

Subasta a la Baja Electrónica

Acta de Sesión Pública Virtual

SBE ID N° 369892

En la ciudad de Asunción, Capital de la República del Paraguay siendo las 9:29 del día 10/12/2019, en el domicilio de la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas, EE.UU. N° 961 casi Tte Fariña, en la dirección web individualizada como "www.dncp.gov.py" de conformidad a lo establecido en la legislación vigente, finaliza la SUBASTA A LA BAJA ELECTRONICA con ID N° 369892 - Contratación de Seguro Médico para funcionarios del Ministerio de Hacienda de la Institución:

Código Verificador: 8959c78fc7a0a1c1e2e999bfabf4190b

Nivel de Entidad:	Poder Ejecutivo
Entidad:	Ministerio de Hacienda
UOC:	Uoc Ministerio de Hacienda
Código SICP:	1049

Los listados obtenidos en el presente procedimiento de contratación realizado son los siguientes:

Listado de Avisos

No existen avisos para esta subasta

Listado de Consultas

CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
Nos dirigimos, en el marco de la LPN Nro. 15/2019 ID 369.892, para la Contratación de Seguro Médico para Funcionarios del Ministerio de Hacienda – Segundo llamado plurianual. Analizada a cabalidad el Pliego de Bases y Condiciones y las Adendas publicadas en el SICP, con el afán de presentar oferta en el marco del proceso individualizado a de forma a dar mayor participación a potenciales oferentes, ya que poseemos los recursos humanos, financieros y legales para llevar adelante la prestación exigida, por tener vasta experiencia en Servicios Médicos Sanatoriales y Medicina de Alta Complejidad. Que, en cumplimiento de los Principios Generales que rigen las compras públicas, específicamente el de Igualdad y Libre Competencia, es que realizamos a continuación nuestras consultas con respecto a los siguientes puntos: 1) Sección II (B) Experiencia y capacidad Técnica reza: El oferente deberá presentar copias de contratos ejecutados de provisión o facturación de ventas y recepciones finales de servicios de seguro médico (incluye cualquier servicio dentro del ámbito), por un monto equivalente al 30% como mínimo del monto total máximo ofertado en la presentación licitación, en la sumatoria de los cinco últimos años (2015/2016/2017/2018/2019) en Instituciones Publicas y/o privadas. Podrán presentar la cantidad de contratos y recepciones finales que fueren necesarios para acreditar el volumen o monto solicitado. En este sentido, tal como lo hemos expuesto precedentemente, a fin de dar mayor participación a potenciales oferentes en cumplimiento del principio de Igualdad y Libre Competencia es que solicitamos que sea reformulado aceptando contratos en provisión y facturación de servicios médicos sanatoriales, debiendo quedar el pliego redactado de la siguiente forma: (B) Experiencia: : El oferente deberá presentar copias de contratos ejecutados de provisión y/o facturación de ventas con sus respectivas recepciones finales de servicios de seguro médico y/o Servicios Médicos Sanatoriales (incluye cualquier servicio dentro del ámbito), por un monto equivalente al 30% como mínimo del monto total máximo ofertado en la presentación licitación, en la sumatoria de los cinco últimos años (2015/2016/2017/2018/2019) en Instituciones Publicas y/o privadas. Podrán presentar la cantidad de contratos y recepciones finales que fueren necesarios para acreditar el volumen o monto solicitado., por un monto equivalente al 70% como mínimo del monto total ofertado en la presentación licitación, de los cinco últimos años (2015/2016/2017/2018/2019) en Instituciones Públicas y/o privadas. Podrán presentar la cantidad de contratos y recepciones finales que fueren necesarios para acreditar el volumen o monto solicitado 2) En estrecha relación con el punto anteriormente expuesto, en la Sección II del PBC, (B) Experiencia 2, reza: Debe demostrar contar con al menos 1 contrato de prestación de medicina pre-paga con instituciones públicas o privadas de al menos el 30% del total de beneficiarios bajo el régimen de cobertura que asciende a 7.853 aproximadamente.....). Solicitamos que dicho requisito sea eliminado. 3) El PBC, en la Sección II (B) Experiencia 4 reza: Debe presentar constancias de auditoria Aprobada por la Superintendencia de Salud de los últimos 3 (tres) años y teniendo en cuenta que el certificado de dicho organismo es emitido de forma anual a las empresas del rubro y que con el certificado vigente queda demostrado que el mismo CUMPLE con los requerimientos exigidos por la entidad. Solicitamos que dicho requisito sea eliminado.	06-11-2019	15:32:21
RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora

