LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL Nº 08/12
SUBASTA A LA BAJA ELECTRÓNICA
"Contratación de Seguro Médico para Funcionarios del MDI - Plurianual"

***ID* 237.560**

Asunción, 12 de julio de 2012

ADENDA Nº 1

SEÑORES OFERENTES:
El Ministerio del Interior, de conformidad al Art. 22 inciso "b" de la Ley Nº 2051, el Art. 40 del Decreto Nº 21.909, que reglamenta la citada Ley y en uso de sus atribuciones, emite la siguiente Adenda a fin de realizar las siguientes modificaciones correspondientes al llamado de referencia:

MODIFICACIONES

Modifíquese los siguientes puntos:

SECCION III
REQUISITOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS REQUERIDOS

1. Especificaciones Técnicas

BENEFICIARIO: Funcionario/a del Ministerio del Interior, con su grupo familiar.-

Titular: Funcionario de la Institución.
Se entenderá por Funcionario de la Institución: al funcionario permanente del Ministerio del Interior con excepción del personal que presta servicios en la Policía Nacional y Dirección General de Migraciones.
Se entenderá por grupo familiar:

- El/la titular casado/a, su cónyuge (ya sea por matrimonio formal o matrimonio de hecho, debidamente documentados), sus hijos/as solteros/as hasta el día que cumplan los 20 años de edad, hijos discapacitados mentales y/o físicos sin límites de edad. El divorcio vincular declarado podrá extinguir la calidad de BENEFICIARIO/A.
- El/la titular soltero/a, su padre, su madre, sus hijos/as solteros/as hasta el día que cumplan los 20 años de edad, hijos discapacitados mentales y/o físicos sin límites de edad.

BENEFICIARIOS ADHERENTES
Observación: La opción de incluir beneficiarios adherentes será de iniciativa exclusiva de cada titular y el pago por su cobertura correrá por cuenta del mismo. El plazo máximo para las incorporaciones será hasta 30 días posteriores a la firma del contrato. La Prestadora de servicios aceptara la inclusión de beneficiarios adherentes.

Además, se podrá incluir como Beneficiarios/as Adherentes a los padres (en caso de titulares casados), hermanos/as solteros/as hasta los 25 años de edad y hasta 3 personas como máximo. Estos beneficiarios adherentes estarán a cargo de cada titular, y su incorporación al sistema será bajo las siguientes condiciones y podrán ser:

- Padres, Madres, Hijos mayores de 20 años y hasta 25 años de edad del titular, quienes abonarán directamente al contratista una prima de hasta el 50% (cincuenta por ciento) por persona, del monto ofertado.
- Hermanos solteros de hasta 25 años de edad: se entenderá los hermanos/as del titular, quienes abonarán directamente al contratista una prima de hasta el 50% (cincuenta por ciento) por persona, del monto ofertado.

Cada beneficiario titular, solicitara la inclusión de beneficiarios adherentes, con los mismos derechos y cobertura que los demás beneficiarios.
Todos los beneficiarios, cónyuges, hijos, padres y adherentes dependientes tendrán los mismos derechos de cobertura que figuran en el contrato; a excepción de la maternidad, la cual está garantizada en forma exclusiva para la titular, esposa del titular e hijas menores de edad del titular.

C) TERAPIA INTENSIVA, INCUBADORA Y LUMINOTERAPIA: (adultos y niños)
El tiempo de internación por un periodo mínimo de 15 días 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 15 días (sala y honorarios cobertura del 40% - Estudios 50%).

Cobertura de medicamentos y descartables nacionales e importados hasta Gs. 1.500.000.- (Guaraníes Un Millón Quinientos Mil), 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 15 días por año.

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 y cada uno de sus Adherentes.

Desde el primer día de internación EL SANATRORIO 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 para EL BENEFICIARIO. Incluye suministro de materiales.

F) 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, nebulizaciones, servicio de enfermería, toma de presión arterial, aplicación de ultrasonidos, masajes, infrarrojo, 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. 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, la cobertura será del 50% (cincuenta por ciento).
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 de medicamentos por valor de dos millones quinientos mil guaraníes (Gs. 2.500.000.-), 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 utilizado por valor de un millón quinientos mil guaraníes (Gs. 1.500.000), por evento y en todo concepto.

