Asunción, 03 de diciembre de 2014.

Señor(es)
PROVEEDORES
Presente

Me dirijo a usted(es), con el objeto de remitirle(s) la Comunicación Suplementaria Nº 02 en la cual se transcribe las consultas realizadas en el tiempo establecido, en el marco de la Licitación Pública Nacional LPN N° 02/2014 (Ad-Referéndum) "PRESTACION DE SERVICIO MEDICO Y SANATORIAL INTEGRAL PARA EL CONGRESO DE LA NACIÓN" con ID Nº 282755, el mismo pasa a formar parte del Pliego de Bases y Condiciones.

ACLARACIONES Nº 01

CONSULTA 1
En la sección II (Criterios de Evaluación y Requisitos de Calificación), Punto 2- Requisitos para Calificación Posterior (IAO 36), sub-punto (b) Experiencia y Capacidad Técnica, se menciona que se tendrá en cuenta para el requisito de capacidad la descripción de sus instalaciones físicas.
Pregunta: ¿Las mencionadas instalaciones físicas deben ser necesariamente de propiedad del prestador o las mismas pueden ser de propiedad de terceros que autoricen al prestador a su uso durante la duración del contrato?
RESPUESTA 1
Pueden ser de propiedad de terceros.

CONSULTA 2
En la sección III (Suministros Requeridos), Punto 1- Especificaciones Técnicas, Cobertura, Beneficiarios Titulares, se indica que en caso de nacimiento de un hijo del titular, beneficiario (cónyuge ya sea por matrimonio formal o de hecho) o adherente se dará cobertura de forma inmediata bajo la responsabilidad del titular.
Pregunta ¿Quién es responsable durante el plazo de 15 días para incorporar al hijo del adherente?
RESPUESTA 2
En caso de nacimiento de un hijo del titular, beneficiario (cónyuge ya sea por matrimonio formal o de hecho) o adherente se dará cobertura de forma inmediata bajo la responsabilidad del titular, en caso que el no se desee incorporar al hijo de un adherente en el seguro, el titular deberá comunicar en un plazo de 72 hs. su exclusión y cualquier gasto que se haya generado en ese plazo deberá ser cubierto por el titular, conforme al Addendum Nº 02

CONSULTA 3
En la sección III (Suministros Requeridos), Punto 1- Especificaciones Técnicas, Cobertura, Beneficiarios Adherentes se hace referencia a que las personas mayores (Padre, Madre, Suegra) u otros adherentes que el beneficiario quisiera incorporar, con una prima del 40% del precio, por persona.
Pregunta: ¿Cualquier persona puede ser adherente?
RESPUESTA 3
Podrán ser Beneficiarios Adherentes:
Personas mayores (Padre, Madre, Suegro, Suegra, Abuelo, Abuela) u otros adherentes que el beneficiario quisiera incorporar (Sobrinos, Tíos, Nietos), con una prima del 40% del precio, por persona.
Los hermanos del titular y los hijos mayores de 20 años de edad, con una prima igual al 33% del precio por persona.
Conforme al Addendum Nº 02

CONSULTA 4
Asimismo, en la ya mencionada sección III (Suministros Requeridos), Punto 1- Especificaciones Técnicas, Cobertura, Beneficiarios Adherentes, se menciona que los beneficiarios adherentes deberán permanecer en esta condición por un periodo mínimo de un año *(es decir 12 meses)* Los beneficiarios tienen 90 días para ingresar y el contrato tiene un año de vigencia.
Pregunta: Se entiende que, aunque tengan 90 días para incorporar adherentes, deben abonar las cuotas, desde el inicio hasta el final del contrato?
RESPUESTA 4
Los BENEFICIARIOS Adherentes, deberán permanecer en esta condición desde su incorporación hasta el final del contrato, debiendo abonar desde su incorporación efectiva, conforme al Addendum Nº 02

CONSULTA 5
En la sección III (Suministros Requeridos), Punto 1- Especificaciones Técnicas, Honorarios Profesionales, tercer párrafo, se hace referencia a la exclusión de "*los demás eventos derivados de actividades penalizados por las leyes vigentes*".
Pregunta: ¿A qué actividades se refiere?
RESPUESTA 5
Quedan excluidos los sucesos derivados de eventos de alto riesgo como automovilismo, boxeo y artes marciales, además de aquellos derivados de actividades penalizados por las leyes vigentes conforme al Addendum Nº 02.