Listado de Consultas

<p>Punto 1. El criterio de facturación es un indicador de experiencia que permite inferir si el oferente ha ejecutado o se encuentra en condiciones de ejecutar un contrato del mismo objeto y de envergadura que el presente llamado. La cobertura médica en materia de seguro médico de los funcionarios del Ministerio de Hacienda es una cuestión de interés público debido al gran número de personas que dependen de dicho servicio, razón por la cual, la Convocante debe establecer criterios de selección que garanticen que los oferentes tienen experiencia previa en la prestación de servicios de seguro médico, administración de diversos prestadores y de recursos, que no es lo mismo que la prestación de servicios sanatoriales. Por dichos motivos, nos ratificamos en la redacción del PBC en cuanto al criterio señalado. Además, lo exigido posibilita que un oferente demuestre capacidad de solo el 30% de lo que sería el monto máximo a ejecutar en el presente contrato. Por lo que no se puede considerar una limitante. Disminuir o ajustar a lo que pretende la consulta, no trataría de una apertura a potenciales oferentes, sino adecuarla a un criterio en que el mismo cumpla, que no se condice del mercado, ya que existen más de 5 empresas que cumplen sobradamente con dicho criterio. Además los requerimientos permiten el consorcio. Empero ello, la consultante no funda dicha pretensión sobre un criterio técnico, que permita evaluar lo propuesto, por lo que no procede. Punto 2, Este criterio se funda en la determinación de la Convocante de asegurar que la eventual empresa adjudicada cuente con experiencia e infraestructura mínima, para la prestación efectiva e inmediata que garantice la cobertura tanto en atención, internación, análisis, diagnósticos y otros. Este indicador sirve para que el oferente demuestre que cuenta con dicha capacidad y que la misma no expondría a la Contratante a eventuales situaciones que afecten a la atención médica de sus beneficiarios. El mismo fue ajustado a un mínimo (30% del total de la población actual) para garantizar la participación de empresas serias, con posicionamiento firme en el mercado, por lo que no se puede alegar que sea limitante, ya que existen varias en condiciones de cumplir con este requerimiento. Así mismo, la consultante no funda dicha pretensión sobre un criterio técnico, que permita evaluar lo propuesto, por lo que no procede. Punto 3, El criterio se define para garantizar que las potenciales oferentes tengan como mínimo 3 años de experiencia en el rubro, operando bajo las condiciones establecidas por la Superintendencia de Salud. Este criterio coincide con la experiencia mínima requerida, así como con los años de facturación, por lo que consideramos que la misma es coherente con todos los criterios exigidos. En el mismo sentido, no vemos un fundamento técnico que ampare dicha pretensión, por lo que no procede.</p>	12-11-2019	09:08:25
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
1. Considerando que el plazo de contratación solicitado es de 18 meses, solicitamos se considere un incremento del importe de la cuota al menos del 15% a partir del mes 13 del presente contrato.	06-11-2019	18:37:58
RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
La modificación del precio unitario está prohibida por la Ley N° 2051/2003, Art. 63. El reajuste es aplicable en los términos de la variación del IPC o mediante la aplicación de la fórmula establecida para el tipo de servicio contratado y este último solo puede ser analizado dada la ocurrencia del hecho. A través de la adenda N° 1 se modifica el plazo de contratación a 15 meses.	12-11-2019	09:09:11
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
2. En cuanto a porcentaje para pagos de adherentes, en el caso de los adultos mayores la prima a abonar debería mínimamente ser de un 70% hasta 70 años, 80% para 71 años y más.	06-11-2019	18:39:01
RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
La convocante ha realizado una disminución considerable de la cobertura con respecto a años anteriores, tomando como base el promedio de siniestralidades y cantidad de adherentes, que permiten compensar el porcentaje establecido para adherentes pago, no procede la modificación solicitada.	12-11-2019	09:09:59
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
3. Se podría considerar dentro los descartables los equipos, instrumentales y otros en general?	06-11-2019	18:43:35
RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Equipos e instrumentales son conceptos totalmente distintos de descartables, al pedir que se consideren otros en general, es muy vaga la consulta, no tiene precisión. Las EETT publicadas resultan de un trabajo de análisis respecto a la incidencia de estos ítems, por lo que consideramos que la distribución, tope y diferenciación son aceptables dentro del presupuesto disponible por funcionario. Por lo que no procede la modificación solicitada.	12-11-2019	09:11:26
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
Solicitamos adjuntar lista de estudios laboratoriales, de medicina por imágenes y estudios de diagnósticos a ser cubiertos a fin de cuantificar la incidencia de los mismos en la cotización.	06-11-2019	18:44:32
RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
El punto de consulta no ha sido un factor limitante para la cotización en contratos anteriores. La convocante ha realizado una disminución considerable de la cobertura, tomando como base el promedio de siniestralidades y cantidad de adherentes. Las EETT publicadas resultan de un trabajo de análisis respecto a la incidencia de estos ítems, por lo que consideramos que la distribución, tope y diferenciación son aceptables dentro del presupuesto disponible. Por lo que no procede la modificación solicitada.	12-11-2019	09:12:10
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
Respecto a los días de internación solicitamos un límite máximo de 45 días para cada uno de los beneficiarios, por el plazo de duración el contrato.	06-11-2019	18:45:57
RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Con base al análisis realizado sobre el uso e incidencia en la ejecución del contrato vigente, la convocante se ratifica en lo exigido en las EETT.	12-11-2019	09:12:37
CONSULTA		

