

PLIEGO DE BASES Y CONDICIONES

Convocante:

Contraloría General de la República (C.G.R.)
Uoc Contraloria General de la Republica

Nombre de la Licitación:

SEGURO MÉDICO CORPORATIVO
(versión 4)

ID de Licitación:

472841



Modalidad:

Subasta a la baja electrónica nacional

Publicado el:

20/01/2026

"Pliego para la Adquisición de Bienes y/o Servicios - SBE - Ley N° 7021/22."
Versión 3

RESUMEN DEL LLAMADO

Datos de la Convocatoria

ID de Licitación:	472841	Nombre de la Licitación:	SEGURO MÉDICO CORPORATIVO
Convocante:	Contraloría General de la República (C.G.R.)	Categoría:	84000000 - Servicios Financieros y de Seguros
Unidad de Contratación:	Uoc Contraloria General de la Republica	Tipo de Procedimiento:	SBEN - Subasta a la baja electrónica nacional

Etapas y Plazos

Lugar para Realizar Consultas:	SICP	Fecha Límite de Consultas:	23/01/2026 12:00
Lugar de Entrega de Ofertas:		Fecha de Presentación de Ofertas Electrónicas e Inicio de la Etapa Competitiva:	29/01/2026 10:00
Lugar de Apertura de Ofertas:		Fecha de Apertura de Ofertas Electrónicas:	30/01/2026 10:30

Adjudicación y Contrato

Sistema de Adjudicación:	Total	Anticipo:	No se otorgará anticipo
Vigencia del Contrato:	Los contratos abiertos definen su fecha de vigencia en el pliego		

Datos del Contacto

Nombre:	Abog. Luis Fernando Montero	Cargo:	Director- Dirección Operativa de Contrataciones - DOC
Teléfono:	0216200300	Correo Electrónico:	adquisiciones@contraloria.gov.py

ADENDA

Adenda

Las modificaciones al presente procedimiento de contratación son los indicados a continuación:

ADENDA N° 3

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL SEGURO MÉDICO CORPORATIVO, ID 472841.

A LOS OFERENTES PARTICIPANTES DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL PARA LA SEGURO MÉDICO CORPORATIVO, EN LO REFERENTE A LA SECCIÓN:

1. REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Capacidad Técnica

DONDE DICE:

- Deberá contar, como mínimo, con profesionales en las siguientes especialidades:

ITEM	ESPECIALIDAD	CANTIDAD MÍNIMA REQUERIDA
1	ALERGIA E INMUNOLOGIA CLÍNICA	7 (SIETE)
2	ANATOMIA PATOLÓGICA	7 (SIETE)
3	ANESTESIOLOGIA, INCLUYE ANALGESIA EN PARTOS.	10 (DIEZ)
4	ALERGIA PEDIÁTRICA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA	3 (TRES)
5	CARDIOLOGÍA	10 (DIEZ)
6	CARDIOLOGÍA INFANTIL	2 (DOS)
7	CIRUGIA CARDIACA	3 (TRES)
8	CIRUGIA DE MANO	2 (DOS)
9	CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	3 (TRES)

10	CIRUGIA NEUROLOGICA	3 (TRES)
11	CIRUGIA ONCOLOGICA	3 (TRES)
12	CIRUGIA INFANTIL	5 (CINCO)
13	CIRUGIA PLASTICA REPARADORA	3 (TRES)
14	CIRUGIA TORAXICA	3 (TRES)
15	CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	1 (UNO)
16	CIRUGIA VIDEOLAPAROSCOPICA	2 (DOS)
17	CIRUGIA Y UROLOGIA PEDIATRICA	5 (CINCO)
18	CIRUGIA GENERAL MAYOR, MENOR O MEDIANA	20 (VEINTE)
19	CIRUGIA MAXILOFACIAL	2 (DOS)
20	CLINICA MEDICA	20 (VEINTE)
21	COLOPROCTOLOGIA	3 (TRES)
22	DERMATOLOGIA	10 (DIEZ)
23	DERMATOLOGIA INFANTIL	2 (DOS)
24	DIABETOLOGIA	5 (CINCO)
25	ENDOCRINOLOGIA	5 (CINCO)
26	ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	2 (DOS)
27	FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGÍA AMBULATORIA (CON CENTROS)	5 (CINCO)

28	FLEBOLOGIA	6 (SEIS)
29	FONODIOLOGIA-FONIATRA	4 (CUATRO)
30	GASTROENTEROLOGIA	10 (DIEZ)
31	GASTROENTEROLOGIA INFANTIL	2 (DOS)
32	GERIATRIA	3 (TRES)
33	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	25 (VEINTICINCO)
34	GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL	2 (DOS)
35	HEMATOLOGIA	3 (TRES)
36	HEMATOLOGIA PEDIATRICA	1 (UNO)
37	HEMOTERAPIA	2 (DOS)
38	HEPATOLOGIA	3 (TRES)
39	INFECTOLOGIA.	3 (TRES)
40	INFECTOLOGIA PEDIATRICA.	1 (UNO)
41	MASTOLOGIA	4 (CUATRO)
42	MEDICINA FAMILIAR	5 (CINCO)
43	NEFROLOGIA	5 (CINCO)
44	NEUROLOGIA	5 (CINCO)
45	NEUROLOGIA PEDIATRICA	4 (CUATRO)
46	NEUMOLOGIA ADULTOS	10 (DIEZ)

47	NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	2 (DOS)
48	NEONATOLOGIA	2 (DOS)
49	NUTRICIONISTA: HONORARIOS POR NUTRICION ENTERAL Y PARENTERAL	5 (CINCO)
50	NUTRIÓLOGÍA	2 (DOS)
51	OFTALMOLOGIA	10 (DIEZ)
52	OFTALMOLOGIA PEDIATRICA	2 (DOS)
53	ONCOLOGIA CLINICA	5 (CINCO)
54	ONCOLOGIA PEDIATRICA	1 (UNO)
55	OTONEUROLOGIA ESTUDIOS	2 (DOS)
56	OTORRINOLARINGOLOGIA	10 (DIEZ)
57	PATOLOGIA TGI Y COLPOSCOPIA	3 (TRES)
58	PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA	20 (VEINTE)
59	PERINATOLOGÍA	1 (UNO)
60	PODOLOGÍA	2 (DOS)
61	PSICOLOGIA CLINICA	5 (CINCO)
62	PSICOLOGIA INFANTIL	5 (CINCO)*
63	PSICOPEDAGOGIA	5 (CINCO)
64	PSIQUIATRIA	3 (TRES)
65	TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	10 (DIEZ)

66	TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA INFANTIL	2 (DOS)
67	TOXICOLOGIA CLINICA	2 (DOS)
68	REUMATOLOGIA	5 (CINCO)
69	UROLOGIA	10 (DIEZ)
70	UROLOGIA INFANTIL	2 (DOS)

Todas las especialidades deberán contar con profesionales que cuenten con 5 años de experiencia o más en la especialidad, de reconocida capacidad e idoneidad.

(*) De los profesionales PSICÓLOGOS INFANTILES debe tener la especialidad en atención a niños con TEA, por lo menos 1 (uno).

2. Deberá contar con SANATORIOS EN LA CAPITAL.

Cantidad mínima: 7 (siete), de los cuales:

- 5 (cinco) centros de alta complejidad (nivel 3).
- 2 (dos) centros convencionales (nivel 2).

Todos deberán ser a libre elección de los beneficiarios dentro de la cartilla de prestadores propuesta por la Prestadora de Servicios.

Los centros convencionales (nivel 2) y los de alta complejidad (nivel 3), deberán reunir los requisitos mínimos exigidos por la Superintendencia de Salud.

De los centros de Nivel 3 es necesario que uno se encuentre dentro de un radio de 5 km de las instalaciones de la Contraloría General de la República.

Los centros nivel 3 debe contar dentro de sus instalaciones cuanto sigue:

2 (DOS) Centros de Especialidades Pediátricas, Servicio de Hemodinamia, Unidad de Medicina Transfusional y Unidad Coronaria, todos ellos habilitados por el MSP y BS, igualmente deberá contar con equipo de tomografía y de resonancia magnética.

2 (DOS) establecimientos de nivel 3 con unidad de terapia intensiva niños/neonatal ubicados en la ciudad de Asunción.

3. Deberá contar con CENTROS ASISTENCIALES EN GRAN ASUNCIÓN E INTERIOR DEL PAÍS.

Para las internaciones, la Prestadora de Servicios deberá habilitar los centros asistenciales con las coberturas respectivas en los lugares que se citan a continuación y que son mínimas:

ITEMS	CIUDAD	CANTIDAD MINIMA REQUERIDA
1	ASUNCION	7 (SIETE)
2	SAN LORENZO	2 (DOS)

3	FERNANDO DE LA MORA	2 (DOS)
4	LUQUE	1 (UNO)
5	ÑEMBY	1 (UNO)
6	LAMBARE	1 (UNO)
7	CAACUPE	1 (UNO)
8	EUSEBIO AYALA	1 (UNO)
9	CAAGUAZU	1(UNO)
10	CORONEL OVIEDO	1 (UNO)
11	VILLARRICA	2 (DOS)
12	CIUDAD DEL ESTE	2 (DOS)
13	CONCEPCION	1(UNO)
14	SAN ESTANISLAO	1(UNO)
15	VILLA HAYES	1(UNO)
16	LOMA PLATA	1(UNO)
17	CAAZAPA	1(UNO)
18	ENCARNACION	2 (DOS)
19	SAN JUAN BAUTISTA	1(UNO)
20	SAN IGNACIO	1(UNO)
21	PARAGUARI	1(UNO)

22	PILAR	1(UNO)
23	PEDRO JUAN CABALLERO	1 (UNO)
24	SALTOS DEL GUAIRA	1 (UNO)
25	SAN PEDRO DEL YKUAMANDYJU	1 (UNO)

Observación: Si durante la vigencia del contrato el proveedor adjudicado ya no contase con la cantidad mínima requerida de prestadores en las ciudades detalladas en el listado los servicios, y previa comunicación a la CONTRATANTE sobre la terminación del contrato, la cobertura se dará por el sistema de reintegros hasta los límites exigidos en el contrato, como máximo a los quince días hábiles de presentadas las facturas respectivas al proveedor adjudicado.

6. Deberá contar, en la ciudad de Asunción y Gran Asunción, durante todo el plazo de prestación del servicio, con centros de imágenes propios de los sanatorios habilitados y 05 (CINCO) centros de imágenes tercerizados, reconocidos por su solvencia técnica y certificación otorgada por la Superintendencia de Salud en estos servicios, para todos los estudios de imágenes, según contrato.

DEBE DECIR:

1. Deberá contar, como mínimo, con profesionales en las siguientes especialidades:

ITEM	ESPECIALIDAD	CANTIDAD MÍNIMA REQUERIDA
1	ALERGIA E INMUNOLOGIA CLÍNICA	7 (SIETE)
2	ANATOMIA PATOLÓGICA	7 (SIETE)
3	ANESTESIOLOGIA, INCLUYE ANALGESIA EN PARTOS.	10 (DIEZ)
4	ALERGIA PEDIÁTRICA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA	3 (TRES)
5	CARDIOLOGÍA	10 (DIEZ)
6	CARDIOLOGÍA INFANTIL	2 (DOS)
7	CIRUGIA CARDIACA	3 (TRES)
8	CIRUGIA DE MANO	2 (DOS)

9	CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	1 (UNO)
10	CIRUGIA NEUROLOGICA	3 (TRES)
11	CIRUGIA ONCOLOGICA	3 (TRES)
12	CIRUGIA INFANTIL	5 (CINCO)
13	CIRUGIA PLASTICA REPARADORA	3 (TRES)
14	CIRUGIA TORAXICA	3 (TRES)
15	CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	1 (UNO)
16	CIRUGIA VIDEOLAPAROSCOPICA	2 (DOS)
17	CIRUGIA Y UROLOGIA PEDIATRICA	5 (CINCO)
18	CIRUGIA GENERAL MAYOR, MENOR O MEDIANA	20 (VEINTE)
19	CIRUGIA MAXILOFACIAL	1 (UNO)
20	CLINICA MEDICA	20 (VEINTE)
21	COLOPROCTOLOGIA	3 (TRES)
22	DERMATOLOGIA	10 (DIEZ)
23	DERMATOLOGIA INFANTIL	2 (DOS)
24	DIABETOLOGIA	5 (CINCO)
25	ENDOCRINOLOGIA	5 (CINCO)
26	ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	1 (UNO)
27	FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGÍA AMBULATORIA (CON CENTROS)	5 (CINCO)

28	FLEBOLOGIA	6 (SEIS)
29	FONAUDIOLOGIA-FONIATRA	4 (CUATRO)
30	GASTROENTEROLOGIA	10 (DIEZ)
31	GASTROENTEROLOGIA INFANTIL	2 (DOS)
32	GERIATRIA	3 (TRES)
33	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	25 (VEINTICINCO)
34	GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL	2 (DOS)
35	HEMATOLOGIA	3 (TRES)
36	HEMATOLOGIA PEDIATRICA	1 (UNO)
37	HEMOTERAPIA	2 (DOS)
38	HEPATOLOGIA	1 (UNO)
39	INFECTOLOGIA.	3 (TRES)
40	INFECTOLOGIA PEDIATRICA.	1 (UNO)
41	MASTOLOGIA	4 (CUATRO)
42	MEDICINA FAMILIAR	1 (UNO)
43	NEFROLOGIA	5 (CINCO)
44	NEUROLOGIA	5 (CINCO)
45	NEUROLOGIA PEDIATRICA	4 (CUATRO)
46	NEUMOLOGIA ADULTOS	10 (DIEZ)

47	NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	2 (DOS)
48	NEONATOLOGIA	2 (DOS)
49	NUTRICIONISTA: HONORARIOS POR NUTRICION ENTERAL Y PARENTERAL	5 (CINCO)
50	NUTRIÓLOGÍA	2 (DOS)
51	OFTALMOLOGIA	10 (DIEZ)
52	OFTALMOLOGIA PEDIATRICA	2 (DOS)
53	ONCOLOGIA CLINICA	5 (CINCO)
54	ONCOLOGIA PEDIATRICA	1 (UNO)
55	OTONEUROLOGIA ESTUDIOS	1 (UNO)
56	OTORRINOLARINGOLOGIA	10 (DIEZ)
57	PATOLOGIA TGI Y COLPOSCOPIA	1 (UNO)
58	PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA	20 (VEINTE)
59	PERINATOLOGÍA	1 (UNO)
60	PODOLOGÍA	1 (UNO)
61	PSICOLOGIA CLINICA	5 (CINCO)
62	PSICOLOGIA INFANTIL	5 (CINCO)
63	PSICOPEDAGOGIA	5 (CINCO)
64	PSIQUIATRIA	3 (TRES)
65	TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	10 (DIEZ)

66	TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA INFANTIL	2 (DOS)
67	TOXICOLOGIA CLINICA	2 (DOS)
68	REUMATOLOGIA	5 (CINCO)
69	UROLOGIA	10 (DIEZ)
70	UROLOGIA INFANTIL	2 (DOS)

Todas las especialidades deberán contar con profesionales que cuenten con 5 años de experiencia o más en la especialidad, de reconocida capacidad e idoneidad.

2. Deberá contar con SANATORIOS EN LA CAPITAL.

Cantidad mínima: 7 (siete), de los cuales:

- 4 (cuatro) centros de alta complejidad (nivel 3).
- 3 (tres) centros convencionales (nivel 2).

Todos deberán ser a libre elección de los beneficiarios dentro de la cartilla de prestadores propuesta por la Prestadora de Servicios.

Los centros convencionales (nivel 2) y los de alta complejidad (nivel 3), deberán reunir los requisitos mínimos exigidos por la Superintendencia de Salud.

De los centros de Nivel 3 es necesario que uno se encuentre dentro de un radio de 5 km de las instalaciones de la Contraloría General de la República.