CONSULTA 6
La sección III (Suministros Requeridos), Punto 1- Especificaciones Técnicas, Honorarios Profesionales, quinto párrafo, hace referencia a que el beneficiario titular y su grupo familiar y/o adherente podrán eventualmente consultar con un profesional que no se encuentre en el listado de médicos del contratista seguro y sanatorios habilitados, no más de dos veces por mes y la cobertura se realizará por el sistema de reembolsos hasta G 150.000.- por consulta. Surge de la redacción que el límite se aplica a todo el grupo familiar en conjunto y no a cada integrante del grupo familiar.
Pregunta: ¿Podrían por favor confirmar si esto es correcto?
RESPUESTA 6
Los límites establecidos se aplican por cada beneficiario, conforme al Addendum Nº 02.

CONSULTA 7
La sección III (Suministros Requeridos), Punto 1- Especificaciones Técnicas, Honorarios Profesionales, sexto párrafo, hace mención a razones reglamentarias de ordenamiento interno (turnos, guardias, contratos, médicos de semana, consultorios habilitados) que impidan la atención de cualquiera de los profesionales del plantel. ¿A qué se refiere con razones reglamentarias?
Solicitamos la eliminación de dicha cláusula en atención a que la disponibilidad debe referirse al servicio ofertado en tanto que el servicio prestado por cada profesional podría estar sujeto a disponibilidad de turno, horarios y otras cuestiones laborales.
RESPUESTA 7
Este punto fue modificado por el Addendum Nº 02.

CONSULTA 8
La sección III (Suministros Requeridos), Punto 1- Especificaciones Técnicas, Internaciones, séptimo párrafo, hace referencia a la internación y cirugías de malformaciones congénitas y cualquier otra malformación que no sea de alta complejidad, que para adherentes y beneficiarios nacidos durante la vigencia del contrato contarán con cobertura completa. **Pregunta**: Se entiende que la cobertura será hasta los topes establecidos en el propio pliego?
RESPUESTA 8
Si, la cobertura es hasta los topes establecidos en el Pliego de Bases y Condiciones.

CONSULTA 9
La sección III (Suministros Requeridos), Punto 1- Especificaciones Técnicas, Terapia Intensiva, segundo párrafo, indica que durante el tiempo de terapia intensiva no se requerirá garantía o aval alguno, ya sea personal o en efectivo al beneficiario, cuando el servicio corresponde a internación de Terapia Intensiva y sea realizado en los centros designados por la prestadora de servicios antes de agotar las coberturas establecidas.
Hacemos notar que una vez que la cobertura sea agotada la relación del paciente se mantiene directamente con el sanatorio por lo que el oferente de un servicio de medicina prepaga no podría definir qué condiciones exigiría el tercero (sanatorio).
RESPUESTA 9
Este párrafo se refiere a la cobertura dentro de los límites del contrato, posteriormente la relación del paciente se mantiene directamente con el Sanatorio.

CONSULTA 10
La Sección III (Suministros Requeridos), Punto 1- Especificaciones Técnicas, Incubadora y luminoterapia especifica que la cobertura es total hasta el alta del paciente, incluyendo todos los requerimientos conforme a las indicaciones del profesional tratante. ¿Qué servicios de cobertura se incluyen al decir "**todos los requerimientos**"?.
Pregunta: Se entiende que la cobertura será hasta los topes establecidos en el propio pliego?
RESPUESTA 10

Si, la cobertura es hasta los topes establecidos en el Pliego de Bases y Condiciones.

CONSULTA 11
La Sección III (Suministros Requeridos), Punto 1- Especificaciones Técnicas, Servicios de Urgencia menciona que la cobertura total incluye radiólogo y ecógrafo permanente.
Pregunta: ¿Se descalifica al prestador que no cuente con radiólogo y ecógrafo permanentes?
RESPUESTA 11
Los oferentes deben cumplir con todos los requisitos solicitados en el Pliego de Bases y Condiciones.

CONSULTA 12
La Sección III (Suministros Requeridos), Punto 1- Especificaciones Técnicas, Otros Servicios Cubiertos Integralmente, en el punto 9- incluye "*todo lo necesario para la realización del procedimiento".*
Pregunta: Se entiende que la cobertura será de todo lo necesario hasta los topes establecidos en el propio pliego?
RESPUESTA 12
Si, la cobertura es hasta los topes establecidos en el Pliego de Bases y Condiciones.

