entiende que este servicio domiciliario será prestado por los laboratorios habilitados por cada Zona.

**Respuesta Aclaratoria N° 01/16:** Se recomendó el agregado a los efectos de evitar discrepancias en la interpretación limitativa de que solo sea desde el domicilio o lugar de residencia particular.

*Se podrá cumplir con este punto siempre y cuando el paciente se encuentre internado en un Sanatorio Habilitado con Cobertura habilitada y se solicite un laboratorio de la Zona para Determinaciones cubiertas por contrato.*

**Aclaración:** La convocante da conformidad respecto a las aclaraciones remitidas y de acuerdo a la cobertura con los centros Médicos Habilitados por la Prestadora Del Seguro.



*Melania Arévalo*  
**Lic. Melania Arévalo Villalba**  
**Jefa Interina**  
**Dpto. de la Unidad Operativa de Contrataciones**



004'

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

El presente documento tiene como finalidad informar a los señores médicos de la especialidad de Medicina Interna que se encuentran inscritos en el Registro de Médicos de la Secretaría de Salud Pública, en relación con el proceso de actualización de sus datos personales y profesionales.

Atentamente,  
Lic. M. Guadalupe Rodríguez  
Directora General de Registro y Estadística Médica

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

En virtud de lo establecido en el artículo 10 del Reglamento de la Ley de Ejercicio de la Medicina y de la Ley de Ejercicio de la Odontología, se requiere que los señores médicos de la especialidad de Medicina Interna que se encuentran inscritos en el Registro de Médicos de la Secretaría de Salud Pública, actualicen sus datos personales y profesionales.

Para ello, se les solicita que presenten el formulario de actualización de datos personales y profesionales, el cual se encuentra disponible en el sitio web de la Secretaría de Salud Pública, en el apartado de Registro y Estadística Médica.

El presente formulario debe ser llenado y firmado por el interesado, y presentado en el Registro de Médicos de la Secretaría de Salud Pública, en el domicilio que se indica a continuación.

Registro de Médicos de la Secretaría de Salud Pública  
Calle de la Salud 100, Col. Centro, CDMX, México, D.F.  
Teléfono: (55) 5622-1111  
Correo electrónico: registro@salud.gob.mx

Es importante destacar que el presente proceso de actualización de datos personales y profesionales es obligatorio para todos los señores médicos de la especialidad de Medicina Interna que se encuentran inscritos en el Registro de Médicos de la Secretaría de Salud Pública.

En caso de tener alguna duda o requerir asistencia, se les invita a contactar al Registro de Médicos de la Secretaría de Salud Pública, en el domicilio que se indica a continuación.

Registro de Médicos de la Secretaría de Salud Pública  
Calle de la Salud 100, Col. Centro, CDMX, México, D.F.  
Teléfono: (55) 5622-1111  
Correo electrónico: registro@salud.gob.mx

En virtud de lo establecido en el artículo 10 del Reglamento de la Ley de Ejercicio de la Medicina y de la Ley de Ejercicio de la Odontología, se requiere que los señores médicos de la especialidad de Medicina Interna que se encuentran inscritos en el Registro de Médicos de la Secretaría de Salud Pública, actualicen sus datos personales y profesionales.

Para ello, se les solicita que presenten el formulario de actualización de datos personales y profesionales, el cual se encuentra disponible en el sitio web de la Secretaría de Salud Pública, en el apartado de Registro y Estadística Médica.

El presente formulario debe ser llenado y firmado por el interesado, y presentado en el Registro de Médicos de la Secretaría de Salud Pública, en el domicilio que se indica a continuación.

Registro de Médicos de la Secretaría de Salud Pública  
Calle de la Salud 100, Col. Centro, CDMX, México, D.F.  
Teléfono: (55) 5622-1111  
Correo electrónico: registro@salud.gob.mx

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA





**LICITACION PUBLICA NACIONAL N° 03/16  
SEGURO MEDICO  
ADENDA N° 04/16**

Asunción, 28 de junio de 2016.