Dos de los sanatorios de Asunción Nivel 3 deberán contar dentro de sus instalaciones los siguientes servicios: Unidad de Terapia Intensiva, Centro de especialidades cardiológicas, equipo de tomografía y de resonancia magnética, así como también por lo menos 1 de ellos debe contar con centro de especialidad pediátrica, Servicio de Hemodinamia, Unidad de Medicina Transfusional y Unidad Coronaria, todas estas unidades de atención deberán estar habilitados por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Para las internaciones, la Prestadora de Servicios deberá habilitar los centros asistenciales con las coberturas respectivas en los lugares que se citan a continuación y que son mínimas:

ITEMS	CIUDAD	CANTIDAD MINIMA REQUERIDA
1	ASUNCION	7 (SIETE)
2	SAN LORENZO	2 (DOS)
3	FERNANDO DE LA MORA	1 (UNO)
4	LUQUE	1 (UNO)

5	ÑEMBY	1 (UNO)
6	LAMBARE	1 (UNO) *
7	CAACUPE	1 (UNO)
8	EUSEBIO AYALA	1 (UNO)
9	CAAGUAZU	1(UNO)
10	CORONEL OVIEDO	1 (UNO)
11	VILLARRICA	2 (DOS)
12	CIUDAD DEL ESTE	2 (DOS)
13	CONCEPCION	1(UNO)
14	SAN ESTANISLAO	1(UNO)
15	VILLA HAYES	1(UNO)
16	LOMA PLATA	1(UNO)
17	CAAZAPA	1(UNO)
18	ENCARNACION	2 (DOS)
19	SAN JUAN BAUTISTA	1(UNO)
20	SAN IGNACIO	1(UNO)
21	PARAGUARI	1(UNO)
22	PILAR	1(UNO)
23	PEDRO JUAN CABALLERO	1 (UNO)

24	SALTOS DEL GUAIRA	1 (UNO)
25	SAN PEDRO DEL YKUAMANDYJU	1 (UNO)

Observación: Si durante la vigencia del contrato el proveedor adjudicado ya no contase con la cantidad mínima requerida de prestadores en las ciudades detalladas en el listado los servicios, y previa comunicación a la CONTRATANTE sobre la terminación del contrato, la cobertura se dará por el sistema de reintegros hasta los límites exigidos en el contrato, como máximo a los quince días hábiles de presentadas las facturas respectivas al proveedor adjudicado.

Siempre que se garantice la prestación efectiva y oportuna de los servicios de salud se podrá acreditar un sanatorio ubicado en localidades vecinas a Lambaré dentro de un radio aproximado de 10 km.

6. Deberá contar, en la ciudad de Asunción y Gran Asunción, durante todo el plazo de prestación del servicio, con centros de imágenes propios de los sanatorios habilitados y 05 (CINCO) centros de imágenes tercerizados, reconocidos por su solvencia técnica y **habilitación otorgada por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social** en estos servicios, para todos los estudios de imágenes, según contrato.

Requisitos documentales para evaluar el criterio de capacidad técnica

DONDE DICE

4. Certificación de categorización vigente de la Superintendencia de Salud:

Para el área de Capital - de como mínimo- 7 (siete), de los cuales:

5 (cinco) centros de alta complejidad (nivel 3).

2 (dos) centros convencionales (nivel 2).

De los centros de Nivel 3 es necesario que uno se encuentre dentro de un radio de 5 km de las instalaciones de la Contraloría General de la República.

Se deberá incluir 2 (dos) sanatorios de nivel 3 como mínimo, en el departamento Central.

Para los sanatorios ofrecidos para las ciudades requeridas, se podrán presentar certificación de categorización vigente de la Superintendencia de Salud de sanatorios que cuentan con la categorización del MSP y BS NIVEL 1 y también constancia de habilitación expedida por el MSP y BS para aquellos que se encuentren habilitados por el mismo, aunque no cuenten con la categoría requerida. Se exceptúa éste requisito para el caso de los Centros asistenciales en determinadas localidades detalladas en el listado precedente, en los cuales el oferente se comprometa, a través de una Declaración Jurada, que las coberturas se darán por el sistema de reintegro hasta los límites exigidos en el contrato, como máximo a los quince días hábiles de presentadas las facturas respectivas al proveedor adjudicado. Se aclara que ésta excepción no incluye a los Sanatorios y Centros asistenciales de Asunción y Gran Asunción (Fernando de la Mora, Luque, Lambaré, San Lorenzo), dejando establecido que su incumplimiento será causal de descalificación de la oferta presentada.

5. Declaración Jurada donde manifieste que los centros convencionales (nivel 2) y los de alta complejidad (nivel 3) ofrecidos para el cumplimiento de los servicios contratados, reúnen los requisitos mínimos exigidos por la Superintendencia de Salud con la indicación de que -como mínimo - uno de los centros nivel 3 cuenta dentro de sus instalaciones cuanto sigue: Centro de Especialidades Pediátricas, Servicio de Hemodinamia, Unidad de Medicina Transfusional y Unidad Coronaria, todos ellos habilitados por el MSP y BS, igualmente deberá garantizar contar con equipo de tomografía y de resonancia magnética con certificado de funcionamiento demostrado a través de la ficha técnica respectivamente, así como también la indicación de por lo menos 2 establecimientos de nivel 3 con unidad de terapia intensiva niños/neonatal ubicados en la ciudad de Asunción.

DEBE DECIR

4. Certificación de categorización vigente de la Superintendencia de Salud:

Para el área de Capital - de como mínimo- 7 (siete), de los cuales:

4 (cuatro) centros de alta complejidad (nivel 3).

3 (tres) centros convencionales (nivel 2).

De los centros de Nivel 3 es necesario que uno se encuentre dentro de un radio de 5 km de las instalaciones de la Contraloría General de la República.

Se deberá incluir 2 (dos) sanatorios de nivel 3 como mínimo, en el departamento Central.

Para los sanatorios ofrecidos para las ciudades requeridas, se podrán presentar certificación de categorización vigente de la Superintendencia de Salud de sanatorios que cuentan con la categorización del MSP y BS NIVEL 1 y también constancia de habilitación expedida por el MSP y BS para aquellos que se encuentren habilitados por el mismo, aunque no cuenten con la categoría requerida. Se exceptúa éste requisito para el caso de los Centros asistenciales en determinadas localidades detalladas en el listado precedente, en los cuales el oferente se comprometa, a través de una Declaración Jurada, que las coberturas se darán por el sistema de reintegro hasta los límites exigidos en el contrato, como máximo a los quince días hábiles de presentadas las facturas respectivas al proveedor adjudicado. Se aclara que ésta excepción no incluye a los Sanatorios y Centros asistenciales de Asunción y Gran Asunción (Fernando de la Mora, Luque, San Lorenzo), dejando establecido que su incumplimiento será causal de descalificación de la oferta presentada.

5. Declaración Jurada donde manifieste que los centros convencionales (nivel 2) y los de alta complejidad (nivel 3) ofrecidos para el cumplimiento de los servicios contratados, reúnen los requisitos mínimos exigidos por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social con la indicación de que -como mínimo - dos de los centros nivel 3 cuenta dentro de sus instalaciones los siguientes servicios: Unidad de Terapia Intensiva, Centro de especialidades cardiológicas, equipo de tomografía y de resonancia magnética, así como también por lo menos 1 de ellos debe contar con centro de especialidad pediátrica, Servicio de Hemodinamia, Unidad de Medicina Transfusional y Unidad Coronaria, todas estas unidades de atención deberán estar habilitados por

2. SUMINISTROS REQUERIDOS - ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Detalle de los bienes y/o servicios

DONDE DICE

1. BENEFICIARIO:

Funcionario/a permanente y contratado de la Contraloría General de la República, con su grupo familiar y adherentes.

Cantidad de funcionarios (permanentes y contratados): 1.100 (un mil cien).

Se entenderá por grupo familiar:

a. Al titular casado/a (ya sea por matrimonio o unión de hecho debidamente reconocido judicialmente según las normas que regulan la materia), su cónyuge, sus hijos/as hasta los 23 años, hijos con capacidades diferentes mentales y/o físicas sin límites de edad. No siendo limitativo el número de hijos que componen el grupo familiar, en este caso.

Si el hijo/a del titular naciere en los Sanatorios adheridos a la prestadora, será considerado como parte del grupo familiar de forma inmediata, y con todas las coberturas contempladas en el contrato, siendo obligación del titular realizar la comunicación a la CGR para oficializar el vínculo, y esta a su vez a LA PRESTADORA DE SERVICIOS en un plazo no mayor de 10 días, para continuar con la cobertura.

b. El titular con divorcio vincular, podrá mantener como miembros del grupo familiar a sus hijos/as hasta los 23 años, hijos con discapacidad mental y/o física sin límites de edad y podrá incorporar en reemplazo de su ex cónyuge, a uno de sus padres. El divorciado que no tenga hijos menores de 23 años, podrá incluir a ambos padres sin límite de edad.

Si el mismo volviere a contraer matrimonio formal, volverá a su condición de casado. La comunicación del nuevo estado civil debe ser dentro de los 30 días posteriores al hecho.

c. El titular viudo/a, podrá mantener como miembros del grupo familiar a sus hijos/as hasta los 23 años, hijos con discapacidad mental y/o física sin límites de edad y podrá incorporar en reemplazo de su ex cónyuge, a uno de sus padres; El viudo que no tenga hijos menores de 23 años, podrá incluir a ambos padres sin límite de edad. Si el mismo volviere a contraer matrimonio formal, volverá a su condición de casado. La comunicación del nuevo estado civil debe ser comunicada dentro de los 30 días posteriores al hecho.

d. El titular soltero/a, podrá mantener como miembros y/o grupo familiar a sus hijos/as hasta los 23 años, hijos con discapacidad mental y/o física sin límites de edad, a uno de sus padres sin límite de edad y al otro hasta los 64 años; Si el mismo contrae matrimonio formal, la comunicación del nuevo estado civil debe ser comunicada dentro de los 30 días posteriores al hecho.

e. El funcionario/a casado/a también con funcionario/a de la Institución, ambos podrán incluir a sus hijos/as hasta los 23 años, hijos con discapacidad mental y/o física sin límites de edad y a ambos padres, uno de ellos, sin límite de edad y al

otro hasta los 64 años, dentro de su grupo familiar.

Los beneficiarios de los titulares podrán ser incorporados en cualquier fecha de cada mes.

En caso de producirse la desvinculación de funcionarios de la Institución por cualquiera de los motivos previstos en la Ley durante la vigencia del Contrato, la Contraloría General comunicará dicha situación a la prestadora de servicios y elevará la nómina correspondiente en reemplazo de los mismos, hasta el 8 (ocho) de cada mes previa a la facturación correspondiente y de la fecha del corte de cobertura al funcionario que fuera dado de baja.

Los funcionarios de la CGR que sean jubilados, podrán seguir como asegurados, con la misma cobertura, pero solo se incluirá al jubilado y su cónyuge. El pago por la cobertura correrá por cuenta del mismo y será de una prima de hasta el 70% (setenta por ciento) del precio adjudicado por cada titular, a ser abonado por cada uno de ellos (jubilado y cónyuge) a partir del inicio del siguiente mes ya abonado por la Institución. Su inclusión será de iniciativa exclusiva de cada titular y el pago por su cobertura correrá por cuenta del mismo. El jubilado deberá manifestar su intención de continuar con el seguro por escrito ante la DGGCH. El plazo para las incorporaciones deberá ser comunicado en el mismo acto del pedido de baja por jubilación y su vinculación deberá ser hasta la finalización del contrato.

2. BENEFICIARIOS ADHERENTES.

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 (treinta) días posteriores a la fecha de la incorporación del titular dentro de los servicios contratados y su vinculación deberá ser como mínimo de 12 (doce) meses desde la inclusión vencido dicho plazo, el contrato se renovará automáticamente por los siguientes meses hasta la finalización del contrato, salvo que el Titular manifieste expresamente su voluntad de no renovar, mediante comunicación escrita dirigida a la prestadora de servicios, antes del vencimiento del período vigente. La falta de dicha manifestación en el plazo establecido se interpretará como aceptación tácita de la renovación, manteniéndose las condiciones pactadas en el presente instrumento.

Pasado los 12 meses desde la firma del contrato, se reabrirá el periodo de inclusión de adherentes pagos por 30 días. La Prestadora de Servicios deberá aceptar la inclusión de nuevos beneficiarios adherentes. Los Padres y los hijos tienen 30 días desde la fecha que cumplan la edad máxima establecida en el contrato para realizar los trámites para ingresar como beneficiario adherente.

Para la inclusión de los beneficiarios adherentes por parte de la prestadora de servicios, no será necesaria la realización de estudios médicos, juntas médicas o discriminación alguna de beneficiarios adherentes, sea por la edad, afecciones o patologías pre existentes.

Asimismo, el vínculo entre el titular del seguro médico y sus respectivos adherentes, podrá ser demostrado con la presentación de la siguiente documentación, según sea el caso: Certificado de Nacimiento, Libreta de Familia, Certificado de Matrimonio, Sentencia firme y ejecutoriada (Para los casos de personas con relación de dependencia directa del titular).

El listado es meramente enunciativo. Se entiende que toda la tramitación documental para el ingreso de los beneficiarios adherentes, el pago correspondiente y su permanencia, será realizada personalmente por el titular del seguro médico con la prestadora de servicios, sin intervención de la contratante, bajo las condiciones establecidas en el PBC.

Se podrá incluir como Beneficiarios/as Adherentes a los padres, hermanos/as, abuelos/as, nietos/as e hijos mayores de 23 años, hasta el segundo grado de consanguinidad, personas en relación directa de dependencia del titular, mediante Sentencia Firme y Ejecutoriada, en todos los casos sin límites de edad y hasta 5 (cinco) personas como máximo.

El titular abonará por los mismos, directamente a la Prestadora de Servicios, una prima de: * Hasta el 55% (cincuenta y cinco por ciento) por cada adherente hasta los 64 años, del precio adjudicado por cada titular.

Desde los 65 años y hasta 70 años, abonará el 60% (sesenta por ciento) del precio adjudicado por cada titular. Desde los 71 años en adelante abonará el 70% (setenta por ciento). El precio será establecido luego de la adjudicación y no tendrá incidencia en la cotización de la licitación.

Los adherentes pagos tendrán una cobertura diferenciada detallada en el apartado 14.

Los adherentes deberán permanecer en esta condición desde su incorporación hasta el fenecimiento del presente contrato o en su caso hasta el día en que el titular del seguro sea desvinculado de la Institución, por cualquiera de los motivos previstos en la Ley.

En caso de mora del adherente, el mismo no tendrá derecho a las coberturas establecidas en la presente Especificación Técnica, sin que dicha situación afecte al beneficiario titular y su grupo familiar.