CONSULTA 13
La Sección III (Suministros Requeridos), Punto 1- Especificaciones Técnicas, Otros Servicios Cubiertos Integralmente, en el punto 12 menciona la dermopigmentación láser. ¿Esto incluye el servicio por motivos meramente estéticos?
RESPUESTA 13
Se suprimió dicho punto por el Addendum Nº 02.

CONSULTA 14
La Sección III (Suministros Requeridos), Punto 1- Especificaciones Técnicas, Otros Servicios Cubiertos Integralmente (100%), en el punto 23 cita la radioterapia, branquiterapia, acelerador lineal, cobalto terapia. En la página 20 se menciona que la cobalto-terapia se cubre en un 70%.
Pregunta: ¿Cuánto por ciento de la cobalto-terapia debe ser cubierto por la empresa?
RESPUESTA 14
En el ítem "Medicinas por imágenes" se suprimió el punto "Terapia cobalto (con 70% de descuento), es decir, la cobalto terapia tendrá una cobertura del 100% conforme al Addendum Nº 02.

CONSULTA 15
La Sección III (Suministros Requeridos), Punto 1- Especificaciones Técnicas, Otros Servicios Cubiertos Integralmente, en el punto 33 se refiere a la cirugía odontológica.
Pregunta: ¿Se entiende que en casos de cirugías odontológicas se cubrirá el derecho operatorio y la sala de internación teniendo en cuenta que el pliego no contempla cobertura odontológica?
RESPUESTA 15
Si, se entiende que se cubrirá el derecho operatorio y la sala de internación, conforme al Addendum Nº 02.

CONSULTA 16
La Sección III (Suministros Requeridos), Punto 1- Especificaciones Técnicas, Seguro de Viajero no menciona el límite de cobertura.
Pregunta: ¿Cuál es el límite de cobertura para el seguro de viajero?
RESPUESTA 16
El límite de cobertura es de US$ 50.000.

CONSULTA 17
La Sección III (Suministros Requeridos), Punto 1- Especificaciones Técnicas, Medicina de alta complejidad, incluye un listado de eventos y procedimientos, y menciona que el listado no es limitativo y que deben ser considerados todos los eventos.
Pregunta: ¿Pueden considerarse todos los eventos de alta complejidad según las distintas sociedades médicas?
RESPUESTA 17
Si se pueden.

CONSULTA 18
La Sección III (Suministros Requeridos), Punto 1- Especificaciones Técnicas, Servicios sin coberturas incluye un listado de servicios no cubiertos.

Considerando que el listado del punto señalado es enunciativo y no limitativo, a los efectos de otorgar seguridad jurídica a las partes contratantes, solicitamos incorporar a la lista enunciativa los siguientes puntos: Los casos de cirugías bariátricas y/o metabólicas y sus consecuencias, SIDA y sus consecuencias, laserterapia para casos de vicios de refracción (miopía y otros), tratamientos con fines estéticos, gastos de acompañante, comunicaciones telefónicas, internaciones y honorarios médicos por curas de adelgazamiento, de rejuvenecimiento, de reposo, de sueño, cámara hiperbárica, internaciones electivas o para cuidados de enfermería, enfermería privada, necropsias, toxicomanías, órtesis de cualquier naturaleza y aparatos para sustitución o complemento de función, tratamiento y cirugías para la impotencia sexual, tratamiento del aborto provocado y sus consecuencias, pruebas relacionadas con genética (ej. prueba de paternidad), transporte aéreo de pacientes, tratamientos originados por lesiones o enfermedades producidas por fenómenos de la naturaleza que sean declarados catástrofe nacional, actos de guerra, desórdenes populares, actos o atentados terroristas de cualquier naturaleza o riñas, tratamientos de esterilidad, fertilidad y/o anticonceptivos y/o su reversión, incluida la colocación y extracción de D.I.U., tratamientos, prácticas o cirugías que se encuentren en estado experimental, Que no sean avalados científicamente, que no se encuentren nomencladas por las respectivas sociedades al momento de presentare la oferta, Que se opongan a normas legales vigentes, Trasplantes, implantes, explantes, injertos, Celuloterapia, digitopuntura o similar. Medicina ortomolecular y Medicinas alternativas en general, terapias de sustitución renal, y todo lo que no esté debidamente expresado en el contrato y sus anexos

Pregunta: ¿Éstos servicios serán considerados servicios sin cobertura, ya que son los normalmente no cubiertos por las empresas de medicina pre-paga y su cobertura tendría un alto impacto en la cotización del pliego?