Materiales de osteosíntesis en general, por valor de Gs. 1.500.000 (guaraníes un millón quinientos mil), por evento.

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

MINISTERIO DEL INTERIOR
Unidad Operativa de Contrataciones

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

M) ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CONGÉNITAS

Cobertura del 80% dentro de los límites del Contrato, en consulta e internaciones, de enfermedades crónicas y neoplásicas preexistentes.

Cobertura del 80% dentro de los límites del contrato, en consultas e internaciones, de todas las patologías crónicas diagnosticadas durante la vigencia del contrato.
Enfermedades (crónicas y congénitas) y malformaciones congénitas: CIRUGÍA en el primer acto quirúrgico el 50% de cobertura, 50% de cobertura en el segundo acto quirúrgico y en el tercer acto quirúrgico 25% de cobertura dentro de los límites del Contrato. Cobertura total en consultas y cirugías, no relacionadas con la malformación (dentro de los límites del contrato).

SERVICIOS SIN COBERTURAS

Son los que habitualmente no son cubiertos en los contratos de medicina pre-paga. No obstante la tendencia será el logro de aranceles con descuentos por vía de negociación.

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 trasgredan leyes o normas, en riñas, etc.
Estudios y tratamiento médico-quirúrgico con fines de esterilidad o de procreación (incluida la Fertilización asistida y sus productos)
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)
Sangre, plasma y derivados.
Diálisis peritoneal, hemodiálisis en los casos crónicos, formolizaciones.
Enfermedades de transmisión sexual – SIDA.
Acupunturas, homeopatía y quiropraxia.
Cirugías plásticas y/o estéticas – Estudios pre y pos operatorios.
Secuelas de quimioterapia y radioterapia.
Diagnóstico neurofisiológico de la impotencia sexual masculina y técnica de fertilización asistida.
Lesiones causadas por investigaciones en etapas experimentales, no reconocidas por instituciones oficiales o científicas.
Trasplantes de órganos.
Atención de medicina no alopática.

Las entidades clínicas y tratamientos, como crisis hipertensivas, crisis asmática, anginas de pecho, infarto del miocardio, accidente cerebro vascular, descompensaciones diabéticas y enfermedades congénitas, criocirugía, estarán cubiertos con arancel del 80% según ítem M).

2. Plan de Entregas (Servicios

Ítem	Descripción del Servicio	Cantidad	Unidad de medida del Servicio	Lugar donde los servicios serán prestados	Fecha(s) final(es) de Ejecución de los Servicios
1	Contratación de Seguro Médico para Funcionarios	290	Unidad	Instalaciones del proveedor.	El Plazo de entrega de lo adjudicado será en forma inmediata a partir de la firma del contrato conforme a la Sección III Requisitos de los Servicios Requeridos.

MINISTERIO DEL INTERIOR • Unidad Operativa de Contrataciones •

SECCIÓN VI
FORMULARIOS

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 y deberá estar firmada en todas sus hojas.]

Fecha: [_____]
LPN SBE No.: [_____]

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 para Subasta a la Baja Electrónica (IAO.SBE) y las Condiciones Generales del Contrato para Subasta a la Baja Electrónica (CGC) aprobadas por la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas y difundida 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.

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 17 de las CGC;

i) Nuestra oferta se mantendrá vigente por el período establecido en la cláusula 10.6 del Calendario de Eventos. 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:**

Fecha:
LPN SBE Nº:

(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	(i)
Ítems	Código de Catálogo	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad de Meses	Cantidad Mínima de Funcionarios	Cantidad Máxima de Funcionarios	Precio Unitario (IVA incluido)	Precio Total
1	84131602-001	Cobertura médica para titular y su grupo familiar.	Unidad	12	145	290		
TOTAL								

i= e*g*h

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]*

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

MINISTERIO DEL INTERIOR
Unidad Operativa de Contrataciones

Lic. Aníbal Bergottini, *Director*
Dirección de Unidad Operativa
De Contrataciones.