5. OBLIGACIONES DE LA PRESTADORA-PLANTEL MÉDICO, SANATORIAL Y ADMINISTRATIVO.

1. Los profesionales médicos de la lista de la Prestadora de Servicios estarán a disposición del beneficiario en

- sus horarios de consultorio, sin que puedan alegarse razones reglamentarias de ordenamiento interno, que impidan la atención por parte de cualquiera de los profesionales del listado de la Prestadora de Servicios, salvo causas de indisponibilidad fundadas en las leyes de la República.
2. La administración de la Prestadora de Servicios, contará con un personal permanente con el suficiente poder de decisión para la solución de inconvenientes y la atención de los beneficiarios, durante y fuera de los horarios administrativos en días inhábiles inclusive; para el cumplimiento de esta cláusula, la Prestadora deberá comunicar a la CGR por escrito la nómina del de los funcionarios con sus respectivos números telefónicos, en el plazo de 5 (cinco) días hábiles desde la firma del contrato.
 3. La Prestadora de Servicios deberá proveer, cuando lo solicite la Contraloría General, datos estadísticos respecto a consultas, intervenciones, análisis clínicos, internaciones, imágenes, utilización de servicios de urgencias y emergencias en un plazo máximo de 8 (ocho) días hábiles desde la recepción de la solicitud. En caso de solicitarse historias clínicas, la entrega por parte del sanatorio deberá ser aprobada por el paciente ya que la misma es confidencial.
 4. La Prestadora de Servicios deberá proveer a la Dirección General de Gestión del Capital Humano Dirección de Bienestar y Desarrollo Social, cuando esta solicite previa autorización del/ del beneficiario/s titular/es, dentro de un plazo de 5 (cinco) días hábiles posteriores a la solicitud, las cuentas pendientes de pago de los beneficiarios, resultantes de servicios prestados no cubiertos.
 5. La Prestadora deberá proveer cuando la contratante lo solicite, los siguientes datos: Listado de Adherentes incorporados o excluidos en cada periodo.
 6. La Prestadora deberá informar, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la recepción de la solicitud realizada por la Administradora del contrato, la cantidad total de beneficiarios que se encuentren internados en los centros asistenciales habilitados bajo su cobertura.
 7. Cualquiera sea la causa de terminación o rescisión del Contrato, la Prestadora seguirá ofreciendo el servicio médico objeto del Contrato a los beneficiarios por un plazo de 1 (un) mes a partir de la fecha de comunicación de la resolución respectiva.
 8. El servicio será abonado por la CONTRATANTE en las mismas condiciones y precios establecidos contractualmente, independientemente de cualquier reclamo de indemnización que pudiera realizar la misma.
 9. Las empresas sub-contratadas por la Prestadora de Servicios brindarán los servicios bajo las mismas condiciones requeridas en el Contrato.
 10. La utilización de los equipos, maquinarias, instrumentales y otros, propios de los sanatorios habilitados, siempre y cuando corresponda su utilización, empleados en cirugías, especialidades médicas, cualquier tipo de intervención y otros, del presente contrato tendrán cobertura total (100%), por lo que no se podrá requerir ningún cobro en concepto alguno siempre que pertenezcan a los sanatorios habilitados y los procedimientos cuenten con cobertura.
 11. El carnet identificatorio sea físico o digital, o la Cédula de Identidad, serán documentos válidos para su utilización en todos los Sanatorios en convenio en el Territorio Nacional, sin la necesidad de presentar ninguna otra documentación respaldatoria, excepto la indicación médica correspondiente.
 12. Se entenderá por año de contrato el que va desde la firma del mismo hasta los 24 meses de vigencia y sus prórrogas en el caso que las hubiera. Haciendo la salvedad que para las coberturas contempladas en el presente contrato se reiniciará el conteo de los servicios previstos en el mismo luego del periodo de los primeros 12 meses (año). En caso de que existan una o más coberturas que se contrapongan, siempre se tomará la que más favorezca al beneficiario, específicamente a lo que tenga relación con la reiniciación de los servicios dentro de los 12 meses (año) de la firma del contrato.
 13. Las solicitudes de visaciones se realizarán por correo electrónico o por una aplicación de mensajería instantánea indicada por la Prestadora a la contratante, sin necesidad de acudir hasta las instalaciones de la Prestadora de Servicios; la misma deberá ser respondida en un plazo no mayor a 1 (una) hora de recibido el correo o mensaje instantáneo. Cuando haya una duda o desacuerdo en la cobertura del servicio solicitado, se tendrá un plazo máximo de 2 (dos) horas para la corroboración con el personal con suficiente poder de decisión que determine la cobertura conforme al contrato.
 14. Para la solicitud de cobertura de intervenciones e internaciones programadas se establece un plazo máximo de contestación de 48 (cuarenta y ocho) horas hábiles.
 15. Durante la vigencia del contrato, la Prestadora de Servicios no podrá disminuir la cantidad ni la calidad de los servicios sanatorios, laboratoriales, por imágenes, profesionales médicos, así como de ningún centro de diagnóstico, requeridos en el PBC y ofertados por la Prestadora de Servicios a menos causas de fuerza mayor y siempre que sean reemplazados por otros de igual calidad y servicio, estos deberán ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE con 48 (cuarenta y ocho) horas de anticipación, y explicar el motivo de dicha sustitución, caso contrario la contratante se reserva el derecho de solicitar otra opción.
 16. Los precios de los medicamentos facturados no podrán exceder los montos establecidos por el MSPyBS, los cuales serán considerados para las auditorías médicas en el control de las facturaciones emitidas por las prestadoras de servicio. En caso de que el paciente cuente con seguro de IPS, la prestadora de servicios podrá autorizar el ingreso de drogas para el tratamiento de enfermedades crónicas y/u oncológicas.
 17. Los precios de los materiales descartables deberán ajustarse a los precios del mercado de acuerdo a la marca,

- procedencia, y calidad de los mismos.
18. Todo medicamento o insumo que no haya sido utilizado íntegramente en el paciente, pero ha sido cobrado o descontado del cupo de cobertura de manera íntegra, será de propiedad del BENEFICIARIO y tendrá que ser entregado al mismo, salvo restricciones legales para medicamentos controlados.
 19. El servicio administrativo DEL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS, deberá estar a disposición del beneficiario en forma permanente (24 horas al día), incluyendo sábados, domingos y feriados para casos de urgencia, a fin de proveer la cobertura sanatorial a los servicios requeridos, como así también los trámites de visaciones y coberturas. Asimismo, deberá proveer la nómina del plantel administrativo responsable de los diferentes servicios con los respectivos números telefónicos de contacto para los fines pertinentes, en el plazo de 5 (cinco) días hábiles desde la firma del contrato.
 20. En caso que el paciente cuente con la medicación de uso habitual al momento del ingreso, deberá informar al centro asistencial a modo de evitar que se le sea suministrado con costo durante la permanencia en la internación.
 21. Las solicitudes de aclaraciones, reclamos o incumplimientos realizados por la contratante a la prestadora de servicios deberán ser respondidos por la prestadora en el plazo de 72 (setenta y dos) horas hábiles, contados a partir de la comunicación realizada por la DBDS, dependiente de la DGGCH, caso contrario serán comunicados a la Dirección Operativa de Contrataciones de la CGR, para los trámites correspondientes.
 22. LA PRESTADORA DE SERVICIOS, cuando lo requiera el BENEFICIARIO o el titular del contrato, entregará el estado de cuenta cada 24 (veinticuatro) horas y las coberturas médicas emitidas, con todos los detalles de los gastos imputados. En ningún caso la Contraloría General de la República podrá ser garante de las deudas contraídas por el titular. El desconocimiento del estado de cuenta por parte del titular, no será causal para el desconocimiento de la deuda, en caso de coberturas.
 23. La PRESTADORA DE SERVICIOS pondrá a disposición de la CONTRATANTE un profesional del área de CLÍNICA MÉDICA O MEDICINA FAMILIAR y un profesional del área de PSICOLOGÍA CLÍNICA, para realizar consultas en las instalaciones de la institución, con frecuencia semanal, que cubra 6 (seis) horas en la semana, cada uno.
 24. Los sanatorios adheridos en convenio con la prestadora del servicio, se abstendrán de imponer al paciente para la prestación de los servicios médicos, cualquier condición que lesione su derecho a la intimidad, tales como filmaciones, tomas fotográficas u otros similares.
 25. En el caso de que el paciente necesite sangre, plasma y/o derivados, el sanatorio o centro asistencial deberá proveer los mismos, según su disponibilidad y solicitar posteriormente al grupo familiar, el cual deberá realizar la reposición correspondiente.
 26. A solicitud de los funcionarios, la CONTRATANTE podrá solicitar la inclusión de profesionales, aun en la modalidad de co-pago, dentro de los 30 días posteriores al inicio del contrato. Por su parte la prestadora tendrá un plazo de hasta 60 días para la contestación del pedido, caso contrario, deberá remitir dentro del citado plazo la debida justificación de la no incorporación de los profesionales solicitados.
 27. El proveedor pondrá a disposición de los asegurados un listado de profesionales en convenio con CO-PAGO, junto con el listado de prestadores en convenio.
 28. Principio de continuidad asistencial para asegurados que se encuentran internados o en tratamiento. En caso de que la nueva Prestadora del contrato no tenga convenio con centros asistenciales adscriptos a la anterior la Prestadora del contrato de seguro médico de la CONTRATANTE, una vez adjudicada, la primera se obliga a garantizar a los pacientes que se encuentren en terapia intensiva, incubadora y luminoterapia, la continuidad de la asistencia en las mismas condiciones, siempre que no fuese posible el traslado a otro sanatorio, debiendo correr los gastos por cuenta de la nueva Prestadora dentro de los límites establecidos en el presente contrato. Para ello la CONTRATANTE comunicará a la nueva Prestadora la lista de cada uno de los beneficiarios que se encuentren en alguna de las situaciones mencionadas.
 29. Las Juntas Médicas serán convocadas a solicitud de la C.G.R., con el objeto de evaluar a determinados funcionarios, que debido a las complicaciones de sus patologías y conforme a sus diagnósticos o cuadros evolutivos, refieran un pronóstico de invalidez temporal y/o permanente, o un riesgo inminente de perder la vida. Estará a cargo de la Prestadora durante el plazo de prestación del servicio, la ejecución y los honorarios médicos de hasta un máximo de dos (2) Juntas Médicas por año de contrato, compuestas por un máximo de tres (3) profesionales médicos y/o profesionales afines, en convenio con la misma.
 30. Deben estar cubiertos los derechos operatorios en todo tipo de internaciones e intervenciones quirúrgicas que se contemplen con cobertura en el presente contrato.
 31. La Prestadora/Centro asistencial en ningún caso podrá solicitar al beneficiario y su grupo familiar, depósito, garante o aval alguno en concepto de garantía para la realización de alguna intervención quirúrgica o acceder a cualquiera de los servicios incluidos en la cobertura (estudios de diagnóstico, internaciones clínicas/quirúrgicas, maternidad); sin embargo, una vez agotada la cobertura, la prestadora de servicios podrá obrar según corresponda.

6. COBERTURA.

Se entenderá por Cobertura Total, la inclusión de los honorarios médicos, honorarios del anestesta, internaciones,

estudios de imágenes y de diagnóstico y análisis laboratoriales, paramédicos, tratamientos ambulatorios, ambulancias y traslados y otros necesarios para la debida atención médica, conforme a lo establecido para cada servicio y/o especialidad, dentro del territorio nacional, para el beneficiario titular, su grupo familiar y adherente por evento y año de contrato (reinicio a los 12 meses de la firma).

Se entenderá como cobertura por evento, a todo servicio sanatorial, médico, clínico, relacionado a una enfermedad clínica y/o quirúrgica y sus complicaciones hasta tanto no se hayan resuelto, sin límite de internaciones, y/o procedimientos médicos quirúrgico, sin importar el diagnóstico o motivo de la internación. La prestadora de servicio, deberá demostrar en forma efectiva la relación existente entre una situación y otra para que pueda ser considerada como el mismo evento. En caso que no se pueda demostrar la relación entre una y otra o que exista duda a criterio de la contratante, se considerará como un evento independiente.

Se entiende que la cobertura, durante una internación, se dará por el diagnóstico fundamental que motivó la misma, aunque el paciente padezca otras afecciones.

Se otorgará cobertura a beneficiarios con enfermedades congénitas (según detalle), como así también los casos adquiridos.

En caso de que existan una o más coberturas para un mismo evento, siempre se tomará la que más favorezca al beneficiario.

Además, se incluirá la libre elección (dentro de la cartilla de prestadores propuesta por la Prestadora de Servicios) de profesionales, centros de diagnósticos y servicios sanatoriales para capital e interior (urgencias, emergencias, internaciones).

Todos los servicios contemplados en el contrato podrán ser realizados en los centros habilitados por la Prestadora de Servicios, sean de internación o no, a libre elección del beneficiario.

Toda orden de internación que demande más de un servicio sanatorial (Internación Clínica, Internación quirúrgica, Cirugía, UTI, Alta Complejidad), la Prestadora de Servicios tendrá como indicador, a los efectos de emitir la cobertura, la que corresponda a cada servicio, que se detalla en el pliego de bases y condiciones.

Con respecto a los Centros de Diagnósticos, en la ciudad de Asunción y Gran Asunción, la Prestadora de Servicios debe garantizar durante todo el plazo de prestación del servicio, los centros laboratoriales de los sanatorios habilitados y 5 (CINCO) centros laboratoriales tercerizados reconocidos por su solvencia y calidad técnica, uno de los cuales debe poseer visualizador de venas para la extracción de sangre.

La prestadora deberá garantizar los centros de imágenes propios de los sanatorios habilitados y 05 (cinco) centros de imágenes tercerizados, reconocidos por su solvencia técnica y certificación otorgada por la Superintendencia de Salud en estos servicios, para todos los estudios de imágenes, según contrato.

Para los centros de Diagnósticos y laboratorios de análisis clínicos: estos servicios deben cubrir a los que concurren en forma programada o de urgencia las 24 hs del día. Debe tener cobertura integral en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables, desechables y las determinaciones químicas y microbiológicas.

En caso que los laboratorios designados por la prestadora para las coberturas aranceladas no dispongan de los servicios para el asegurado, se le deberá asignar otro laboratorio dentro de los límites establecidos en el contrato.

Si el paciente se encuentra imposibilitado físicamente de acudir al laboratorio, podrá solicitar el servicio a domicilio, en cuyo caso las muestras para dichas determinaciones serán retiradas del domicilio por los laboratorios contratados, debiéndose solicitar el servicio vía telefónica y previa autorización de la Prestadora de Servicios. Los recargos por traslados de equipos a sanatorios serán por cuenta de la Prestadora de Servicios.

Debe entenderse por imposibilitado al paciente que no puede acudir al laboratorio por razones de salud que impidan su movilización normal o se encuentre discapacitado, aun cuando se lo pueda movilizar en silla de ruedas. El electrocardiograma, en caso de urgencias, se llevará al domicilio de los beneficiarios.

Debe contar por lo menos con 5 (cinco) centros de fisioterapia y rehabilitación. El oferente adjudicatario deberá especificar en cuales centros se realizan los siguientes estudios:

ELECTROENCEFALOGRAFÍA, Estudios Tomográficos MULTISLICE DE 64 CORTES y Estudios de Resonancia Magnética Nuclear con CAMPO ABIERTO y con equipo de 3 Tesla (mínimo), Radiografías, Ecografías, Ecocardiografía, Mamografía, Radioterapia.

6.1 ASISTENCIA MÉDICA Y SANATORIAL

6.1.1.25. Hematología (Adultos y Niños): consultas en horario normal y de urgencias e interconsultas en consultorios y/o sanatoriales. Hemoterapia, transfusiones sanguíneas, sean clínicas o quirúrgicas, incluyendo serología y materiales descartables, hasta 7 (siete) sesiones y procedimientos, como así también la asistencia operatoria cuando el caso lo requiere. El sanatorio o centro asistencial deberá proveer la sangre/plasma/derivados según su disponibilidad y solicitar posteriormente al grupo familiar, el cual deberá realizar la reposición correspondiente.

Listado de profesionales en las distintas especialidades: Se tendrá en cuenta la cantidad mínima requerida por cada especialidad.

ITEM	ESPECIALIDAD	CANTIDAD MÍNIMA REQUERIDA
1	ALERGIA E INMUNOLOGIA CLÍNICA	7 (SIETE)
2	ANATOMIA PATOLÓGICA	7 (SIETE)
3	ANESTESIOLOGIA, INCLUYE ANALGESIA EN PARTOS.	10 (DIEZ)
4	ALERGIA PEDIÁTRICA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA	3 (TRES)
5	CARDIOLOGÍA	10 (DIEZ)
6	CARDIOLOGÍA INFANTIL	2 (DOS)
7	CIRUGIA CARDIACA	3 (TRES)
8	CIRUGIA DE MANO	2 (DOS)
9	CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	3(TRES)
10	CIRUGIA NEUROLOGICA	3 (TRES)
11	CIRUGIA ONCOLOGICA	3 (TRES)
12	CIRUGIA INFANTIL	5 (CINCO)
13	CIRUGIA PLASTICA REPARADORA	3 (TRES)
14	CIRUGIA TORAXICA	3 (TRES)
15	CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	1 (UNO)
16	CIRUGIA VIDEOLAPAROSCOPICA	2 (DOS)

17	CIRUGIA Y UROLOGIA PEDIATRICA	5 (CINCO)
18	CIRUGIA GENERAL MAYOR, MENOR O MEDIANA	20 (VEINTE)
19	CIRUGIA MAXILOFACIAL	2 (DOS)
20	CLINICA MEDICA	20 (VEINTE)
21	COLOPROCTOLOGIA	3 (TRES)
22	DERMATOLOGIA	10 (DIEZ)
23	DERMATOLOGIA INFANTIL	2 (DOS)
24	DIABETOLOGIA	5 (CINCO)
25	ENDOCRINOLOGIA	5 (CINCO)
26	ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	2 (DOS)
27	FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGÍA AMBULATORIA (CON CENTROS)	5 (CINCO)
28	FLEBOLOGIA	6 (SEIS)
29	FONOUDIOLOGIA-FONIATRA	4 (CUATRO)
30	GASTROENTEROLOGIA	10 (DIEZ)
31	GASTROENTEROLOGIA INFANTIL	2 (DOS)
32	GERIATRIA	3 (TRES)
33	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	25 (VEINTICINCO)
34	GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL	2 (DOS)
35	HEMATOLOGIA	3 (TRES)

36	HEMATOLOGIA PEDIATRICA	1 (UNO)
37	HEMOTERAPIA	2 (DOS)
38	HEPATOLOGIA	3 (TRES)
39	INFECTOLOGIA.	3 (TRES)
40	INFECTOLOGIA PEDIATRICA.	1 (UNO)
41	MASTOLOGIA	4 (CUATRO)
42	MEDICINA FAMILIAR	5 (CINCO)
43	NEFROLOGIA	5 (CINCO)
44	NEUROLOGIA	5 (CINCO)
45	NEUROLOGIA PEDIATRICA	4 (CUATRO)
46	NEUMOLOGIA ADULTOS	10 (DIEZ)
47	NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	2 (DOS)
48	NEONATOLOGIA	2 (DOS)
49	NUTRICIONISTA: HONORARIOS POR NUTRICION ENTERAL Y PARENTERAL	5 (CINCO)
50	NUTRIÓLOGÍA	2 (DOS)
51	OFTALMOLOGIA	10 (DIEZ)
52	OFTALMOLOGIA PEDIATRICA	2 (DOS)
53	ONCOLOGIA CLINICA	5 (CINCO)
54	ONCOLOGIA PEDIATRICA	1 (UNO)

55	OTONEUROLOGIA ESTUDIOS	2 (DOS)
56	OTORRINOLARINGOLOGIA	10 (DIEZ)
57	PATOLOGIA TGI Y COLPOSCOPIA	3 (TRES)
58	PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA	20 (VEINTE)
59	PERINATOLOGÍA	1 (UNO)
60	PODOLOGÍA	2 (DOS)
61	PSICOLOGIA CLINICA	5 (CINCO)
62	PSICOLOGIA INFANTIL	5 (CINCO)
63	PSICOPEDAGOGIA	5 (CINCO)
64	PSIQUIATRIA	5 (CINCO)
65	TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	10 (DIEZ)
66	TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA INFANTIL	2 (DOS)
67	TOXICOLOGIA CLINICA	2 (DOS)
68	REUMATOLOGIA	5 (CINCO)
69	UROLOGIA	10 (DIEZ)
70	UROLOGIA INFANTIL	2 (DOS)

Todas las especialidades deberán contar con profesionales que cuenten con 5 años de experiencia o más en la especialidad, de reconocida capacidad e idoneidad.

