REPÚBLICA DEL PARAGUAY

Sistema Nacional de Formación y Capacitación Laboral (SINAFOCAL)

PLIEGO DE BASES Y CONDICIONES

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL N° 01/2020

"CONTRATACIÓN DE SEGURO MÉDICO INTEGRAL PARA FUNCIONARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN LABORAL (SINAFOCAL) – AD REFERÉNDUM - PLURIANUAL"

ID N° 380.193

Adenda N° 1

MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCIÓN - UOC
REPÚBLICA DEL PARAGUAY
SINAFOCAL

Aprobado por Resolución DNCP Nº 2859 de fecha 13 de julio de 2020

Asunción, 27 enero del 2021.-

Señores

POTENCIALES OFERENTES

PRESENTE

La Dirección de la Unidad Operativa de Contrataciones UOC del Sistema Nacional de Formación y Capacitación Laboral (SINAFOCAL) dependiente del Ministerio del Trabajo, Empleo y Seguridad Social MTESS de conformidad a lo establecido en la Ley 2051/03, procede a emitir la siguiente **ADENDA Nº 01** al Pliego de Bases y Condiciones correspondiente al llamado a **Licitación Pública Nacional N° 01/2020 con ID N° 380.193 "CONTRATACIÓN DE SEGURO MÉDICO INTEGRAL PARA FUNCIONARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN LABORAL (SINAFOCAL) – AD REFERÉNDUM - PLURIANUAL.**

De igual manera, les recordamos que la presente enmienda formará parte del Pliego de Bases y Condiciones y, por consiguiente, será de observación y aplicación obligatoria por parte de los oferentes.

Se realiza las siguientes modificaciones, quedando los demás puntos no mencionados invariables y vigentes. -

MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCION - UOC
REPUBLICA DEL PARAGUAY
SINAFOCAL

LILIAN BÁEZ

ENCARGADA DE DESPACHO

SINAFOCAL

Observaciones: se ha procedido a modificar los siguientes puntos:

DATOS DE LA LICITACIÓN

Los datos de la licitación serán consignados en esta sección y en el SICP, los mismos forman parte de los Documentos de la presente Licitación.

IAO 21.1	Además del original, el oferente deberá presentar 0 (cero) copias.-

REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN Y CRITERIOS DE EVALUACION

8. Experiencia Requerida

Con el objetivo de calificar la experiencia del oferente, se considerarán los siguientes índices:
Existencia Legal
Existencia legal de por lo menos 10 (diez) años de antigüedad en el mercado paraguayo, lo cual será comprobado por medio de la Constancia de Inscripción en el RUC y/o Estatutos Sociales.-

Experiencia

Se estudiará la antigüedad en el ramo que acredita su experiencia (fecha de Certificado de Registro y Autorización del MSPYBS, Art. 245 de la Ley 836/80 "Código Sanitario"); deberá contar con una experiencia mínima de 10 (diez) años en la prestación de servicios de Seguro Médico, contados desde la fecha de autorización del MSPYBS, a ser comprobada mediante el primer certificado de Registro y Habilitación expedido por el MSPYBS para operar como empresa de medicina prepaga.

Deberá demostrar experiencia como proveedor de servicios de Seguro Médico (medicina pre paga), con al menos 3 (tres) contratos corporativos en cada uno de los últimos tres (3) años (2017, 2018 y 2019). Los contratos podrán ser del sector público y/o privado, con un mínimo de 200 (doscientos) asegurados, y deberán estar acompañados de las respectivas constancias de cumplimiento satisfactorio (se acepta parcial en caso de contratos vigentes).

En el caso que el oferente haya sido adjudicado anteriormente para la prestación de servicios con esta Convocante, deberá presentar constancia de satisfacción correspondiente al último contrato adjudicado emitida por parte del SINAFOCAL.

Además, de los contratos presentados en cada año solicitado, al menos el 50% debe corresponder a contratos con entidades públicas, pudiendo acreditar el 50% restante con contratos corporativos de medicina Pre-paga privados, siempre y cuando cumplan con los requisitos anteriormente mencionados.

8.1. Requisitos documentales para evaluar el presente criterio:

1. Constancia de Inscripción en el RUC y/o Estatutos Sociales.

2. Primer certificado de Registro y Habilitación expedido por el MSPYBS para operar como empresa de medicina prepaga
3. Copias de los contratos, acompañados por la correspondiente constancia de satisfacción.