Listado de Consultas

Consulta Realizada	Fecha	Hora
Solicitamos adjuntar lista de las cirugías a ser cubiertas por este contrato a fin de cuantificar la incidencia de los mismos en la cotización.	06-11-2019	18:46:47
RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
El punto de consulta no ha sido un factor limitante para la cotización en contratos anteriores. La convocante ha realizado una disminución considerable de la cobertura, tomando como base el promedio de siniestralidades y cantidad de adherentes. Las EETT publicadas resultan de un trabajo de análisis respecto a la incidencia de estos ítems, por lo que consideramos que la distribución, tope y diferenciación son aceptables dentro del presupuesto disponible. Por lo que no procede la modificación solicitada	12-11-2019	09:13:11
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
En cuanto a las cirugías videolaparoscópicas, vesícula, apéndice y diagnosticas entendemos serán cubiertas los honorarios el 100%, todas las otras CVL serán con el 80%?	06-11-2019	18:47:51
RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Sobre este punto la Convocante se ratifica en lo exigido en las EETT.	12-11-2019	09:13:41
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
8. En cuanto a la especialidad de dermatología y oftalmología se solicita que el alcance de la cobertura sea exclusivamente para el titular.	06-11-2019	18:48:29
RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Resulta inconducente diferenciar al titular de los beneficiarios y adherentes pago, que tienen la misma cobertura del servicio que se contrata. Las EETT publicadas resultan de un trabajo de análisis respecto a la incidencia de estos ítems, por lo que consideramos que la cobertura requerida se ajusta al presupuesto disponible y a la satisfacción de las necesidades institucionales.	12-11-2019	09:14:10
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
En la especialidad de Dietología se sugiere un máximo de 12 consultas por el periodo de la duración del contrato.	06-11-2019	18:50:46
RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Este punto será modificado a través de la Adenda N° 1, se limita a 15 consultas por beneficiario, por contrato.	12-11-2019	09:14:35
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
En cuanto a las cirugías flebología entendemos que el tratamiento y o las cirugías serán exclusivamente la convencionales. Sugerimos que, aquellas que utilicen laser sea a cargo del abonado.	06-11-2019	18:52:08
RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
La convocante se ratifica en lo exigido en las EETT	12-11-2019	09:16:02
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
11. En la especialidad de Mastología, entendemos que serán cubiertas aquellas cirugías reconstructivas que no estén vinculadas con la ginecomastia, hipertrofia mamaria ni reducciones.	06-11-2019	20:00:17
RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Favor remitirse a la Adenda N° 1.	12-11-2019	09:16:36
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
En cuanto a la especialidad de Neuroradiología sugerimos que esta sea con arancel preferencial.	06-11-2019	20:01:04
RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Este punto encuentra su límite de cobertura en el apartado Especialidades según Alta Complejidad, por lo que la Convocante se ratifica en lo exigido en las EETT	12-11-2019	09:17:05
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
Respecto al Stent medicado o no medicado solicitamos sea incluido como parte de la cobertura de medicamentos y descartables.	06-11-2019	20:02:38
RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Favor remitirse a la Adenda N° 1	12-11-2019	09:17:46
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
Respecto a las interconsultas con médicos del plantel solicitamos sea hasta 6 por el periodo de la duración del contrato aquellos profesionales médicos que no pertenezcan al plantel serán a cargo de los pacientes	06-11-2019	20:03:33

