PAC N°: 317.783

ADENDA N° 01

DEPARTAMENTO DE LICITACIONES UOC N° 01 NIVEL CENTRAL DEL M.S.P. y B.S.

COMUNICA POR ESTE MEDIO; QUE EN EL MARCO DE LA **LICITACION PUBLICA NACIONAL N° 90/2016 "SERVICIO TERCERIZADO DE TERAPIA INTENSIVA PARA EL MSP Y BS" – PLURIANUAL** SE REALIZAN LAS SIGUIENTES MODIFICACIONES AL PLIEGO DE BASES Y CONDICIONES ESPECÍFICAMENTE EN LOS SIGUIENTES PUNTOS, QUEDANDO REDACTADOS DE LA SIGUIENTE MANERA:

Sección IV. Condiciones Especiales del Contrato (CEC)

CGC 14.1; 14.2 y 14.3	Las formas y condiciones de pago al Proveedor en virtud del Contrato serán las siguientes: El pago del Suministro se efectuará con fondos previstos en el grupo: 200; Subgrupo: 270; Fuente de Financiamiento 10 "Recursos del Tesoro" del Presupuesto General de la Nación para el Ejercicio 2016, asignado al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; aprobado por Ley N° 5.554/15 "Que Aprueba el Presupuesto General de la Nación, para el Ejercicio Fiscal 2016"; y de conformidad al Plan de Caja, conjuntamente con los fondos efectivamente transferidos y a la Emisión del Código de Contratación. El saldo correspondiente al 2017 se encuentra sujeto a la aprobación del Presupuesto General de la Nación para el Ejercicio Fiscal 2017. **EL OFERENTE:** El oferente adjudicado deberá solicitar el pago mediante nota dirigida a la Dirección de Coordinación del Sistema Integrado de Urgencias y Emergencias – S.I.N.U.E., quien una vez corroborado el expediente clínico médico con la facturación realizada, remitirá el expediente a Ventanilla Única de Proveedores de la Dirección General de Administración y Finanzas, para lo cual el oferente deberá adjuntar la Orden de Servicio (la cual será emitida al egreso del paciente), la Factura y Acta de Recepción debidamente firmado por los responsables, al momento de recepción de los bienes.- **A la Nota de solicitud de pago se debe adjuntar los siguientes documentos:** 1. **FACTURA CRÉDITO:** Que, deberá ser presentada en forma separada por cada uno de los pacientes internados, en un tiempo no mayor a **10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES LUEGO AL EGRESO DEL PACIENTE.** 2. **EXPEDIENTE CLÍNICO** completo de cada paciente compuesto de: a) **HOJA DE REMISIÓN O TRASLADO DE PACIENTE DESDE EL SERVICIO DE SALUD** de donde es remitido al Servicio Privado, el cual deberá contener los siguientes aspectos: Nombre y Apellido del Profesional Médico que remite al paciente, con sello y N° de Registro Profesional vigente, dato completo del paciente, resumen clínico e indicaciones médicas de ingreso a las Unidades de Terapias Intensivas. b) **CERTIFICACIÓN DE NO DISPONIBILIDAD DE CAMA** de Terapia Intensiva en el sector público emitido por la dirección del Sistema Integrado de Urgencias y Emergencias (SINUE) y la Dirección de Terapias Emergencias y Urgencias Hospitalarias (TESUH). c) **FICHA DE TRASLADO DE SEME**, firmada y refrendado por el médico regulador y el familiar del paciente. d) Copia de la **CÉDULA DE IDENTIDAD POLICIAL O CERTIFICADO DE NACIMIENTO DEL PACIENTE Y DEL RESPONSABLE.** e) **HISTORIA CLÍNICA** de la Sala de Cuidados Intensivos, [illegible] por los

responsables del Sanatorio al cual fue remitido el paciente, que deberá contener: Nombres y Apellidos del Profesional Médico, sello y N° de Registro Profesional vigente, Score de gravedad de ingreso a UTI.

f) **HOJAS DE EVOLUCIÓN MÉDICA**, con Nombre y Apellido del Profesional Médico, sello y N° de Registro Profesional vigente. Todas las Inter Consultas realizadas deberán registrarse en la Hoja de Evolución Clínica y en la Hoja de Interconsultas.
g) **HOJAS DE INDICACIONES MÉDICAS** con la **HOJA DE ENFERMERÍA** (Hoja sábana de Unidades de Terapias Intensivas - UTI), con Nombre y Apellido del Profesional Médico, sello y N° de Registro Profesional vigente.
h) **FORMULARIO DE CONSULTA DE ASEGURADO DE IPS**
i) **PLANILLA POR FECHA DE DETALLE DEL USO DE LOS MEDICAMENTOS**
j) **PENSIÓN (según anexos establecidos en especificaciones técnicas)**
k) **PLANILLA POR FECHA DE DETALLE DE ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO Y LABORATORIO**
l) **FICHA SOCIAL.**
m) **CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CON EL SEGURO SOCIAL APORTE OBRERO PATRONAL IPS.**
n) **CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO TRIBUTARIO.**

Todo lo anterior citado como documentación del expediente deberán ser copias autenticadas por los responsables Directivos de los oferentes adjudicados.

Una vez reunido los requisitos previos detallados en la presente CGC firmados por el SINUE y el TESUH, el pago se realizará dentro de los **60 (sesenta) días** calendario de la recepción de la Factura y de los servicios efectivamente entregados conforme al expediente efectivamente ingresado por Ventanilla Única de Proveedores de la Dirección General de Administración y Finanzas. La moneda de pago será en guaraníes.

La Ejecución de los Contratos quedará a cargo de la Coordinación Administrativa de la Dirección de Terapias Emergencias y Urgencias Hospitalarias TESUH., para su obligación, pago y posterior rendición de cuentas.

A los efectos de este Contrato en aplicación del Art. de la Ley 3.439/07 "De Contrataciones Públicas, se retendrá el 0,4 % sobre el importe de cada factura, deducido los impuestos correspondientes.

Asunción, 13 de octubre de 2016

Ing. WALTER Sergio Barrios
Director General
Dirección Operativa de Contrataciones
MSP y BS