(*) De los profesionales PSICÓLOGOS INFANTILES debe tener la especialidad en atención a niños con TEA, por lo menos 1 (uno).

6.4 SERVICIOS SANATORIALES.

6.4.1 SANATORIOS DE LA CAPITAL.

Cantidad mínima: 7 (siete), de los cuales:

5 (cinco) centros de alta complejidad (nivel 3).

2 (dos) centros convencionales (nivel 2).

Todos deberán ser a libre elección de los beneficiarios dentro de la cartilla de prestadores propuesta por la Prestadora de Servicios.

Los centros convencionales (nivel 2) y los de alta complejidad (nivel 3), deberán reunir los requisitos mínimos exigidos por la Superintendencia de Salud.

De los centros de Nivel 3 es necesario que uno se encuentre dentro de un radio de 5 km de las instalaciones de la Contraloría General de la República.

Uno de los centros del nivel 3 deberá contar dentro de sus instalaciones, Con Resonador, tomógrafo y equipo de hemodinamia instalado y en funcionamiento, así como también por los menos 2 establecimientos con unidad de terapia intensiva niños/neonatal ubicados en la ciudad de Asunción.

Asimismo, se deberá garantizar 1 (UN) Centro Médico exclusivo Pediátrico y especializado para niños, para URGENCIAS, CONSULTAS, ESTUDIOS PREVISTOS EN EL CONTRATO E INTERNACIONES.

En caso que no exista disponibilidad de alta complejidad en Sanatorio de la prestadora, el traslado del paciente se realizará a otro del mismo nivel en las mismas condiciones contractuales.

La Prestadora garantizará durante todo el plazo de prestación del servicio la provisión de como mínimo los siguientes centros habilitados por el MSP y BS o, en su defecto, comprobante de mesa de entrada como prueba de que las habilitaciones se encuentran en trámite de renovación.

6.9 OTROS SERVICIOS CUBIERTOS

6.9.2 Deben estar cubiertos, con cobertura del 100%, todos los honorarios para procedimientos, además de los derechos operatorios en todo tipo de internaciones e intervenciones quirúrgicas (excepto las excluidas), incluyendo todos los equipos necesarios para llevar adelante los procedimientos quirúrgicos-intervenciones y que sean de propiedad de los Centros Habilitados, como: utilización de electrocardiógrafo, ecógrafos, rayos X, colchones de aire-agua, monitor cardiaco, monitor fetal, cuna térmica, carpa de oxígeno, tomógrafo, ecocardiógrafo, Bomba de contra pulsación intraaórtica, saturador de oxígeno, Equipo de video Endoscopia, Equipo de video laparoscopia, Equipo de Artroscopia, Microscopio, bomba de Infusión, Litotriptor, Incubadora de transporte, Equipo de gasto cardiaco, Gastos de traslado de equipos y recargos por fuera de hora. El listado es limitativo y los equipos no detallados y que sean de propiedad de los profesionales o deban ser alquilados, gozarán de cobertura de hasta \$ 6.000.000 (Guaraníes seis millones) por grupo familiar por parte de la Prestadora de Servicios.

6.9.15 Nebulizaciones hasta 20 (veinte) por evento, conforme a indicación médica, servicio de enfermería, toma de presión arterial, medicamentos y materiales/descartables establecido para cada servicio.

9. ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO.

9.2. ESTUDIOS LABORATORIALES.

Vitamina B12

10. SEGURO DEL VIAJERO PARA EL TITULAR POR RAZONES LABORALES.

SEGURO DEL VIAJERO PARA EL TITULAR POR RAZONES LABORALES.

Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y estudios de imagen para casos de urgencias en el exterior a los beneficiarios, con un máximo de 15 días de cobertura y hasta U\$S 60.000 por viaje. Traslado asistido desde el exterior hasta un centro médico en el territorio nacional para casos de alta complejidad.

Para usufructuar el seguro del viajero por razones laborales, la prestadora deberá habilitar el servicio en un plazo máximo de 48hs. hábiles, posterior a la comunicación del asegurado a la Prestadora, previo al viaje. En caso de que el beneficiario no comunique a la Prestadora el viaje, no podrá acceder a la prestación con cobertura ni al reintegro correspondiente.

DEBE DECIR

1. BENEFICIARIO:

Serán beneficiarios del seguro médico el funcionario/a permanente o contratado/a de la Contraloría General de la República (CGR), su grupo familiar y los adherentes permitidos conforme a lo que se establece en la presente E.T.

Conformación el grupo familiar:

1. Titular casado/a:

El cónyuge o conviviente del titular (matrimonio o unión de hecho reconocida judicialmente).

Los hijos/as hasta los 20 años.

Los hijos/as con discapacidad mental y/o física, sin límite de edad.

De manera **opcional** serán considerados hijos de 21 a 24 años dentro del grupo familiar abonando una prima de guaraníes cuatrocientos mil (G. 400.000), excepto los hijos con discapacidad, para quienes no aplica dicha prima.

Si un hijo/a del titular nace en sanatorios adheridos a la prestadora, quedará automáticamente incluido en el grupo familiar desde el nacimiento, con todas las coberturas del contrato. El titular deberá comunicar el vínculo a la CGR dentro de los 10 días, y esta a su vez a la prestadora.

2. Titular con divorcio vincular:

Hijos/as hasta los 20 años. De manera **opcional** serán considerados hijos de 21 a 24 años dentro del grupo familiar abonando una prima de guaraníes cuatrocientos mil (G. 400.000), excepto los hijos con discapacidad, para quienes no aplica dicha prima.

Los hijos/as con discapacidad mental y/o física, sin límite de edad.

A uno de sus padres, hasta los 64 años. De manera **opcional** podrán gozar de la misma cobertura del grupo familiar, sin límite de edad, abonando una prima de guaraníes trescientos mil (G. 300.000) a partir de los 65 años.

Si el titular divorciado no tuviera hijos menores de 24 años, podrá incluir a ambos padres, hasta los 64 años. Si uno de ellos o ambos supera dicha edad, de manera **opcional** podrán gozar de la misma cobertura del grupo familiar, sin límite de edad, abonando una prima de guaraníes trescientos mil (G. 300.000) a partir de los 65 años (por cada uno de ellos).

Si el titular vuelve a contraer matrimonio, recuperará la condición establecida para el titular casado. El nuevo estado civil deberá comunicarse dentro de 30 días.

3. Titular viudo/a

Hijos/as hasta los 20 años. De manera **opcional** serán considerados hijos de 21 a 24 años dentro del grupo familiar abonando una prima de guaraníes cuatrocientos mil (G. 400.000), excepto los hijos con discapacidad, para quienes no aplica dicha prima.

Los hijos/as con discapacidad mental y/o física, sin límite de edad.

A uno de sus padres, hasta los 64 años. De manera **opcional** podrán gozar de la misma cobertura del grupo familiar, abonando una prima de guaraníes trescientos mil (G. 300.000) a partir de los 65 años.

Si el titular viudo no tuviera hijos menores de 24 años, podrá incluir a ambos padres hasta los 64 años. Si uno de ellos o ambos supera dicha edad, de manera **opcional** podrán gozar de la misma cobertura del grupo familiar, abonando una prima de guaraníes trescientos mil (G. 300.000) a partir de los 65 años por cada uno de ellos.

Si el titular vuelve a contraer matrimonio, recuperará la condición establecida para el titular casado. El nuevo estado civil debe comunicarse dentro de 30 días.

4. Titular soltero/a

Sus hijos/as hasta los 20 años. De manera **opcional** serán considerados hijos de 21 a 24 años dentro del grupo familiar abonando una prima de guaraníes cuatrocientos mil (G. 400.000), excepto los hijos con discapacidad, para quienes no aplica dicha prima.

A uno de sus padres hasta los 64 años, y cuando supere dicha edad, podrá abonar de manera **opcional** para gozar de la misma cobertura del grupo familiar, una prima de guaraníes trescientos mil (G. 300.000) a partir de los 65 años.

Al otro padre hasta los 64 años. Al cumplir 65 años, podrá continuar como adherente pago.

Si el titular contrae matrimonio, deberá comunicarlo dentro de 30 días.

5. Casados entre funcionarios de la CGR

Ambos podrán incluir a:

Sus hijos/as hasta los 20 años. De manera **opcional** serán considerados hijos de 21 a 24 años dentro del grupo familiar abonando una prima de guaraníes cuatrocientos mil (G. 400.000), excepto los hijos con discapacidad, para quienes no aplica dicha prima.

A uno de sus padres hasta los 64 años, y cuando supere dicha edad, podrá abonar de manera **opcional** para gozar de la misma cobertura del grupo familiar, una prima de guaraníes trescientos mil (G. 300.000) a partir de los 65 años.

Al otro padre hasta los 64 años. Al cumplir 65 años, podrá continuar como adherente pago.

Los titulares que optan por abonar la prima correspondiente por los integrantes del grupo familiar mencionados en los puntos precedentes serán abonados íntegramente por el mismo y tendrá un periodo de treinta (30) días desde la firma del contrato o a partir de su inclusión como funcionario.

La exclusión o no continuidad de cualquiera de los integrantes del grupo familiar será de exclusiva iniciativa del Titular, quien deberá comunicar dicha decisión a la Prestadora con una antelación mínima de treinta (30) días a la fecha en que el integrante alcance la edad correspondiente, en caso de no efectuarse dicha comunicación en tiempo y forma, el integrante continuará formando parte del grupo familiar hasta la finalización del contrato, en las condiciones establecidas y, en caso de realizar la comunicación de exclusión o no continuidad, perderá el derecho a solicitar dicha continuidad con posterioridad.

En caso de mora en el pago de la prima correspondiente al adicional, el integrante del grupo familiar no podrá acceder a los servicios hasta tanto se regularice la situación de pago.

Desvinculación del funcionario

En caso de desvinculación del funcionario de la CGR por cualquier causal legal, la CGR comunicará a la prestadora y enviará la nómina con los reemplazos hasta el día 8 de cada mes previo a la facturación y a la fecha de corte de cobertura del funcionario dado de baja.

Funcionario Jubilados de la CGR

Los funcionarios jubilados podrán continuar como asegurados con la misma cobertura, pudiendo incluir únicamente a su cónyuge. La prima será de 70% del precio adjudicado por cada titular, a ser abonado tanto por el jubilado como por su cónyuge. La continuidad será a iniciativa del titular, quien deberá manifestarlo por escrito ante la DGGCH. La comunicación deberá realizarse conjuntamente con el pedido de baja por jubilación. La vinculación se mantendrá hasta la finalización del contrato.

2. BENEFICIARIOS ADHERENTES.

La inclusión de beneficiarios adherentes será de iniciativa exclusiva del titular, y la prima correspondiente correrá íntegramente por cuenta del mismo.

El plazo para solicitar la incorporación de adherentes será de hasta 30 (treinta) días contados desde la fecha de alta del titular en los servicios contratados. La permanencia mínima del adherente será de 12 (doce) meses, pudiendo renovarse por periodos sucesivos hasta la finalización del contrato.

Transcurridos 12 (doce) meses desde la firma del contrato, se reabrirá un período adicional de 30 (treinta) días para la incorporación de nuevos adherentes pagos. La Prestadora de Servicios estará obligada a aceptar las solicitudes de inclusión que se presenten dentro del plazo establecido.

La Prestadora de Servicios no podrá exigir exámenes médicos, juntas médicas ni realizar cualquier tipo de discriminación para la incorporación de adherentes, ya sea por edad, afecciones o patologías preexistentes.

El vínculo entre el titular y el adherente podrá acreditarse mediante Certificado de Nacimiento, Libreta de Familia, Certificado de Matrimonio o Sentencia firme y ejecutoriada, según corresponda. La enumeración precedente es meramente enunciativa.

Toda la tramitación documental, el pago y la gestión de permanencia de los adherentes será realizada directamente por el titular ante la Prestadora de Servicios, sin intervención de la Contratante, conforme a lo establecido en la presente E.T.

Podrán ser incluidos como beneficiarios adherentes los padres, hermanos/as, abuelos/as, nietos/as **e hijos/as mayores desde los 24 años del titular**, hasta el segundo grado de consanguinidad, así como personas bajo su dependencia directa acreditada mediante Sentencia firme y ejecutoriada, en todos los casos sin límite de edad, hasta un máximo de 5 (cinco) adherentes.

El titular abonará directamente a la Prestadora de Servicios las siguientes primas por cada adherente:

- **Hasta 64 años: el 65% del precio adjudicado por cada titular.**
- **De 65 a 70 años: el 70% del precio adjudicado por cada titular.**
- **Desde 71 años en adelante: el 80% del precio adjudicado por cada titular.**

El precio aplicable será el fijado luego de la adjudicación y no incidirá en la cotización de la licitación.

Los adherentes pagos tendrán una cobertura diferenciada, conforme a lo establecido en el apartado 14 de la presente E.T.

Los adherentes deberán permanecer en dicha condición desde su incorporación hasta el vencimiento del contrato o, en su caso, hasta la desvinculación del titular de la Institución por cualquiera de las causales previstas en la Ley.

La mora en el pago por parte del adherente suspenderá automáticamente las coberturas establecidas en la presente Especificación Técnica, sin afectar en modo alguno los derechos del titular ni de su grupo familiar.

Los hijos/as incorporados como parte del grupo familiar perderán automáticamente dicha condición una vez cumplida la edad máxima prevista contractualmente. A partir del día siguiente al cumplimiento de la edad límite, solo podrán continuar en el seguro en carácter de adherentes pagos, con las primas y condiciones establecidas en el presente Pliego.

La continuidad del beneficiario como adherente pago no es automática, debiendo el titular solicitar expresamente su incorporación dentro del plazo de continuidad sin interrupciones, conforme a las reglas operativas de la Prestadora. La falta de solicitud en el plazo indicado producirá la baja automática del beneficiario en el sistema, sin responsabilidad alguna para la Prestadora ni para la Contratante.