Listado de Consultas

RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Primer punto de la consulta: la interconsulta con médicos del plantel de la prestadora, se mantiene según EETT. Punto 2, en cuanto a que los honorarios médicos de profesionales que no sean del plantel estén a cargo de los pacientes, favor remitirse a la Adenda N° 1.	12-11-2019	09:18:45
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
Respecto a la cobertura de las internaciones para patologías crónicas Y/o pre existentes de los adherentes pagos solicitamos sean considerados con un límite de 15 días por la duración del contrato y una cobertura de hasta 10.000.000 en cuanto a medicamentos y descartables.	06-11-2019	20:05:47
RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Resulta inconducente diferenciar al titular de los beneficiarios y adherentes pago, que tienen la misma cobertura del servicio que se contrata. Las EETT publicadas resultan de un trabajo de análisis respecto a la incidencia de estos ítems, por lo que consideramos que la cobertura requerida se ajusta al presupuesto disponible y a la satisfacción de las necesidades institucionales	12-11-2019	09:19:24
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
Respecto a la alta Complejidad se entiende que en este ítem están cubiertas cateterismo cardiaco y angioplastia, cirugía de cabeza y cuello incluida tiroides, cirugía de mano artroplastias todas las torácicas, radioterapia, vascular periférica oncológicas?.	06-11-2019	20:07:24
RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Favor remitirse a las EETT.	12-11-2019	09:20:11
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
Respecto a las cirugías de otorrinolaringología endoscópicas solicitamos se considere con coberturas del 70%	06-11-2019	20:09:53
RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Favor remitirse a la Adenda N° 1	12-11-2019	09:20:57
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
1.Si el recién nacido hijo de titular, naciere en los Sanatorios adheridos a EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS, será considerado como parte del grupo familiar de forma inmediata, y con todas las coberturas contempladas para el asegurado, pero de igual manera el titular deberá realizar la comunicación al MH para oficializar el vínculo, y esta a su vez a EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS en un plazo no mayor de 10 días desde la fecha del nacimiento. Consulta : Se entiende que la inserción automática podrá ser en el sanatorio Cabecera, ya que con los demás Sanatorios no existe forma de incluir en forma directa, debe quedar a cargo de los padres la comunicación y el pedido de inclusión a fin de habilitarlo para el servicio. 2. Para los demás casos, en que el recién nacido hijo de titular, no naciere en alguno de los Sanatorios adheridos a EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS, y requiera ser atendido, no podrá negar la prestación de los servicios, pero el titular deberá realizar la comunicación al MH para oficializar el vínculo, en un plazo de 48 horas y esta a su vez a EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS en un plazo no mayor de 24 horas. Consulta: Entendemos que la habilitación de los servicios al recién nacido puede ser exigido una vez comunicada a la prestadora el evento del advenimiento?.	06-11-2019	20:10:43
RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Punto 1, la convocante se ratifica en las EETT, Punto 2, Si el afectado no cumple con lo requerido en las EETT la prestadora podrá negar la prestación del servicio.	12-11-2019	09:25:51
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
1. El plantel médico del Staff de los sanatorios y centros habilitados que figuran en el listado de profesionales proveído por EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS, deberán estar a disposición del beneficiario, no pudiendo requerir el profesional médico, el sanatorio adherido y Centros Habilitados, ningún pago extra al beneficiario, aludiendo razones de orden interno con EL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS Consulta: Entendemos que los profesionales deberán estar a disposición del beneficiario en los horarios establecidos para consultas en consultorios. 2. Los médicos que realicen atenciones en consultorios particulares habilitados en la guía, en ningún caso solicitarán cobro de sus consultas, procedimientos, tratamientos, estudios, controles, etc., los cuales están garantizados con la cobertura de este contrato. Consulta: Entendemos que Los médicos que realicen atenciones en consultorios particulares habilitados en la guía en los días y horarios establecidos serán sin costo. No así para las consultas en fines de semana, feriados o madrugadas?	06-11-2019	20:11:31
RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Punto 1) Si las consultas son ambulatorias, el titular, beneficiarios o adherentes deberán adecuarse a los horarios de consultorio de los profesionales. En caso de pacientes internados, dependerá de la necesidad del afectado. Punto 2) La interpretación es correcta	12-11-2019	09:26:54
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
1.Punto 24 de Condiciones Generales de Prestación Segundo Parrafo...Cada alta sanatorial y los excesos de gastos del Titular y grupo beneficiario incluido Adherente Pago serán comunicadas a la Coordinación técnica.....el informe no deberá exceder de las 48 hs. Comentario: Este punto consideramos de cumplimiento imposible ya que la Prestadora de Servicios una vez emitida la cobertura hasta los límites del contrato ya no accede a la diferencia de los servicios que el paciente pudiera requerir.	06-11-2019	20:12:33