La Unidad Operativa de Contrataciones comunica por este medio la Adenda N° 04/16, correspondiente al llamado "SEGURO MEDICO" realizado por Licitación Pública Nacional N° 03/16 "ID N° 307536.

- **Fecha de Tope de consulta:**  
Fecha: 29 de junio de 2016  
Hora: 08:00 Hs.
- **Fecha límite para presentar ofertas:**  
Fecha: 06 de julio de 2016  
Hora: 09:00 Hs
- **Fecha y hora de Apertura de ofertas:**  
Fecha: 06 de julio de 2016  
Hora: 09:15 Hs

**Sección III. – SUMINISTROS REQUERIDOS**

**CONDICIONES GENERALES DE PRESTACIÓN**

- i) LA PRESTADORA DE SERVICIOS desde la vigencia del Contrato deberá habilitar una oficina para evacuar las consultas sobre las coberturas médicas, y la realización de vacaciones a los Asegurados podrán ser realizadas en forma personal o vía fax en un horario establecido de lunes a viernes de 07:00hs. a 17:00hs. y los días sábados de 08:00 hs. a 11:00hs; para los casos de urgencias las 24hs.



*M. Arévalo*

**Lic. Melania Arévalo Villalba**  
Jefa Interina  
Dpto. de la Unidad Operativa de Contrataciones





**LICITACION PUBLICA NACIONAL N° 03/16  
SEGURO MEDICO  
ADENDA N° 05/16**

Asunción, 04 de julio de 2016.

La Unidad Operativa de Contrataciones comunica por este medio la Adenda N° 05/16, correspondiente al llamado "SEGURO MEDICO" realizado por Licitación Pública Nacional N° 03/16 "ID N° 307536.

- **Fecha de Tope de consulta:**  
Fecha: 06 de julio de 2016  
Hora: 08:00 Hs.
- **Fecha límite para presentar ofertas:**  
Fecha: 12 de julio de 2016  
Hora: 09:00 Hs
- **Fecha y hora de Apertura de ofertas:**  
Fecha: 12 de julio de 2016  
Hora: 09:15 Hs

**Sección III. Suministros Requeridos  
1. Especificaciones Técnicas**

**B) HONORARIOS PROFESIONALES PARA CONSULTAS Y TRATAMIENTOS:**

Tratamiento clínico de enfermedad bariométrica		Tratamiento clinico de obesidad
--	--	---------------------------------

EL LISTADO ES MERAMENTE INDICATIVO Y NO LIMITATIVO, SE DEBERÁ INCLUIR TODOS LOS TIPOS DE CONSULTAS Y TRATAMIENTOS EN ESPECIALIDADES QUE NO FIGUREN EN EL PUNTO ANTERIOR, CUBRE UN ARANCEL DEL 100% A CARGO DEL SEGURO.

Los demas puntos de las Especificaciones Tecnicas, quedan en las mismas condiciones solicitadas en el PBC.



*Melania Arévalo Villalba*  
**Lic. Melania Arévalo Villalba**  
Jefa Interina  
Dpto. de la Unidad Operativa de Contrataciones







Instituto Nacional de  
Cooperativismo

**TETÁ REKUAI**  
**GOBIERNO NACIONAL**  
Máno fando repór a'wáa guwa  
construyendo el futuro hoy

**Cuadro Comparativo de Ofertas - Servicio de Seguro Medico**

Item	Descripción	UNIDAD DE MEDIDA	SANTA CLARA S.A.		PRECIO UNITARIO (IVA INCLUIDO)	MONTO TOTAL MAXIMO (IVA INCLUIDO)
			CANTIDAD MINIMA DE FUNCIONARIO	CANTIDAD MAXIMA DE FUNCIONARIOS		
1	SERVICIO DE SEGURO MEDICO	UNIDAD	140	170	1.000.000	2.040.000.000

2.040.000.000

Precio Unitario (IVA Incluido)	Precio total Maximo (IVA Incluido)
Corresponde al Costo mensual por cada Funcionario	Calcular en base a la Cantidad Máxima de Funcionario por Precio Unitario por 12 Meses



*M. Méndez*

Lily Méndez Arévalo  
Jefa Interina Dpto. - U.O.C.



3044