5. OBLIGACIONES DE LA PRESTADORA-PLANTEL MÉDICO, SANATORIAL Y ADMINISTRATIVO.

1. Los profesionales médicos de la lista de la Prestadora de Servicios estarán a disposición del beneficiario en sus horarios de consultorio, sin que puedan alegarse razones reglamentarias de ordenamiento interno, que impidan la atención por parte de cualquiera de los profesionales del listado de la Prestadora de Servicios, salvo causas de indisponibilidad fundadas en las leyes de la República.
2. La administración de la Prestadora de Servicios, contará con un personal permanente con el suficiente poder de decisión para la solución de inconvenientes y la atención de los beneficiarios, durante y fuera de los horarios administrativos en días inhábiles inclusive; para el cumplimiento de esta cláusula, la Prestadora deberá comunicar a la CGR por escrito la nómina del de los funcionarios con sus respectivos números telefónicos, en el plazo de 5 (cinco) días hábiles desde la firma del contrato.
3. La Prestadora de Servicios deberá proveer, cuando lo solicite la Contraloría General, datos estadísticos respecto a consultas, intervenciones, análisis clínicos, internaciones, imágenes, utilización de servicios de urgencias y emergencias en un plazo máximo de 8 (ocho) días hábiles desde la recepción de la solicitud. En caso de solicitarse historias clínicas, la entrega por parte del sanatorio deberá ser aprobada por el paciente ya que la misma es confidencial.
4. La Prestadora de Servicios deberá proveer a la Dirección General de Gestión del Capital Humano Dirección de Bienestar y Desarrollo Social, cuando esta solicite previa autorización del/ del beneficiario/s titular/es, dentro de un plazo de 5 (cinco) días hábiles posteriores a la solicitud, las cuentas pendientes de pago de los beneficiarios, resultantes de servicios prestados no cubiertos.
5. La Prestadora deberá proveer cuando la contratante lo solicite, los siguientes datos: Listado de Adherentes incorporados o excluidos en cada periodo.
6. La Prestadora deberá informar, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la recepción de la solicitud realizada por la Administradora del contrato, la cantidad total de beneficiarios que se encuentren internados en los centros asistenciales habilitados bajo su cobertura.
7. Cualquiera sea la causa de terminación o rescisión del Contrato, la Prestadora seguirá ofreciendo el servicio médico objeto del Contrato a los beneficiarios por un plazo de 1 (un) mes a partir de la fecha de comunicación de la resolución respectiva.
8. El servicio será abonado por la CONTRATANTE en las mismas condiciones y precios establecidos contractualmente, independientemente de cualquier reclamo de indemnización que pudiera realizar la misma.
9. Las empresas sub-contratadas por la Prestadora de Servicios brindarán los servicios bajo las mismas condiciones requeridas en el Contrato.
10. La utilización de los equipos, maquinarias, instrumentales y otros, propios de los sanatorios habilitados, siempre y cuando corresponda su utilización, empleados en cirugías, especialidades médicas, cualquier tipo de intervención y otros, del presente contrato tendrán cobertura total (100%), por lo que no se podrá requerir ningún cobro en concepto alguno siempre que pertenezcan a los sanatorios habilitados y los procedimientos cuenten con cobertura.
11. El carnet identificatorio sea físico o digital, o la Cédula de Identidad, serán documentos válidos para su utilización en todos los Sanatorios en convenio en el Territorio Nacional, sin la necesidad de presentar ninguna otra documentación respaldatoria, excepto la indicación médica correspondiente.

12. Se entenderá por año de contrato el que va desde la firma del mismo hasta los 24 meses de vigencia y sus prórrogas en el caso que las hubiera. Haciendo la salvedad que para las coberturas contempladas en el presente contrato se reiniciará el conteo de los servicios previstos en el mismo luego del periodo de los primeros 12 meses (año). En caso de que existan una o más coberturas que se contrapongan, siempre se tomará la que más favorezca al beneficiario, específicamente a lo que tenga relación con la reiniciación de los servicios dentro de los 12 meses (año) de la firma del contrato.
13. Las solicitudes de visaciones se realizarán por correo electrónico o por una aplicación de mensajería instantánea indicada por la Prestadora a la contratante, sin necesidad de acudir hasta las instalaciones de la Prestadora de Servicios; la misma deberá ser respondida en un plazo no mayor a 1 (una) hora de recibido el correo o mensaje instantáneo. Cuando haya una duda o desacuerdo en la cobertura del servicio solicitado, se tendrá un plazo máximo de 2 (dos) horas para la corroboración con el personal con suficiente poder de decisión que determine la cobertura conforme al contrato.
14. Para la solicitud de cobertura de intervenciones e internaciones programadas se establece un plazo máximo de contestación de 48 (cuarenta y ocho) horas hábiles.
15. Durante la vigencia del contrato, la Prestadora de Servicios no podrá disminuir la cantidad ni la calidad de los servicios sanatoriales, laboratoriales, por imágenes, profesionales médicos, así como de ningún centro de diagnóstico, requeridos en el PBC y ofertados por la Prestadora de Servicios a menos causas de fuerza mayor y siempre que sean reemplazados por otros de igual calidad y servicio, estos deberán ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE con 48 (cuarenta y ocho) horas de anticipación, y explicar el motivo de dicha sustitución, caso contrario la contratante se reserva el derecho de solicitar otra opción.
16. Los precios de los medicamentos facturados no podrán exceder los montos establecidos por el MSPyBS, los cuales serán considerados para las auditorías médicas en el control de las facturaciones emitidas por las prestadoras de servicio. En caso de que el paciente cuente con seguro de IPS, la prestadora de servicios podrá autorizar el ingreso de drogas para el tratamiento de enfermedades crónicas y/u oncológicas.
17. Los precios de los materiales descartables deberán ajustarse a los precios del mercado de acuerdo a la marca, procedencia, y calidad de los mismos.
18. Todo medicamento o insumo que no haya sido utilizado íntegramente en el paciente, pero ha sido cobrado o descontado del cupo de cobertura de manera íntegra, será de propiedad del BENEFICIARIO y tendrá que ser entregado al mismo, salvo restricciones legales para medicamentos controlados.
19. El servicio administrativo DEL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS, deberá estar a disposición del beneficiario en forma permanente (24 horas al día), incluyendo sábados, domingos y feriados para casos de urgencia, a fin de proveer la cobertura sanatorial a los servicios requeridos, como así también los trámites de visaciones y coberturas. Asimismo, deberá proveer la nómina del plantel administrativo responsable de los diferentes servicios con los respectivos números telefónicos de contacto para los fines pertinentes, en el plazo de 5 (cinco) días hábiles desde la firma del contrato.
20. En caso que el paciente cuente con la medicación de uso habitual al momento del ingreso, deberá informar al centro asistencial a modo de evitar que se le sea suministrado con costo durante la permanencia en la internación.
21. Las solicitudes de aclaraciones, reclamos o incumplimientos realizados por la contratante a la prestadora de servicios deberán ser respondidos por la prestadora en el plazo de 72 (setenta y dos) horas hábiles, contados a partir de la comunicación realizada por la DBDS, dependiente de la DGGCH, caso contrario serán comunicados a la Dirección Operativa de Contrataciones de la CGR, para los trámites correspondientes.
22. LA PRESTADORA DE SERVICIOS, cuando lo requiera el BENEFICIARIO o el titular del contrato, entregará el estado de cuenta cada 24 (veinticuatro) horas y las coberturas médicas emitidas, con todos los detalles de los gastos imputados. En ningún caso la Contraloría General de la República podrá ser garante de las deudas contraídas por el titular. El desconocimiento del estado de cuenta por parte del titular, no será causal para el desconocimiento de la deuda, en caso de coberturas.
23. Los sanatorios adheridos en convenio con la prestadora del servicio, se abstendrán de imponer al paciente para la prestación de los servicios médicos, cualquier condición que lesione su derecho a la intimidad, tales como filmaciones, tomas fotográficas u otros similares.
24. En el caso de que el paciente necesite sangre, plasma y/o derivados, el sanatorio o centro asistencial deberá proveer los mismos, según su disponibilidad y solicitar posteriormente al grupo familiar, el cual deberá realizar la reposición correspondiente.
25. A solicitud de los funcionarios, la CONTRATANTE podrá solicitar la inclusión de profesionales, aun en la modalidad de co-pago, dentro de los 30 días posteriores al inicio del contrato. Por su parte la prestadora tendrá un plazo de hasta 60 días para la contestación del pedido, caso contrario, deberá remitir dentro del citado plazo la debida justificación de la no incorporación de los profesionales solicitados.
26. El proveedor pondrá a disposición de los asegurados un listado de profesionales en convenio con CO-PAGO, junto con el listado de prestadores en convenio.
27. Principio de continuidad asistencial para asegurados que se encuentran internados o en tratamiento. En caso de que la nueva Prestadora del contrato no tenga convenio con centros asistenciales adscriptos a la anterior la Prestadora del contrato de seguro médico de la CONTRATANTE, una vez adjudicada, la primera se obliga a garantizar a los pacientes que se encuentren en terapia intensiva, incubadora y luminoterapia, la continuidad

de la asistencia en las mismas condiciones, siempre que no fuese posible el traslado a otro sanatorio, debiendo correr los gastos por cuenta de la nueva Prestadora dentro de los límites establecidos en el presente contrato. Para ello la CONTRATANTE comunicará a la nueva Prestadora la lista de cada uno de los beneficiarios que se encuentren en alguna de las situaciones mencionadas.

28. Las Juntas Médicas serán convocadas a solicitud de la C.G.R., con el objeto de evaluar a determinados funcionarios, que debido a las complicaciones de sus patologías y conforme a sus diagnósticos o cuadros evolutivos, refieran un pronóstico de invalidez temporal y/o permanente, o un riesgo inminente de perder la vida. Estará a cargo de la Prestadora durante el plazo de prestación del servicio, la ejecución y los honorarios médicos de hasta un máximo de dos (2) Juntas Médicas por año de contrato, compuestas por un máximo de tres (3) profesionales médicos y/o profesionales afines, en convenio con la misma.
29. Deben estar cubiertos los derechos operatorios en todo tipo de internaciones e intervenciones quirúrgicas que se contemplen con cobertura en el presente contrato.
30. La Prestadora/Centro asistencial en ningún caso podrá solicitar al beneficiario y su grupo familiar, depósito, garante o aval alguno en concepto de garantía para la realización de alguna intervención quirúrgica.

6. COBERTURA.

Se entenderá por *Cobertura*, la inclusión de los honorarios médicos, honorarios del anestesista, internaciones, estudios de imágenes y de diagnóstico y análisis laboratoriales, paramédicos, tratamientos ambulatorios, ambulancias y traslados y otros necesarios para la debida atención médica, conforme a lo establecido para cada servicio y/o especialidad, dentro del territorio nacional, para el beneficiario titular, su grupo familiar y adherente por evento y año de contrato (reinicio a los 12 meses de la firma).

Se entenderá como cobertura por evento, a todo servicio sanatorial, médico, clínico, relacionado a una enfermedad clínica y/o quirúrgica y sus complicaciones hasta tanto no se hayan resuelto, sin límite de internaciones, y/o procedimientos médicos quirúrgico, sin importar el diagnóstico o motivo de la internación. *La prestadora de servicio, deberá demostrar en forma efectiva la relación existente entre una situación y otra para que pueda ser considerada como el mismo evento. En caso que no se pueda demostrar la relación entre una y otra o que exista duda a criterio de la contratante, se considerará como un evento independiente.*

Se entiende que la cobertura, durante una internación, se dará por el diagnóstico fundamental que motivó la misma, aunque el paciente padezca otras afecciones.

Se otorgará cobertura a beneficiarios con enfermedades congénitas (según detalle), como así también los casos adquiridos.

En caso de que existan una o más coberturas para un mismo evento, siempre se tomará la que más favorezca al beneficiario.

Además, se incluirá la libre elección (dentro de la cartilla de prestadores propuesta por la Prestadora de Servicios) de profesionales, centros de diagnósticos y servicios sanatoriales para capital e interior (urgencias, emergencias, internaciones).

Todos los servicios contemplados en el contrato podrán ser realizados en los centros habilitados por la Prestadora de Servicios, sean de internación o no, a libre elección del beneficiario.

Toda orden de internación que demande más de un servicio sanatorial (Internación Clínica, Internación quirúrgica, Cirugía, UTI, Alta Complejidad), la Prestadora de Servicios tendrá como indicador, a los efectos de emitir la cobertura, la que corresponda a cada servicio, que se detalla en el pliego de bases y condiciones.

Con respecto a los Centros de Diagnósticos, en la ciudad de Asunción y Gran Asunción, la Prestadora de Servicios debe deberá garantizar durante todo el plazo de prestación del servicio, los centros laboratoriales de los sanatorios habilitados y 5 (CINCO) centros laboratoriales tercerizados reconocidos por su solvencia y calidad técnica, uno de los cuales debe poseer visualizador de venas para la extracción de sangre.

La prestadora deberá garantizar los centros de imágenes propios de los sanatorios habilitados y 05 (cinco) centros de imágenes tercerizados, reconocidos por su solvencia técnica y habilitación otorgada por el MSP y BS en estos servicios, para todos los estudios de imágenes, según contrato.

Para los centros de Diagnósticos y laboratorios de análisis clínicos: estos servicios deben cubrir a los que concurren en forma programada o de urgencia las 24 hs del día. Debe tener cobertura integral en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables, desechables y las determinaciones químicas y microbiológicas.

En caso que los laboratorios designados por la prestadora para las coberturas aranceladas no dispongan de los servicios para el asegurado, se le deberá asignar otro laboratorio dentro de los límites establecidos en el contrato.

Si el paciente se encuentra imposibilitado físicamente de acudir al laboratorio, podrá solicitar el servicio a domicilio, en cuyo caso las muestras para dichas determinaciones serán retiradas del domicilio por los laboratorios contratados, debiéndose solicitar el servicio vía telefónica y previa autorización de la Prestadora de Servicios. Los recargos por traslados de equipos a sanatorios serán por cuenta de la Prestadora de Servicios.

Debe entenderse por imposibilitado al paciente que no puede acudir al laboratorio por razones de salud que impidan su movilización normal o se encuentre discapacitado, aun cuando se lo pueda movilizar en silla de ruedas. El electrocardiograma, en caso de urgencias, se llevará al domicilio de los beneficiarios.

Debe contar por lo menos con 5 (cinco) centros de fisioterapia y rehabilitación.

El oferente adjudicatario deberá especificar en cuales centros se realizan los siguientes estudios: ELECTROENCEFALOGRAFÍA, Estudios Tomográficos MULTISLICE DE 64 CORTES y Estudios de Resonancia Magnética Nuclear con CAMPO ABIERTO y con equipo de 3 Tesla (mínimo), Radiografías, Ecografías, Ecocardiografía, Mamografía, Radioterapia.

6.1 ASISTENCIA MÉDICA Y SANATORIAL

6.1.1.25. Hematología (Adultos y Niños): consultas en horario normal y de urgencias e interconsultas en consultorios y/o sanatoriales. Hemoterapia, transfusiones sanguíneas, sean clínicas o quirúrgicas, incluyendo serología y materiales descartables, hasta 7 (siete) sesiones y procedimientos, como así también la asistencia operatoria cuando el caso lo requiere. El sanatorio o centro asistencial deberá proveer la sangre/plasma/derivados según su disponibilidad y solicitar posteriormente al grupo familiar, el cual deberá realizar la reposición correspondiente. Los materiales utilizados forman parte de la cobertura de medicamentos y descartables, incluye los estudios serológicos que corresponden a: estudios laboratoriales y estudios fenotipados de glóbulos rojos hasta los límites establecidos en el presente contrato

Listado de profesionales en las distintas especialidades: Se tendrá en cuenta la cantidad mínima requerida por cada especialidad.