Listado de Consultas

RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
La Convocante se ratifica en las EETT.	12-11-2019	09:27:35
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
Cuantos apercibimientos recibirá el proveedor antes de la aplicación de multas en caso de comprobarse el incumplimiento de contrato?	06-11-2019	20:13:50
RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Los reclamos no resueltos entre la convocante y el proveedor serán comunicados a la CUOC para las multas correspondientes.	12-11-2019	09:28:52
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
Punto F Otros servicios cubiertos integralmente Deben estar cubiertos los derechos operatorios en Todo tipo de servicios, urgencias, internaciones e intervenciones quirúrgicas, estudios de diagnósticos, medicina por imágenes..... Consulta: Respecto a este punto solicitamos se puedan citar los servicios a cubrir ya que no se puede cotizar lo que no se conoce.	07-11-2019	10:36:27
RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
El punto de consulta no ha sido un factor limitante para la cotización en contratos anteriores. La convocante ha realizado una disminución considerable de la cobertura, tomando como base el promedio de siniestralidades y cantidad de adherentes. Las EETT publicadas resultan de un trabajo de análisis respecto a la incidencia de estos ítems, por lo que consideramos que la distribución, tope y diferenciación son aceptables dentro del presupuesto disponible. Por lo que no procede la modificación solicitada.	12-11-2019	09:29:22
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
Sección III, Especificaciones Tecnicas, Beneficiarios, pág. 10, donde dice: Titular Casado/a, su conyuge (ya sea matrimonio, unión de hecho o concubinato presentando los documentos establecidos en las disposiciones legales vigentes en el país)... Consulta: Entendemos que para la union de hecho o concubinato la documentación requerida será Información sumaria de testigo dictaminada por el Juez.?	07-11-2019	10:37:11
RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
La unión de hecho deberá estar acreditada judicialmente conforme a lo establecido en el Código Civil.	12-11-2019	09:29:51
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
Sección III, Especificaciones Tecnicas, Beneficiarios, pág. 10, donde dice: El titular con Divorcio Vincular o el Viudo/a declarados ante el MH, incluirán como miembro y/o grupo familiar a sus hijos/as hasta la finalización del mes en que cumplan los 25 años, hijos/as con discapacidad sin limites de edad. (No incluye cobertura de maternidad para las hijas solteras del titular) y si el titular divorciado/a, viudo/a, no tienen hijos/as en su grupo familiar podrán incluir a uno de los padres sin costo. Igualmente en los casos de matrimonio entre dos funcionarios del MH. Consulta: Entendemos que una vez incluido a uno de los padres, si se diera el caso, este deberá permanecer hasta la finalización del contrato y podrá ser unicamente sustituido en caso de fallecimiento.?	07-11-2019	10:38:08
RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
La interpretación es correcta.	12-11-2019	09:30:33
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
Sección III, Especificaciones Tecnicas, Beneficiarios, pág. 11, donde dice: El titular podrá incluir en su grupo familiar hasta 1 (una) persona en situación de dependencia directa que sea padre o madre y/o bajo tutoria/ guarda declarada... Consulta: Entendemos que la prestadora podrá solicitar al MH las documentaciones establecidas en las disposiciones legales vigentes en el país para los casos de dependencia.?	07-11-2019	10:38:47
RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
La interpretación es correcta.	12-11-2019	09:31:04
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
Sección V, Modelo de contrato, cláusula 7 plazo, lugar y condiciones de la provisión de bienes, pág. 41, donde dice 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... Consulta : Siendo el contrato una prestación de servicio, entendemos que la presente cláusula será adaptada a dicha figura y la aplicación del servicio serán realizados en las direcciones de los proveedores indicados en la oferta.?	07-11-2019	10:39:21
RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
Las condiciones de prestación se registrarán conforme a las EETT.	12-11-2019	09:31:31
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
Respecto a la cobertura de maternidad entendemos que la misma no es cubierta para las hijas del titular independiente de su estado civil.?	07-11-2019	10:40:40
RESPUESTAS		