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y SUMINISTROS REQUERIDOS

1. Especificaciones Técnicas

2. 2 ESPECIFICACIONES TECNICAS

1. <u>BENEFICIARIOS</u>:

1.1 BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR

a) Titular

Funcionario nombrado, personal contratado/a y/o comisionado/a del Sistema Nacional de Formación y Capacitación Laboral (SINAFOCAL); hasta los 65 (sesenta y cinco) años de edad.

b) Plan Familiar:

- **Titular soltero/a:**

1. Sus padres, hasta el día que cumplan los 85 años de edad.
2. Sus hijos/as hasta el día que cumplan los 25 años de edad (incluso los que se encuentren bajo el régimen de tutela judicial).-
3. En caso de no contar con padres e hijos, se podrá incluir hasta 2 (dos) hermanos con límite de 65 años de edad, en relación de dependencia económica con el/la titular.-
4. Los hijos nacidos durante la vigencia del contrato, dentro o fuera del prestador de servicios del contrato.-

- **Titular Viudo/a, Divorciado/a:**

Será considerado como titular soltero/a, con sus beneficios como tales.-

- **Titular Soltero/a, o Viudo/a, Divorciado/a:**

  A falta de Padre o Madre (fallecido), podrá asegurar a su madrastra o padrastro hasta el día que cumplan los 85 años de edad, debiendo acreditar debida y fehacientemente dicha circunstancia con documentos legales (ya sea por matrimonio formal o por matrimonio de hecho).-

Observaciones:

- Hijos/as con capacidades diferentes (en todos los casos), sin límite de edad.-
- Hijos/as nacidos durante la vigencia del contrato (y cuando corresponda) serán considerados parte del Plan Familiar de manera automática y se deberá informar y proveer lo antes posible a la Prestadora los datos necesarios del recién nacido (certificado de nacido vivo o certificado de nacimiento). Los niños del titular nacidos a término o en forma prematura (antes de las 37 semanas de gestación), incorporados oficialmente al grupo familiar, tendrán cobertura de hasta el décimo quinto día en concepto de pensión sanatorial (ya sean en internaciones clínicas y de terapia intensiva), incluyendo; medicamentos, descartables y oxigeno de hasta 4.000.000 Gs, luminoterapia, carpa de oxígeno, incubadora, honorarios de visita del médico tratante, terapista, servicios de enfermería y servicios de estudios de diagnóstico (conforme a lo establecido en el Anexo de estudios establecido en el PBC) hasta el décimo quinto día de internación. Los demás días de internación o servicios requeridos serán a cargo del asegurado, como por ejemplo; interconsultas, cirugías, etc.
- La cobertura de maternidad será 100 (cien por ciento) % para la Titular o Cónyuge del Titular (incluida en el Plan Familiar), las demás beneficiarias o adherentes al Plan Familiar deberán acogerse al Plan Maternidad con costo preferencial que será ofrecido por la Prestadora.

1.2 BENEFICIARIOS ADHERENTES (hasta un máximo de 4 personas por titular)

El límite de ingreso de beneficiarios Adherentes será de hasta el día que cumplan los 85 años y contarán con los mismos beneficios y derechos de cobertura que figuran en el contrato. Si hubiere ingresantes, se confirmarán los montos correspondientes y la factibilidad de ingreso.-

Por cada adherente se deberá abonar una cuota adicional cuyo pago correrá por cuenta exclusiva del beneficiario Titular. El porcentaje a ser abonado será conforme al siguiente detalle:

a) Padres de Titulares casados de Titulares casados, con prima del 50% (cincuenta por ciento) del precio del contrato abonado por el grupo familiar.-

b) Hijos/as solteros/as mayores de 25 años de edad (en relación de dependencia económica con el/la titular), con prima del 40% (cuarenta por ciento) por persona del precio del contrato abonado por el grupo familiar.-

c) Hermanos/as solteros/as (que no se encuentren incluidos en el contrato del

Plan Familiar y en relación de dependencia económica con el/la titular) hasta los 35 (treinta y cinco) años de edad, con prima del 50% (cincuenta por ciento) del precio del contrato abonado por el grupo familiar.-

La opción de incluir beneficiarios adherentes será responsabilidad exclusiva de cada Titular; por lo cual, el mismo suscribirá un contrato con compromiso de pago y los costos serán abonados por cada Titular en forma directa a la prestadora de servicios.-

La Contratante solo tiene compromiso contractual por los Titulares y beneficiarios del Plan Familiar, quedando el cobro de los adherentes y otras gestiones que no sean directamente sobre el titular, a cargo de la Prestadora y el usuario Titular. Los adherentes del Titular deberán indefectiblemente estar al día con las cuotas mensuales pactadas por contrato, para poder usufructuar los servicios de conformidad al sistema de pago de cuotas establecido por la Contratada; siendo los mismos pasibles de corte de servicios en caso de ingresar al estado de Morosidad.-