El segundo punto de la lista hace referencia al intento de autoeliminación.

Pregunta ¿Esto incluye intoxicación voluntaria y/o autolesión?

RESPUESTA 18

Algunos de los puntos fueron agregados al ítem SERVICIOS SIN COBERTURA por el Addendum Nº 02, los demás deberán estar cubiertos conforme a las disposiciones del Pliego de Bases y Condiciones.

CONSULTA 19

La Sección III (Suministros Requeridos), Punto 1- Especificaciones Técnicas, Medicinas por Imágenes se menciona que el listado no es limitativo y deben ser considerados todos los eventos.

Pregunta: ¿Se refiere a los procedimientos realizados en el país al momento de la presentación de la oferta?

RESPUESTA 19

Se refieren a los procedimientos realizados en el país y que sirvan para un diagnóstico más exacto.

CONSULTA 20

La Sección III (Suministros Requeridos), Punto 1- Especificaciones Técnicas, Estudios y Procedimientos Terapéuticos de Videoendoscopía incluye un listado de especialidades que utilizan este método. Se menciona que el listado no es limitativo.

Pregunta: ¿Se refiere a los procedimientos realizados en el país al momento de la presentación de la oferta?

RESPUESTA 20

Se refieren a los procedimientos realizados en el país y que sirvan para un diagnóstico más exacto.

CONSULTA 21

La Sección IV. Condiciones Especiales del Contrato, hace referencia a las CGC 26.1, estableciendo que el valor de las multas será del 1% por día de atraso por el servicio efectivamente no suministrado.

Pregunta: ¿Cuál es el procedimiento para calcular y aplicar multas?

RESPUESTA 21

El valor de las multas será: 1 % sobre la factura pendiente de pago. Las multas serán aplicadas por cada 5 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, conforme al Addendum Nº 02.

CONSULTA 22

¿Cuál es el plazo de vigencia para la garantía de fiel cumplimiento del contrato?

RESPUESTA 22

El plazo de vigencia de la garantía de fiel cumplimiento del contrato es 1 mes posterior al vencimiento del contrato conforme al Addendum Nº 02.

CONSULTA 23:

¿Quiénes pueden ser adherentes?

RESPUESTA 23
Podrán ser Beneficiarios Adherentes:
Personas mayores (Padre, Madre, Suegro, Suegra, Abuelo, Abuela) u otros adherentes que el beneficiario quisiera incorporar (Sobrinos, Tíos, Nietos), con una prima del 40% del precio, por persona.
Los hermanos del titular y los hijos mayores de 20 años de edad, con una prima igual al 33% del precio por persona.
Conforme al Addendum Nº 02

CONSULTA 24:
En todos los casos en los cuales el PBC haga referencia a una "cobertura total" exigida al contratista o proveedor debe entenderse que esta cobertura total siempre se mantiene dentro de los topes y servicios especificados en el PBC?
Solicitamos sea confirmada la afirmación previa.
RESPUESTA 24:
Si, la cobertura es hasta los topes establecidos en el Pliego de Bases y Condiciones.

CONSULTA 25:
En la Sección III. Suministros Requeridos, 1. Especificaciones Técnicas, Vigencia de los Servicios, se indica que "el atraso en el pago no imputable a la contratante….".
Pregunta: Se entiende que se considerará como atraso no imputable a la contratante a aquel así definido conforme a la Ley 2051/03 de Contrataciones Públicas.
Solicitamos sea confirmada la afirmación previa.
RESPUESTA 25:
En la Ley 2051/03 no se encuentran las causas no imputables a la Contratante.

***El presente documento pasa a formar parte del pliego de bases y condiciones*.**

HONORABLE CAMARA DE SENADORES
DIRECCION ADMINISTRACION FINANCIERA
U.O.C.

Justina Casco González
Directora
Unidad Operativa de Contratación.