Listado de Consultas

Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
La interpretación es correcta.	12-11-2019	09:31:56
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
En el caso de que el Paciente necesite sangre plasma y/o derivados.... El Sanatorio y/o Centro Asistencial deberá proveer.... Consulta: Entendemos que podrá proveer según disponibilidad del CENSSA ya que la provisión de la sangre depende de esta Institución.	07-11-2019	10:41:38
RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
La prestadora deberá proveer según lo establecido en las EETT y agotadas todas las instancias (CENSSA), la falta de disponibilidad no será imputable a la prestadora.	12-11-2019	09:32:21
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
Punto 27....de Condiciones Generales de Prestación En ningún caso el Centro de Internación podrá requerir garante o aval.... Comentario: El mecanismo que se pretende implantar para este punto es totalmente inviable y de imposible cumplimiento ya que una vez agotada la cobertura que es respaldada por el contrato, no se puede detener la atención al paciente hasta que decidan confirmar que necesitan un aval o garante que se haga cargo de la deuda que se va generando.	07-11-2019	10:42:36
RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
La Convocante se hace responsable hasta los límites de cobertura.	12-11-2019	09:33:06
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
Punto 28 de Condiciones Generales de Prestación En caso de discrepancia en la definición y/o aplicación de las prestaciones contractuales se actuará conforme a lo que establezca la dependencia especializada del MSPyBS... Consulta: ...Cual es la Dependencia al que se refiere?	07-11-2019	10:43:09
RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
La Superintendencia de Salud	12-11-2019	09:33:29
CONSULTA		
Consulta Realizada	Fecha	Hora
Sección IV, Condiciones Especiales del Contrato en el CGC 28, donde dice: El valor de las multas será.... Todos los reclamos presentados, sean de carácter administrativos o médicos relacionados al servicio contratado, serán analizados por la Cordinación Técnica de Seguridad y Desarrollo Social y/o el Auditor Médico de la Contratante a efectos de la definición de la existencia de responsabilidades por parte de la Contratista, la cual tendrá la posibilidad de realizar su descargo respectivo en el plazo definido por la Contratante que no deberá exceder los 5 días hábiles, primando la urgencia y gravedad del caso reclamado. Este procedimiento se realizará siempre previamente a la aplicación de cualquier sanción. Comentario: Entendemos que el derecho a la defensa es un derecho inalienable amparado Constitucionalmente. No puede existir dicho proceso si el juzgador es juez y parte, es imprescindible que el proceso de analisis y juzgamiento sea realizado por un imparcial. Por tanto, la contratante no puede analizar y juzgar sobre un caso que atañe a su misma Institución. Se solicita un juzgador imparcial, un proceso justo y previamente reglamentado antes de la aplicación de cualquier multa. Asimismo, por la gran cuantía de la multa la misma debe ser acorde al daño causado por el incumplimiento de contrato. Por lo expuesto se solicita que el porcentaje de la multa se expresado desde 0.1% hasta un 3% del valor mensual afectado. Se solicita una modificación en el PBC respecto a este tema	07-11-2019	10:48:42
RESPUESTAS		
Respuestas Obtenidas	Fecha	Hora
La convocante se remite a lo establecido en el Pliego de Bases y Condiciones; y las reglamentaciones vigentes.	12-11-2019	09:34:42