ITEM	ESPECIALIDAD	CANTIDAD MÍNIMA REQUERIDA
1	ALERGIA E INMUNOLOGIA CLÍNICA	7 (SIETE)
2	ANATOMIA PATOLÓGICA	7 (SIETE)
3	ANESTESIOLOGIA, INCLUYE ANALGESIA EN PARTOS.	10 (DIEZ)
4	ALERGIA PEDIÁTRICA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA	3 (TRES)
5	CARDIOLOGÍA	10 (DIEZ)
6	CARDIOLOGÍA INFANTIL	2 (DOS)
7	CIRUGIA CARDIACA	3 (TRES)
8	CIRUGIA DE MANO	2 (DOS)
9	CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	1 (UNO)
10	CIRUGIA NEUROLOGICA	3 (TRES)

11	CIRUGIA ONCOLOGICA	3 (TRES)
12	CIRUGIA INFANTIL	5 (CINCO)
13	CIRUGIA PLASTICA REPARADORA	3 (TRES)
14	CIRUGIA TORAXICA	3 (TRES)
15	CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	1 (UNO)
16	CIRUGIA VIDEOLAPAROSCOPICA	2 (DOS)
17	CIRUGIA Y UROLOGIA PEDIATRICA	5 (CINCO)
18	CIRUGIA GENERAL MAYOR, MENOR O MEDIANA	20 (VEINTE)
19	CIRUGIA MAXILOFACIAL	1 (UNO)
20	CLINICA MEDICA	20 (VEINTE)
21	COLOPROCTOLOGIA	3 (TRES)
22	DERMATOLOGIA	10 (DIEZ)
23	DERMATOLOGIA INFANTIL	2 (DOS)
24	DIABETOLOGIA	5 (CINCO)
25	ENDOCRINOLOGIA	5 (CINCO)
26	ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	1 (UNO)
27	FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGÍA AMBULATORIA (CON CENTROS)	5 (CINCO)
28	FLEBOLOGIA	6 (SEIS)
29	FONODIOLOGIA-FONIATRA	4 (CUATRO)

30	GASTROENTEROLOGIA	10 (DIEZ)
31	GASTROENTEROLOGIA INFANTIL	2 (DOS)
32	GERIATRIA	3 (TRES)
33	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	25 (VEINTICINCO)
34	GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL	2 (DOS)
35	HEMATOLOGIA	3 (TRES)
36	HEMATOLOGIA PEDIATRICA	1 (UNO)
37	HEMOTERAPIA	2 (DOS)
38	HEPATOLOGIA	1 (UNO)
39	INFECTOLOGIA.	3 (TRES)
40	INFECTOLOGIA PEDIATRICA.	1 (UNO)
41	MASTOLOGIA	4 (CUATRO)
42	MEDICINA FAMILIAR	1 (UNO)
43	NEFROLOGIA	5 (CINCO)
44	NEUROLOGIA	5 (CINCO)
45	NEUROLOGIA PEDIATRICA	4 (CUATRO)
46	NEUMOLOGIA ADULTOS	10 (DIEZ)
47	NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	2 (DOS)
48	NEONATOLOGIA	2 (DOS)

49	NUTRICIONISTA: HONORARIOS POR NUTRICION ENTERAL Y PARENTERAL	5 (CINCO)
50	NUTRIÓLOGÍA	2 (DOS)
51	OFTALMOLOGIA	10 (DIEZ)
52	OFTALMOLOGIA PEDIATRICA	2 (DOS)
53	ONCOLOGIA CLINICA	5 (CINCO)
54	ONCOLOGIA PEDIATRICA	1 (UNO)
55	OTONEUROLOGIA ESTUDIOS	1 (UNO)
56	OTORRINOLARINGOLOGIA	10 (DIEZ)
57	PATOLOGIA TGI Y COLPOSCOPIA	1 (UNO)
58	PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA	20 (VEINTE)
59	PERINATOLOGÍA	1 (UNO)
60	PODOLOGÍA	1 (UNO)
61	PSICOLOGIA CLINICA	5 (CINCO)
62	PSICOLOGIA INFANTIL	5 (CINCO)
63	PSICOPEDAGOGIA	5 (CINCO)
64	PSIQUIATRIA	3 (TRES)
65	TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	10 (DIEZ)
66	TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA INFANTIL	2 (DOS)

67	TOXICOLOGIA CLINICA	2 (DOS)
68	REUMATOLOGIA	5 (CINCO)
69	UROLOGIA	10 (DIEZ)
70	UROLOGIA INFANTIL	2 (DOS)

Todas las especialidades deberán contar con profesionales que cuenten con 5 años de experiencia o más en la especialidad, de reconocida capacidad e idoneidad.

6.4 SERVICIOS SANATORIALES.

6.4.1 SANATORIOS DE LA CAPITAL.

Cantidad mínima: 7 (siete), de los cuales:

- 4 (cuatro) centros de alta complejidad (nivel 3).
- 3 (tres) centros convencionales (nivel 2).

Todos deberán ser a libre elección de los beneficiarios dentro de la cartilla de prestadores propuesta por la Prestadora de Servicios.

Los centros convencionales (nivel 2) y los de alta complejidad (nivel 3), deberán reunir los requisitos mínimos exigidos por la Superintendencia de Salud.

De los centros de Nivel 3 es necesario que uno se encuentre dentro de un radio de 5 km de las instalaciones de la Contraloría General de la República.

Dos de los sanatorios de Asunción Nivel 3 deberán contar dentro de sus instalaciones los siguientes servicios: Unidad de Terapia Intensiva, Centro de especialidades cardiológicas, equipo de tomografía y de resonancia magnética, así como también por lo menos 1 de ellos debe contar con centro de especialidad pediátrica, Servicio de Hemodinamia, Unidad de Medicina Transfusional y Unidad Coronaria, todas estas unidades de atención deberán estar habilitados por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

En caso que no exista disponibilidad de alta complejidad en Sanatorio de la prestadora, el traslado del paciente se realizará a otro del mismo nivel.

La Prestadora garantizará durante todo el plazo de prestación del servicio la provisión de como mínimo los siguientes centros habilitados por el MSP y BS o, en su defecto, comprobante de mesa de entrada como prueba de que las habilitaciones se encuentran en trámite de renovación.

6.9 OTROS SERVICIOS CUBIERTOS

6.9.2 Deben estar cubiertos, con cobertura del 100%, todos los honorarios para procedimientos, además de los derechos operatorios en todo tipo de internaciones e intervenciones quirúrgicas (excepto las excluidas), incluyendo todos los equipos necesarios para llevar adelante los procedimientos quirúrgicos-intervenciones y que sean de propiedad de los Centros Habilitados, como: utilización de electrocardiógrafo, ecógrafos, rayos X, colchones de aire-agua, monitor cardiaco, monitor fetal, cuna térmica, carpa de oxígeno, tomógrafo, ecocardiógrafo, Bomba de contra pulsación intraaórtica, saturador de oxígeno, Equipo de video Endoscopio, Equipo de video laparoscopia, Equipo de Artroscopia, Microscopio, bomba de Infusión, Litotriptor, Incubadora de transporte, Equipo de gasto cardiaco, Gastos de traslado de equipos y recargos por fuera de hora. El listado es limitativo y los equipos no detallados y que sean de propiedad de los profesionales o deban ser alquilados, no gozarán de cobertura por parte de la Prestadora de Servicios.

6.9.15 Nebulizaciones hasta 10 (diez) por evento, conforme a indicación médica, servicio de enfermería, toma de presión arterial, medicamentos y materiales/descartables establecido para cada servicio.

9. ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO

9.2. ESTUDIOS LABORATORIALES.

Vitamina B12 en laboratorio designado

10. SEGURO DEL VIAJERO PARA EL TITULAR POR RAZONES LABORALES.

SEGURO DEL VIAJERO PARA EL TITULAR POR RAZONES LABORALES.

Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y estudios de imagen para casos de urgencias en el exterior a los beneficiarios, con un máximo de 15 días de cobertura y hasta U\$S 15.000 por viaje. Traslado asistido desde el exterior hasta un centro médico en el territorio nacional para casos de alta complejidad.

Para usufructuar el seguro del viajero por razones laborales, la prestadora deberá habilitar el servicio en un plazo máximo de 48hs. hábiles, posterior a la comunicación del asegurado a la Prestadora, previo al viaje. En caso de que el beneficiario no comunique a la Prestadora el viaje, no podrá acceder a la prestación con cobertura ni al reintegro correspondiente.

SE COMUNICA POR LA PRESENTE ADENDA QUE SE MODIFICA EN EL SICP EL CALENDARIO DE EVENTOS.

SE MANTIENEN INALTERABLES LAS DEMÁS CONDICIONES INDICADAS EN EL PLIEGO DE BASES Y CONDICIONES.

Asunción, 19 de enero de 2026.

LUIS FERNANDO MONTERO.

Director

Dirección Operativa de Contrataciones

Contraloría General de la República

La adenda es el documento emitido por la convocante, mediante la cual se modifican aspectos establecidos en las bases de la contratación. A los efectos legales, la adenda será considerada parte integrante del documento cuyo contenido modifique.

La convocante podrá introducir modificaciones cuando se ajuste a los parámetros establecidos en la Ley.

Las adendas serán difundidas en el SICP respetando los plazos establecidos en la resolución por la cual se Reglamentan los Procedimientos de Contratación regidos por la Ley N° 7021/22

Obs: Cuando la convocante requiera prorrogar la fecha tope de presentación e inicio de la etapa competitiva, sin modificar los demás datos e información de las bases de la contratación, será difundida automáticamente a través del SICP y no se instrumentará a través de adenda.

DATOS DE LA CONVOCATORIA

Los Datos de la Licitación constituye la información proporcionada por la convocante para establecer las condiciones a considerar del proceso particular, y que sirvan de base para la elaboración de las ofertas por parte de los potenciales oferentes.

Datos de la Convocatoria

Los datos de la licitación serán consignados en esta sección y en el Sistema de Información de Contrataciones Públicas (SICP), los mismos forman parte de los documentos del presente procedimiento de contratación.

Difusión de los documentos de la Convocatoria

Todos los datos y documentos de este procedimiento de contratación deben ser obtenidos directamente del Sistema de Información de Contrataciones Públicas (SICP). Es responsabilidad del oferente examinar todos los documentos y la información de la convocatoria que obren en el mismo.

Contratación Pública Sostenibles - CPS

Las compras públicas juegan un papel fundamental en el desarrollo sostenible, así como en la promoción de estilos de vida sostenibles.

El Estado, por medio de las actividades de compra de bienes y servicios sostenibles, busca incentivar la generación de nuevos emprendimientos, modelos de negocios innovadores y el consumo sostenible. La introducción de criterios y especificaciones técnicas con consideraciones sociales, ambientales y económicas tiene como fin contribuir con el Desarrollo Sostenible en sus tres dimensiones.

El símbolo “CPS” en este pliego de bases y condiciones, es utilizado para indicar criterios o especificaciones sostenibles.

Criterios sociales y económicos:

- Los oferentes deberán garantizar la no contratación de menores, de conformidad a lo establecido en las normativas legales vigentes, conforme a lo indicado en el formulario de oferta.
- Los oferentes deberán cumplir con las disposiciones legales vigentes, garantizando a sus trabajadores condiciones de trabajo dignas y justas. Esto incluye el pago de salarios adecuados, el cumplimiento de cargas sociales, la provisión de uniformes y equipos de protección individual, la bonificación familiar cuando corresponda, el respeto a la jornada laboral y la aplicación de condiciones especiales para quienes desempeñan trabajos insalubres o peligrosos, así como la remuneración correspondiente por jornada nocturna, conforme a lo indicado en el formulario de oferta.
- Los oferentes adjudicados deberán adoptar medidas para la creación de empleo local y el uso de suministros locales, siempre y cuando exista viabilidad técnica y económica.

Criterios ambientales:

- El oferente adjudicado deberá cumplir con los lineamientos ambientales, incluidos en el ordenamiento jurídico o dictado por la institución.

- El oferente adjudicado deberá asegurar que todos los residuos generados por sus actividades sean adecuadamente gestionados (identificados, segregados y destinados) y buscar su minimización en la fuente, por medio de prácticas como la modificación de los procesos de producción, manutención y de las instalaciones utilizadas, además de la sustitución, conservación, reciclaje o reutilización de materiales.

Conducta empresarial responsable:

Los oferentes deberán observar los más altos niveles de integridad, así como altos estándares de conducta de negocios, ya sea durante el procedimiento de licitación o la ejecución de un contrato. En tal sentido, se comprometen a:

- Abstenerse de ofrecer, prometer, entregar o solicitar, de manera directa o indirecta, pagos ilícitos, a funcionarios públicos, con el fin de obtener o mantener un contrato, en todos los casos sea o no una ventaja ilegítima o indebida.
- Abstenerse de solicitar, recibir o aceptar ventajas indebidas de funcionarios públicos o de empleados de sus socios comerciales.
- Promover o fomentar políticas, programas o códigos de conducta orientados a la prevención de la corrupción, promoción de la integridad y fomento de la transparencia dentro de todas sus actividades, sean comerciales o no. Asimismo, podrá promover mecanismos de monitoreo y evaluación de cumplimiento de los mismos.
- Asegurar que todos los recursos destinados a la ejecución de un contrato público provengan de fuentes lícitas.
- Promover estándares de conducta responsable en sus propios proveedores, creando una cadena de suministro ética y sostenible.
- Garantizar que los fondos derivados de una licitación no serán utilizados para fines ilícitos.

Aclaración de los documentos de la convocatoria

1. Consultas electrónicas

Todo potencial oferente que necesite alguna aclaración sobre la convocatoria o el pliego de bases y condiciones podrá solicitarla a la convocante a través del Sistema de Información de las Contrataciones Públicas (SICP) desde el día de la publicación de la convocatoria o de sus adendas, y hasta el plazo establecido por la convocante. Las consultas recibidas deberán ser respondidas y publicadas directamente a través del SICP.

2. Respuestas y aclaraciones

Las aclaraciones realizadas durante los procedimientos de contratación no serán consideradas modificaciones a las bases de la contratación. Sin embargo, a los efectos legales, la aclaración será considerada parte integrante del documento cuyo contenido aclare.

3. Adendas y prórrogas del tope para consultas.

Cuando la Convocante modifique especificaciones técnicas, criterios de evaluación u otros aspectos sustanciales del pliego de bases y condiciones, deberá prorrogar de manera obligatoria el tope para la realización de consultas, a fin de garantizar los plazos de difusión mínimos establecidos en la reglamentación de la DNCP.

4. Emisión de aclaraciones sobre Adendas

Cuando se prorrogue el plazo tope de consultas debido a una adenda modificatoria de las bases y condiciones, la convocante deberá analizar únicamente las consultas que se refieran al contenido de la adenda. En caso de recibir consultas relacionadas con lo establecido en las bases originalmente, la convocante no estará obligada a analizarlas, debiendo el oferente remitirse a las bases originales.

5. Junta de aclaraciones

La convocante podrá establecer una Junta de Aclaraciones para la evacuación de consultas sobre la convocatoria y los pliegos de bases y condiciones, de forma adicional a las consultas realizadas, debiendo fijar la fecha, hora y lugar de realización en el SICP.

La convocante podrá optar por responder las consultas en la Junta de Aclaraciones o diferirlas para responderlas conforme a los plazos de respuesta o emisión de adendas. En todos los casos, se deberá levantar un acta circunstanciada.

La inasistencia a la Junta de Aclaraciones no será motivo de descalificación de la oferta.

Reserva de Información en respuestas y aclaraciones.

En las respuestas a las solicitudes de aclaración, los oferentes deberán indicar si la información suministrada es de carácter reservado, debiendo precisar la norma legal que la establece como secreta o de carácter reservado, de conformidad a lo estipulado en la Ley N° 5282/14 "DE LIBRE ACCESO CIUDADANO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y TRANSPARENCIA GUBERNAMENTAL".

Fraude y Corrupción

1. La convocante exige que los participantes en los procedimientos de contratación, observen los más altos niveles éticos, ya sea durante el proceso de licitación o de ejecución de un contrato. La convocante actuará frente a cualquier hecho o reclamación que se considere fraudulento o corrupto.

2. Si se comprueba que un funcionario público, o quien actúe en su lugar, y/o el oferente o adjudicatario propuesto en un proceso de contratación, hayan incurrido en prácticas fraudulentas o corruptas, la convocante deberá:

- (i) En la etapa de oferta, se descalificará cualquier oferta del oferente y/o rechazará cualquier propuesta de adjudicación relacionada con el proceso de adquisición o contratación de que se trate; y/o
- (ii) Durante la ejecución del contrato, se rescindirá el contrato por causa imputable al proveedor;
- (iii) Se remitirán los antecedentes del oferente o proveedor directamente involucrado en las prácticas fraudulentas o corruptivas, a la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas, a los efectos de la aplicación de las sanciones previstas.
- (iv) Se presentará la denuncia ante las instancias correspondientes si el hecho conocido se encontrare tipificado en la legislación penal.

Fraude y corrupción comprenden actos como:

- (i) Ofrecer, dar, recibir o solicitar, directa o indirectamente, cualquier cosa de valor para influenciar las acciones de otra parte;
 - (ii) Cualquier acto u omisión, incluyendo la tergiversación de hechos y circunstancias, que engañen, o intenten engañar, a alguna parte para obtener un beneficio económico o de otra naturaleza o para evadir una obligación;
 - (iii) Perjudicar o causar daño, o amenazar con perjudicar o causar daño, directa o indirectamente, a cualquier parte o a sus bienes para influenciar las acciones de una parte;
 - (iv) Colusión o acuerdo entre dos o más partes realizado con la intención de alcanzar un propósito inapropiado, incluyendo influenciar en forma inapropiada las acciones de otra parte.
 - (v) Cualquier otro acto considerado como tal en la legislación vigente.
3. Los oferentes deberán declarar que por sí mismos o a través de interpósita persona, se abstendrán de adoptar conductas orientadas a que los funcionarios o empleados de la convocante induzcan o alteren las evaluaciones de las propuestas, el resultado del procedimiento u otros aspectos que les otorguen condiciones más ventajosas con relación a los demás participantes.

Formato y firma de la oferta

1. El formulario de oferta será presentado a través del Módulo de ofertas electrónicas, firmado electrónicamente por el oferente o por las personas debidamente facultadas para firmar en nombre del oferente.
2. No serán descalificadas las ofertas que no hayan sido firmadas en documentos considerados no sustanciales.
3. Cuando la Garantía de Mantenimiento de Oferta sea instrumentada mediante una Declaración Jurada, la misma estará exenta del requerimiento de certificación de firma por Escribano Público y será presentado a través del Módulo de Oferta Electrónica junto con el formulario de oferta.