La prestadora de servicios no podrá unilateralmente excluir a ningún adherente, sólo suspender temporalmente el servicio por falta de pago.-

Observación: A falta de padre o madre (fallecidos), y en el casos contemplado para la inclusión de estos como adherentes, el Titular podrá asegurar a su madrastra o padrastro, debiendo acreditar fehacientemente dicha circunstancia con documentos legales (matrimonio formal o unión de hecho).-

3. CONDICIONES GENERALES DE PRESTACIÓN

3.1 COBERTURA

Se entenderá por cobertura por evento, la inclusión de los honorarios profesionales, de paramédicos, ambulancias y traslados en todas sus modalidades, según los topes de cobertura establecidos en el PBC. Además se incluirá la libre elección de profesionales (dentro de una lista de prestadores habilitados por la Contratista), centros de diagnóstico, centros de fisioterapia, laboratorios y servicios sanatoriales para capital e interior (consultas, urgencias, emergencias, internaciones, cirugías), de conformidad al listado proveído por la Contratada, informándose de los prestadores que cuenten con Sistema Copago.-

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 médicos – quirúrgico, sin importar que se trate o surja como consecuencia de una misma enfermedad clínica y/o quirúrgica o sus complicaciones o una nueva enfermedad clínica y/o quirúrgica.

Observación: la Lista de Prestadores estará sujeta a modificaciones debido a cambios de dirección, ciudad, viajes de profesionales, renuncia u otros que puedan surgir durante la vigencia del contrato, los cuales serán informados a la Dirección de Talentos Humanos de la Contratante a fin de que socialice la información. -

4. PROGRAMA DE SUMINISTROS

A) INTERNACIONES:

Internaciones clínicas, quirúrgicas, partos normales y/o cesáreas con **cobertura inmediata** y total en centros asistenciales habilitados por el seguro (sea en Asunción, Departamento Central o ciudades del interior del país), a libre elección del asegurado y/o del médico tratante. En habitación individual con baño privado, teléfono, T.V., dieta oral del paciente, ambiente climatizado, cama para el acompañante (1), atención médica de cualquier especialidad y de enfermería.-

Se entenderá que esta cobertura corresponde a cada uno del Grupo Familiar, es decir, el Titular y beneficiarios del Plan Familiar y adherentes.-

La cobertura será sin límite de eventos en el año, hasta el alta del paciente, en entidades prestadoras de servicios habilitadas por la contratista. Estarán cubiertos todos los honorarios profesionales, equipos propios de la unidad de terapia intermedia, cuidados de enfermería, fisioterapeutas, medicamentos y descartables conforme a la limitación indicada en el ítem g) otros servicios cubiertos y todos los medios auxiliares de diagnósticos, medicina por imágenes y servicios laboratoriales (se tendrá en cuenta los topes según anexo de estudios laboratoriales y anexo de medicina por imágenes).-

Para casos de partos normales y/o cesáreas, serán cubiertos todos los honorarios médicos del ginecólogo, obstetra, anestesistas y pediatra, siempre que formen parte del plantel de profesionales de la Prestadora de Servicios Médicos.

Bajo ninguna circunstancia le será exigido al titular, componentes del Plan Familiar o adherente la firma de ningún documento para su ingreso y atención al Centro Asistencial, pues la misma es de carácter corporativo y no de índole individual; siempre que se trate de eventos cubiertos por el contrato.-

Desde el primer día de internación, el Sanatorio deberá proveer al grupo familiar, cada 24 (veinticuatro) horas, un extracto detallado de los descartables, medicamentos, consultas y cualquier otro gasto que fuese imputado a la línea de crédito del paciente, con la firma del representante del Centro asistencial tratante. En el caso de no recibir el extracto en el plazo establecido en el PBC los familiares del paciente internado deberán solicitar el mismo al Dpto. Administrativo del Prestador.

En el caso de que el paciente necesite sangre, plasma y/o derivados, el SANATORIO deberá proveer los mismos en caso de disponibilidad, 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 para el BENEFICIARIO, incluyendo el suministro de materiales.

Los gastos de medicamentos y materiales descartables en partos y cesáreas, y en internaciones clínicas y/o en intervenciones quirúrgicas serán cubiertos por la Prestadora de Servicios, hasta la suma de G. 15.000.000.- (Guaraníes quince millones), IVA incluido, por beneficiario y por evento.

Las demás condiciones establecidas en el Pliego de Bases y Condiciones permanecen vigentes invariables e inalterables. -

---

MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCION - UOC
SINAFOCAL