Listado de Proveedores Participantes

Nro. Garantía	Tipo	ENTIDAD EMISORA	Fecha Emisión	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia
Oferente: SANTA CLARA SA MEDICINA PREPAGA - RUC: 80002917-8			Categoría: Sin categorizar		Nro. Oferente: 1
28.1508004478.0000	Póliza	Aseguradora Yacyreta	09-12-2019	10-12-2019	18-04-2020

Listado de Propuestas por Proveedor

DATOS DEL ITEM			
Item Nro.	Código	Descripción del Item	Cantidad
1	84131602-001	Servicio de Seguro Médico	2551

PROPUESTAS INICIALES

Of. - RUC	Marca	Fabricante	Modelo	Procedencia	Descripción	Precio Unit.	Precio Total
SANTA CLARA SA MEDICINA PREPAGA - 80002917-8	Santa Clara S.A.	No aplica	No aplica	Paraguaya	Servicio de Seguro Médico	12.975.000	33.099.225.000

Beneficio MyPIMES

No existe beneficio MyPIMES para esta subasta

Listado General de todas las Ofertas

1 - LoteTotal

Oferente	Precio	Fecha	Hora	Estado
SANTA CLARA SA MEDICINA PREPAGA - 80002917-8	33.099.225.000	10-12-2019	09:02:57.730	Propuesta
Código Verificador:			5f85d498000cf7c834172f6433c6ee6c	

Mejores Lances de cada Proveedor por Item

1 - LoteTotal

Oferente	Mejor Precio
SANTA CLARA SA MEDICINA PREPAGA - 80002917-8	33.099.225.000

Items Ganados por Proveedor

Proveedor: 80002917-8 - SANTA CLARA SA MEDICINA PREPAGA

Item	Precio Ganador
1 - LoteTotal	33.099.225.000

Listado de Mensajes

1 - LoteTotal

Mensaje	Fecha	Hora
EL GRUPO HA SIDO ABIERTO. FAVOR REALIZAR SUS RESPECTIVOS LANCES.	10-12-2019	09:10:45.192
Buenos días, comenzamos la Subasta.	10-12-2019	09:10:53.346
En breve pasamos a la Etapa de Puja.	10-12-2019	09:10:59.104
Señor/a oferente, le recordamos que el subastador ya no tiene comunicación en las etapas de puja y aleatoria.	10-12-2019	09:12:55.546
Atención pasamos a la etapa de puja.	10-12-2019	09:14:57.412
LA ETAPA DE PUJA HA COMENZADO.	10-12-2019	09:14:59.858
EL PERIODO ALEATORIO HA COMENZADO. EL GRUPO PUEDE CERRARSE EN CUALQUIER MOMENTO.	10-12-2019	09:20:59.982
EL PERIODO ALEATORIO HA CULMINADO.	10-12-2019	09:29:16.000
EL GRUPO HA SIDO CERRADO. YA NO SE RECIBEN LANCES.	10-12-2019	09:29:16.108

Con lo que se da por terminado el acto previa lectura de su contenido suscribiendo el/a Subastador/a encargado/a de llevar adelante el procedimiento, en dos ejemplares de un solo tenor y a un solo efecto, en el lugar y fecha de su otorgamiento.