Plazo para presentar las ofertas

Las ofertas electrónicas podrán ser cargadas y presentadas desde la publicación de la convocatoria hasta la fecha y hora límite de presentación de ofertas electrónicas e inicio de la etapa competitiva indicadas en el SICP.

La convocante podrá, extender el plazo originalmente establecido para la presentación de ofertas mediante la prórroga de fecha tope o la postergación de la presentación de ofertas electrónicas e inicio de la etapa competitiva.

En este caso todos los derechos y obligaciones de la convocante y de los oferentes previamente sujetos a la fecha límite original para presentar las ofertas, quedarán sujetos a la nueva fecha prevista. La oferta podrá ser modificada o retirada hasta antes de la fecha y hora límite de presentación de ofertas electrónicas e inicio de la etapa competitiva

Oferentes en consorcio

Dos o más interesados podrán unirse temporalmente para presentar una oferta sin crear una persona jurídica distinta y deberán designar a uno de sus integrantes como líder quien suscribirá la oferta y los documentos relativos al procedimiento de contratación. La inscripción en el Registro de Proveedores del Estado por parte de todos los miembros del consorcio, constituye requisito previo para la presentación de las ofertas, los cuales deberán encontrarse activos en el Registro. Se deberá realizar el procedimiento de activación del consorcio directamente a través del Registro de Proveedores.

Para ello deberán presentar una escritura pública de constitución que reúna las características previstas en el Decreto reglamentario o un acuerdo de intención de participación en contrato de consorcio, el cual se deberá formalizar por escritura pública en caso de resultar adjudicados, antes de la firma del contrato.

Los integrantes de un consorcio no podrán presentar ofertas individuales ni conformar más de un consorcio para un mismo lote o ítem, lo que no impide que puedan presentarse en diferentes partidas de manera individual o como miembro de otro consorcio.

En todo lo demás deberán ajustarse a lo dispuesto en la normativa legal vigente.

Idioma de la oferta

La oferta deberá ser presentada en idioma castellano.

La convocante permitirá con la oferta, la presentación de catálogos, anexos técnicos o folletos en idioma distinto al castellano y su traducción:

No Aplica

Cuando se admitiera la presentación de anexos técnicos y folletos en idioma distinto al español, su traducción deberá ser realizada por un traductor público matriculado en la República del Paraguay.

Lista de Precios

1. Para la cotización el oferente deberá ajustarse a los requerimientos que se indican a continuación:

- a) En el caso del sistema de adjudicación por la totalidad de los bienes y/o servicios requeridos, el oferente deberá cotizar en la lista de precios todos los ítems, con sus precios unitarios y totales correspondientes.
- b) En el caso del sistema de adjudicación por lotes, el oferente cotizará en la lista de precios uno o más lotes, e indicará todos los ítems del lote ofertado con sus precios unitarios y totales correspondientes. En caso de no cotizar uno o más lotes, los lotes no cotizados no requieren ser incorporados al listado de ítems.
- c) En el caso del sistema de adjudicación por ítems, el oferente podrá ofertar por uno o más ítems, en cuyo caso deberá cotizar el precio unitario y total de cada uno o más ítems, los ítems no cotizados no requieren ser incorporados al listado de ítems.
- d) En todos los casos, independiente al sistema de adjudicación, el oferente deberá indicar el CPEN respectivo al ítem ofertado, en caso de contar. Dicho atributo tendrá carácter formal siendo susceptible de aclaraciones por parte del comité de evaluación.

2. En caso de que se establezca en las bases de la contratación, los precios indicados en el listado de precios serán consignados separadamente de la siguiente manera:

- a) El precio de bienes y/o servicios cotizados, incluidos todos los derechos de aduana, los impuestos al valor agregado o de otro tipo pagados o por pagar sobre los componentes y materia prima utilizada en la fabricación o ensamblaje de los bienes;
- b) Todo impuesto al valor agregado u otro tipo de impuesto que obligue la República del Paraguay a pagar sobre los bienes en caso de ser adjudicado el contrato; además, se deberá indicar los ítems exentos de IVA, cuando los hubiere y;
- c) El precio de otros servicios conexos (incluyendo su impuesto al valor agregado), si los hubiere, enumerados en los datos de la licitación.

3. En caso de indicarse en el SICP, que se utilizará el atributo de contrato abierto, cuando se realice por montos mínimos y máximos deberán indicarse el precio unitario de los bienes y/o servicios ofertados; y en caso de realizarse por cantidades mínimas y máximas, deberán cotizarse los precios unitarios y los totales se calcularán multiplicado los precios unitarios por la cantidad máxima correspondiente.

4. El precio del contrato que perciba el proveedor por los bienes y/o servicios suministrados en virtud del contrato no podrá ser diferente a los precios unitarios cotizados en su oferta, excepto por cualquier ajuste previsto en el mismo.

5. En caso que se requiera el desglose de los componentes de los precios será con el propósito de facilitar a la convocante la comparación de las ofertas.

6. Una vez generada el Acta de Sesión Pública Virtual, el oferente, toda vez que haya realizado lances durante la etapa competitiva, deberá ajustar su listado de ítems al precio final de la competencia electrónica, a través del módulo de ofertas electrónicas, debiendo confirmar el precio ajustado de la oferta, hasta la fecha y hora prevista para el acto de apertura de ofertas electrónicas, para el efecto el SICP habilitará únicamente la modificación del precio unitario, los demás campos del ítem se mantendrán invariables.

7. En las contrataciones internacionales los oferentes no domiciliados en el territorio de la República deberán manifestar en su oferta que los precios que presentan en su propuesta económica no se cotizan en condiciones de prácticas desleales de comercio internacional en su modalidad de discriminación de precios o subsidios.

Abastecimiento simultáneo

En caso de que se opte por el sistema de abastecimiento simultáneo, en éste apartado se deberá indicar la manera de distribución de los mismos:

No Aplica

Moneda de la oferta y pago

La moneda de la oferta y pago será

En guaraníes para todos los oferentes

La cotización en moneda diferente de la indicada en este apartado será causal de rechazo de la oferta. Si la oferta seleccionada es en guaraníes, la oferta se deberá expresar en números enteros, no se aceptarán cotizaciones en décimos y céntimos.

Documentos de la oferta

El pliego, sus adendas y aclaraciones no forman parte de la oferta, por lo que no se exigirá la presentación de copias de los mismos con la oferta.

1. Constancia de perfil del proveedor.

No se admitirá la presentación de la constancia de perfil del proveedor. El proveedor deberá proceder a la vinculación de los documentos del Registro de Proveedores del Estado a través del Módulo de Ofertas Electrónicas, según lo dispuesto en las disposiciones vigentes.

2. Confidencialidad de documentos.

Los oferentes deberán indicar en su oferta, qué documentos que forman parte de la misma son de carácter reservado e invocar la norma que ampara dicha reserva, para así dar cumplimiento a lo estipulado en la Ley N° 5282/14 "DE LIBRE ACCESO CIUDADANO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y TRANSPARENCIA GUBERNAMENTAL". Si el oferente no hace pronunciamiento expreso amparado en la Ley, se entenderá que toda su oferta y documentación es pública.

Periodo de validez de las ofertas

Las ofertas deberán mantenerse válidas por:

180

días corridos.

Las ofertas se deberán mantener válidas por el periodo indicado en el presente apartado, a partir de la fecha límite para la presentación de ofertas, establecido por la convocante. Toda oferta con un periodo menor será rechazada.

La convocante en circunstancias excepcionales podrá solicitar, por escrito, al oferente que extienda el periodo de validez de la oferta, por lo tanto la Garantía de Mantenimiento de la Oferta deberá ser también prorrogada.

El oferente puede rehusarse a tal solicitud sin que se le haga efectiva su Garantía de Mantenimiento de Oferta. A los oferentes que acepten la solicitud de prórroga no se les solicitará ni permitirá que modifiquen sus ofertas.

Garantías: instrumentación, plazos y ejecución

1. Instrumentación y porcentaje

1.1 La Garantía de Mantenimiento de Oferta deberá expedirse por el equivalente 5% (cinco por ciento) del monto total de la oferta. El oferente debe adoptar cualquiera de las siguientes formas:

- a. Garantía bancaria emitida por un banco establecido en la República del Paraguay, la que deberá ajustarse a las condiciones establecidas por la DNCP.
- b. Póliza de seguros emitida por una compañía autorizada a operar y emitir pólizas de seguros de caución en la República del Paraguay. La póliza deberá ajustarse a las condiciones establecidas por la DNCP.
- c. En las SBE inferiores a los dos mil (2.000) jornales mínimos, se admitirá la instrumentación de las garantías de mantenimiento de ofertas a través de Declaraciones juradas, que será presentada directamente a través del módulo de ofertas electrónicas, junto al formulario de oferta, suscripta electrónicamente. La garantía instrumentada mediante declaración jurada estará exenta del requerimiento de certificación de firmas.

1.2 En los casos de contratos abiertos las garantías se registrarán por lo dispuesto en el Decreto Reglamentario y la reglamentación emitida por la DNCP para el efecto.

1.3 En caso de instrumentarse las garantías a través de Garantía Bancaria, deberá estar sustancialmente de acuerdo con el formulario incluido en la Sección "Formularios".

2. Garantía de mantenimiento de ofertas en consorcios

2.1. En caso de consorcios, la garantía de mantenimiento de ofertas deberá ser presentada de la siguiente manera:

- a. Consorcio constituido por escritura pública: deberán emitir a nombre del consorcio legalmente constituido por escritura pública o del gestor y representante del consorcio (Empresa líder), designado en la escritura pública.
- b. Consorcio con acuerdo de intención de participación en contrato de consorcio: deberán emitir a nombre del gestor y representante del consorcio (empresa líder), designado en el acuerdo.

3. Ejecución de la Garantía de mantenimiento de ofertas

3.1. La Garantía de Mantenimiento de Ofertas podrá ser ejecutada:

- a) La garantía de mantenimiento de ofertas será ejecutada y los antecedentes del caso serán remitidos a la DNCP, cuando un oferente susceptible de ser adjudicado, hubiere realizado lances y no hubiera confirmado el precio ajustado de la oferta, de acuerdo al acta de sesión pública virtual.
- b) Si el oferente altera las condiciones de su oferta,
- c) Si el oferente retira su oferta durante el período de validez de ofertas,
- d) Si no acepta la corrección aritmética del precio de su oferta, en caso de existir, o
- e) Si el adjudicatario no procede, por causa imputable al mismo a:
 - e.1 Firmar el contrato,
 - e.2 Suministrar los documentos indicados en las bases de la contratación para la firma del contrato,

e.3 Suministrar en tiempo y forma la garantía de cumplimiento de contrato,

e.4 Cuando se comprobare que las declaraciones juradas presentadas por el oferente adjudicado con su oferta sean falsas,

e.5 No se formaliza el consorcio por escritura pública antes de la firma del contrato.

4. En caso de configuración de Siniestro, la convocante deberá solicitar la ejecución de la garantía. El proceso de ejecución será según el tipo de garantía que haya sido suministrada.

Período de Validez de la Garantía de Mantenimiento de Oferta

El plazo de validez de la Garantía de Mantenimiento de Oferta será de:

210 (doscientos diez).

días corridos

El oferente deberá presentar como parte de su oferta una Garantía de Mantenimiento de acuerdo al porcentaje indicado para ello en el SICP y por el plazo indicado en este apartado.

En el caso de que la competencia se desarrolle por más de un día, la garantía de mantenimiento de oferta deberá cubrir a partir del primer día del inicio de la etapa competitiva.

Subcontratación

El porcentaje permitido para la subcontratación será de:

No Aplica

El oferente podrá indicar junto con la oferta las personas a ser subcontratadas, o, en la etapa contractual previa a la autorización por parte de la contratante. El formulario de personas a subcontratar/subcontratadas, deberá ser presentado de acuerdo a la etapa en la que se indique la subcontratación, siendo susceptible de evaluación respecto a las inhabilidades del Art 21 de la Ley N° 7021/22.

Método de presentación

La carga y presentación de ofertas electrónicas se regirán por las disposiciones emitidas por la DNCP. Las ofertas electrónicas podrán ser cargadas y presentadas desde la publicación de la convocatoria hasta la fecha y hora límite de presentación de ofertas electrónicas e inicio de la etapa competitiva indicadas en el SICP.

En SBE no se admitirá el método de presentación de ofertas en doble sobre

Retiro, sustitución y modificación de las ofertas electrónicas

Un oferente podrá retirar, sustituir o modificar su oferta presentada, hasta antes de la fecha límite de presentación e inicio de etapa competitiva, para ello deberá sujetarse a la reglamentación pertinente.

Ajuste de Precios de Oferta Electrónica

El ajuste de precios se formaliza con la confirmación del precio ajustado de la oferta de acuerdo al acta de sesión pública virtual, constituyéndose el mismo una condición sustancial, caso contrario la oferta será rechazada.

Apertura de ofertas

Culminada la etapa de ajustes de precios de la oferta electrónica, se procederá a la apertura de las ofertas electrónicas, en el día y hora fijados en el SICP de conformidad a las disposiciones establecidas en la normativa vigente. La apertura de ofertas electrónicas podrá establecerse desde el día siguiente hábil al cierre de la etapa de competitiva y hasta tres (03) días hábiles posteriores al mismo.

Postergación de Presentación o Suspensión de la Etapa Competitiva

- 1. Postergación de la presentación de ofertas electrónicas:** Las convocantes podrán postergar la fecha de presentación de ofertas electrónicas e inicio de la etapa competitiva, hasta en dos (02) oportunidades, cuando llegada la fecha límite fijada para la presentación de ofertas e inicio de etapa competitiva no se hayan presentado oferta alguna.
- 2. Suspensión de la etapa competitiva:** La DNCP podrá disponer la suspensión de la etapa competitiva por motivos de fuerza mayor, con el fin de salvaguardar la prosecución del procedimiento. A dicho efecto, se procederá a la suspensión de la competencia y se publicará un aviso en el SICP con la información pertinente. La etapa competitiva será reanudada en el plazo que resulte conveniente para el desarrollo de la Subasta, con el grupo que no haya finalizado. Los demás plazos de la competencia serán prorrogados proporcionalmente, las nuevas fechas serán difundidas mediante un aviso en el SICP, de lo cual quedará constancia en el Acta de Sesión Pública Virtual

Visita al sitio de ejecución del contrato

La convocante dispone la realización de una visita al sitio con las siguientes indicaciones:

No Aplica

1. Difusión de la visita

La visita o inspección técnica deberá fijarse de forma previa a la fecha tope de consulta, previendo como mínimo el plazo de difusión de (02) dos días hábiles. En todos los casos, el procedimiento para su realización deberá difundirse en las bases de la contratación.

Cuando la convocante haya establecido la visita o inspección técnica, en las bases de la contratación, el oferente que conozca el sitio podrá declarar bajo fe de juramento conocer el sitio y que cuenta con la información suficiente para preparar la oferta y ejecutar el contrato.

Cuando por la naturaleza o complejidad de la contratación sea imprescindible la realización de la visita técnica, la convocante podrá establecer la obligatoriedad de dicha visita a través del SICP. En estos casos no se aceptará la presentación de la declaración jurada.

2. Desarrollo de la visita.

Se registrará en acta los asistentes, la fecha, lugar, hora de realización y funcionarios participantes. Los representantes de los oferentes que asistan a la visita podrán contar con una autorización, bastando para ello la presentación de una nota del oferente. La falta de presentación de esta autorización no impide su participación en la visita o inspección técnica.

Los gastos relacionados con dicha visita correrán por cuenta del oferente.

Incoterms

La edición de incoterms para esta licitación será:

No Aplica

Las expresiones DDP, CIP, FCA, CPT y otros términos afines, se regirán por las normas prescriptas en la edición vigente de los Incoterms publicada por la Cámara de Comercio Internacional.

Durante la ejecución contractual, el significado de cualquier término comercial, así como los derechos y obligaciones de las partes serán los prescritos en los Incoterms, a menos que sea inconsistente con alguna disposición del Contrato.

Autorización del Fabricante

Los ítems a los cuales se le requerirá Autorización del Fabricante son los indicados a continuación:

No Aplica

Cuando la convocante lo requiera, el oferente deberá acreditarse la cadena de autorizaciones, hasta el fabricante, productor o prestador de servicios.

La autorización deberá ser presentada en idioma castellano o en su defecto acompañada de su traducción oficial, realizada por un traductor público matriculado en la República del Paraguay. Así también cada autorización debe indicar a que ítem corresponde.

Muestras

Se requerirá la presentación de muestras de los siguientes ítems y en las siguientes condiciones:

No Aplica

En caso de ser solicitadas, las muestras serán consideradas requisito indispensable para la evaluación de la oferta y deberán ser presentadas junto con la oferta, o bien en el momento y plazo fijado por la convocante en este apartado. La falta de presentación en la forma y plazo establecido por la convocante será causal de descalificación de la oferta.

Tiempo de funcionamiento de los bienes

El periodo de tiempo estimado de funcionamiento de los bienes, para los efectos de repuestos será de:

No Aplica

Plazo de reposición de bienes

El plazo de reposición de bienes para reparar o reemplazar será de:

No aplica

El proveedor garantiza que todos los bienes suministrados están libres de defectos derivados de actos y omisiones que este hubiera incurrido, o derivados del diseño, materiales o manufactura, durante el uso normal de los bienes en las condiciones que imperen en la República del Paraguay.

1. La Contratante comunicará al proveedor la naturaleza de los defectos y proporcionará toda evidencia disponible, inmediatamente después de haberlos descubierto. La contratante otorgará al proveedor facilidades razonables para inspeccionar tales defectos.

Tan pronto reciba ésta comunicación, y dentro del plazo establecido en este apartado, deberá reparar o reemplazar los bienes defectuosos, o sus partes sin ningún costo para la contratante.

2. Si el proveedor después de haber sido notificado, no cumple dentro del plazo establecido, la contratante, procederá a tomar medidas necesarias para remediar la situación, por cuenta y riesgo del proveedor y sin perjuicio de otros derechos que la contratante pueda ejercer contra el proveedor en virtud del contrato.

Periodo de validez de la Garantía de los bienes

El plazo de validez de la Garantía de los bienes será el siguiente:

No Aplica

Cobertura de Seguro de los bienes

La cobertura de seguro requerida a los bienes será:

No Aplica

A menos que se disponga otra cosa en este apartado, los bienes suministrados deberán estar completamente asegurados en guaranies, contra riesgo de extravío o daños incidentales ocurridos durante la fabricación, adquisición, transporte, almacenamiento y entrega, de acuerdo a los incoterms aplicables.

REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Esta sección contiene los criterios que la convocante utilizará para evaluar la oferta y determinar si un oferente cuenta con las calificaciones requeridas. Ningún otro factor, método o criterio será utilizado.

Condición de Participación

Podrán participar de este procedimiento, las personas físicas, jurídicas y/o Consorcio, constituidos o con acuerdo de intención, inscritos en el Registro de Proveedores del Estado.

Los oferentes domiciliados en la República del Paraguay, que pretendan participar en un procedimiento de contratación, no deberán estar comprendidos en las prohibiciones o limitaciones para presentar propuestas y contratar con el Estado, establecidas en el artículo 21 de la Ley N° 7021/22 "DE SUMINISTROS Y CONTRATACIONES PUBLICAS".

Sucursales

En los casos de procedimientos de contratación de carácter nacional podrán participar las sucursales de las matrices internacionales constituidas en la República del Paraguay. Solo serán admitidas como criterios de adjudicación las capacidades, experiencia y aptitudes de la sucursal recabadas desde su constitución, sin admitirse la utilización de las cualidades de la casa matriz u otras filiales o sucursales.

Conflicto de Interés

1. Deber de Abstención del funcionario ante un posible conflicto de interés. El funcionario público que participe en el procedimiento de contratación deberá abstenerse de intervenir, de manera directa o indirecta, en los asuntos en los que su actuación esté comprendida en alguno de los supuestos del artículo 17 de la Ley N° 7021/22. A tales efectos, deberá comunicar a su superior jerárquico o a la máxima autoridad institucional que se encuentra inmerso en uno de los supuestos legales, detallando la situación particular. En caso que corresponda, el superior jerárquico o la máxima autoridad institucional tendrá por aceptada la abstención apartando al funcionario y, de ser necesario, designará al sustituto. Se deberá dejar constancia por escrito de todo lo actuado.

2. Apartamiento del funcionario por la Entidad Convocante. Enterada la Convocante de que existe un conflicto de interés respecto a un funcionario público que ha sido designado o requerido para intervenir o que interviene en alguna de las etapas de la fase de contratación del suministro público, y no mediando la abstención expresa del funcionario, deberá apartarlo del asunto particular, detallando la situación que configura el conflicto de interés. La Convocante deberá dejar constancia por escrito de todo lo actuado. Se procederá a la designación del sustituto, en los casos que correspondiere.

3. Actuaciones tras la detección de un conflicto de interés. Si la Entidad Convocante detectare que un funcionario público comprendido en alguno de los supuestos del artículo 17 de la Ley N° 7021/22 tuvo intervención en alguna de las etapas de la fase de contratación del suministro público, adoptará las medidas que correspondan. La Convocante podrá subsanar las actuaciones en sede administrativa o revocarlas, según corresponda. Deberá dejarse constancia por escrito de todo lo

actuado y comunicarse a la DNCP. La DNCP podrá, de oficio o por denuncia fundada, realizar las investigaciones que resulten pertinentes, a fin de verificar presuntos hechos que podrían constituir conflicto de intereses y/o irregularidades en contravención con el artículo 17 de la Ley N° 7021/22, conforme las atribuciones conferidas en el artículo 132 de la Ley.

4. Declaración jurada de conocimiento de la existencia de un conflicto de intereses respecto a los funcionarios públicos intervinientes en el procedimiento. La convocante deberá verificar la “Declaración jurada de conocimiento de la existencia de un conflicto de intereses respecto a los funcionarios públicos intervinientes en el procedimiento” presentada por el oferente al momento de la oferta en cumplimiento de su obligación de comunicar o denunciar la existencia de posibles conflictos de intereses, de conformidad al artículo 17 de la Ley 7021/22. De comprobarse la omisión, falsedad o inexactitud de la información proporcionada y declarada en la Declaración la Convocante analizará si se configura un conflicto de interés en los términos del artículo 17 de la Ley 7021/22 y emitirá las directrices que correspondan acorde a la etapa del procedimiento de contratación. Además, la Convocante podrá resolver la descalificación de la oferta y/o rescisión del contrato respectivo.

Confidencialidad de la etapa de evaluación de ofertas.

No deberá darse a conocer información alguna acerca del análisis, aclaración y evaluación de las ofertas, mientras dure el mismo de conformidad con el artículo N° 52 de la Ley N° 7021/22 “De Suministro y Contrataciones Públicas”, ni sobre las recomendaciones relativas a la adjudicación, después de la apertura en público de las ofertas, a los oferentes ni a personas no involucradas en el proceso de evaluación, hasta que haya sido dictada la resolución de adjudicación cuando se trate de un solo sobre. Cuando se trate de dos sobres, la confidencialidad de la primera etapa será hasta la emisión del acto administrativo de selección de ofertas técnicas, reanudándose la confidencialidad después de la apertura en público de las ofertas económicas hasta la emisión de la resolución de adjudicación.

Requisitos de Calificación

Calificación Legal. Los oferentes deberán declarar que no se encuentran comprendidos en las limitaciones o prohibiciones para contratar con el Estado, según lo establecido en el artículo 21 de la Ley N° 7021/22. Esta declaración forma parte del formulario de oferta.

Serán rechazadas las ofertas de los oferentes que se encuentren comprendidos en las prohibiciones o limitaciones para presentar propuesta y contratar con el Estado, a la hora y fecha límite de presentación de ofertas o a la fecha de firma del contrato.

A los efectos de la verificación de la existencia de prohibiciones o limitaciones contenidas en el artículo 21 de la Ley N° 7021/22, el comité de evaluación realizará el siguiente análisis:

1° Verificará que el oferente haya proporcionado el formulario de ofertas, el cual comprende la declaración jurada de no estar comprendido en las prohibiciones y limitaciones para presentar propuesta y contratar.

2° Además, deberá verificar la presentación de la declaración jurada de conocimiento de la existencia de un conflicto de intereses respecto a los funcionarios públicos intervinientes en el procedimiento, y de las constancias de registro de estructura jurídica y de beneficiarios finales, a fin de verificar que los oferentes no se encuentren incurso en las causales previstas en el Art 21 de la Ley N° 7021/22.

3° Verificará por los medios disponibles, si el oferente y los demás sujetos individualizados en las prohibiciones o limitaciones contenidas en los incisos d) y e) del artículo 21 de la Ley, aparecen en la base de datos del SINARH del VICE MINISTERIO DE CAPITAL HUMANO Y GESTION ORGANIZACIONAL.

4° Si se constatará que alguna de las personas mencionadas en el párrafo anterior figura en la base de datos del SINARH del VICE MINISTERIO DE CAPITAL HUMANO Y GESTION ORGANIZACIONAL, el comité analizará acabadamente si tal situación le impedirá contratar con el Estado, exponiendo los motivos para aceptar o rechazar la oferta, según sea el caso.

5° Verificará que el oferente haya proporcionado el formulario de Declaración de Personas, debidamente firmado, en el Registro de Proveedores del Estado, conforme a los estándares establecidos, y cotejará los datos con las personas físicas inhabilitadas que constan en el registro de “Sanciones a Proveedores” del SICP. Con el objeto de verificar si los directores, gerentes, socios gerentes, quienes ejerzan la administración, accionistas, cuotapartistas o propietarios se encuentren dentro de los criterios contemplados en los incisos h), i), y j) de la Ley 7021/22, además la convocante se encuentra facultada de solicitar informes internos institucionales para el cotejo de la información con respecto a los incisos mencionados. La declaración jurada deberá contar con información vigente al momento de la presentación de las ofertas y el oferente será responsable de la actualización del documento que obre en el registro de proveedores del Estado. En caso de que el oferente no cuente con dicho Formulario en su registro, la Convocante procederá a solicitarlo durante la etapa de evaluación de ofertas. Si el oferente no responde el pedido o no remite el citado Formulario, se procederá al rechazo de la oferta.

6° El comité podrá recurrir a fuentes públicas o privadas de información, para verificar los datos proporcionados por el oferente y las obrantes en el registro de sancionados de la DNCP.

7° El comité verificará en fuentes públicas de información de libre acceso, si el oferente o sus integrantes, se encuentran en los demás supuestos contenidos en el artículo 21 de la Ley N° 7021/22, pudiendo utilizar como guía instructiva el documento aprobado por la DNCP. En caso de requerirse, el comité podrá solicitar aclaración al oferente sobre la vigencia de la información obrante en las fuentes respectivas.

8° En caso de que aplique la subcontratación y que el oferente haya presentado el formulario de personas a subcontratar/subcontratadas junto con la oferta, el Comité de Evaluación de Ofertas deberá evaluar el contenido del formulario a los efectos de constatar que el subcontratista no se encuentra comprendido en alguna de las causales de prohibición previstas en el Art. 21 de la Ley N° 7021/22, pudieron requerir al oferente la información que sea necesaria.

Si el Comité confirma que el oferente o sus integrantes poseen impedimentos en virtud a lo dispuesto en el artículo 21 de la Ley N° 7021/22, la oferta será rechazada y se remitirán los antecedentes a la DNCP para los fines pertinentes.

Método de Evaluación

El método de evaluación del presente procedimiento de contratación será basado únicamente en precio.

Análisis de los precios ofertados

Para evaluación de ofertas con el criterio basado únicamente en precio.

Luego de haber realizado la corrección de errores aritméticos y de ordenar las ofertas presentadas de menor a mayor, el Comité de Evaluación procederá a solicitar a los oferentes una explicación detallada de la composición del precio ofertado de cada ítem, rubro o partida adjudicable, conforme al siguiente parámetro:

En contrataciones en general: cuando la diferencia entre el precio ofertado y el precio referencial sea 25% por debajo del precio referencial y 15% por encima del referencial establecido por la convocante y difundido con el llamado a contratación.

Si el oferente no respondiese la solicitud, o la respuesta no sea suficiente para justificar el precio ofertado del bien o servicio, el precio será declarado inaceptable y la oferta rechazada.

El análisis de los precios, con esta metodología, será aplicado a cada ítem, rubro o partida que componga la oferta y en cada caso deberá ser debidamente fundada la decisión adoptada por la Convocante en el ejercicio de su facultad discrecional.

Composición de Precios

La estructura mínima del desglose de composición de los precios, será:

Ítem	Descripción del Bien/Servicio	Costo del Bien /Servicio	Gastos Financieros	Gastos Administrativos	Utilidad antes del Impuesto	Impuesto	Precio Ofertado

El oferente podrá presentar junto con su oferta el desglose de composición de precios, cuando su oferta se encuentre fuera de los parámetros establecidos en la cláusula anterior.

Cuando la Convocante requiera el desglose con el propósito de facilitar el análisis y comparación de las ofertas, el oferente deberá ajustarse a la estructura mínima establecida y, en caso de considerarlo pertinente, podrá complementarla e incluir una explicación detallada o parámetros que permitan aclarar aspectos puntuales de su composición y/o sustentar la razonabilidad de sus precios.

Certificado de Producto y Empleo Nacional - CPS

a) Oferentes. A los efectos de acogerse al beneficio de la aplicación del margen de preferencia, el oferente deberá contar con el Certificado de Producto y Empleo Nacional (CPEN). El certificado debe ser emitido como máximo a la fecha y hora tope de presentación de ofertas. La falta del CPEN no será motivo de descalificación de la oferta, sin embargo, el oferente no podrá acogerse al beneficio.

El comité de evaluación verificará en el portal oficial indicado por el Ministerio de Industria y Comercio (MIC) la emisión en tiempo y forma del CPEN declarado por los oferentes. No será necesaria la presentación física del Certificado de Producto y Empleo Nacional.

Independientemente al sistema de adjudicación, el margen de preferencia será aplicado a cada bien o servicio objeto de contratación que se encuentre indicado en la planilla de precios.

b) Oferentes en Consorcio:

b.1. Provisión de Bienes. El CPEN debe ser expedido a nombre del oferente que fabrique o produzca los bienes objeto de la contratación. En el caso que ninguno de los oferentes consorciados fabrique o produzca los bienes ofrecidos, el consorcio deberá contar con el CPEN correspondiente al bien ofertado, debiendo encontrarse debidamente autorizado por el fabricante. Esta autorización podrá ser emitida a nombre del consorcio o de cualquiera de los integrantes del mismo.

b.2. Provisión de Servicios. (se entenderá por el término “servicio” aquello que comprende a los servicios en general, las consultorías, obras públicas y servicios relacionados a obras públicas).

Todos los integrantes del consorcio deben contar con el CPEN.

Excepcionalmente se admitirá que no todos los integrantes del consorcio cuenten con el CPEN para aplicar el margen de preferencia, cuando el servicio específico se encuentre detallado en uno de los ítems de la planilla de precios, y de los documentos del consorcio (acuerdo de intención o consorcio constituido) se desprenda que el integrante del consorcio que cuenta con el CPEN será el responsable de ejecutar el servicio licitado

Requisitos documentales para evaluación de las condiciones de participación

Requisitos documentales para evaluación de las condiciones de participación

<p>1. Formulario de Oferta (*)</p> <p><i>[El formulario de oferta, deberá ser generado en el módulo de oferta electrónica y se considerará que el listado de ítems forma parte del formulario de oferta electrónica, y deberá sujetarse en todo lo demás a la reglamentación vigente.]</i></p>
<p>2. Garantía de Mantenimiento de Oferta (*)</p> <p><i>[La garantía de mantenimiento de oferta debe ser extendida, bajo la forma establecida en el SICP.]</i></p>
<p>3. Certificado de Cumplimiento con la Seguridad Social (**)</p>
<p>4. Declaración jurada de conocimiento de la existencia de un conflicto de intereses respecto a los funcionarios públicos intervinientes en el procedimiento. (**)</p>
<p>5. Certificado de Producto y Empleo Nacional emitido por el MIC, en formato físico, solo en caso de imposibilidad de certificación electrónica. (**)</p>
<p>6. Certificado de Cumplimiento Tributario. (**)</p>
<p>7. Patente comercial del municipio en donde esté asentado el establecimiento del oferente. (**)</p>
<p>8. Declaración Jurada de “Declaración de Personas”, de conformidad con el formulario estándar – Sección Formularios, cuando no se encuentre en el Registro de Proveedores (**)</p>
<p>9. Documentos legales. Oferentes</p>
<p>9.1. Personas Físicas.</p>

a. Fotocopia simple de la Cédula de Identidad del firmante de la oferta. (*)
b. Constancia de inscripción en el Registro Único de Contribuyentes – RUC (*)
c. En el caso que suscriba la oferta otra persona en su representación, deberá acompañar una fotocopia simple de su cédula de identidad y una fotocopia simple del poder suficiente otorgado por Escritura Pública para presentar la oferta y representarlo en los actos de la licitación. No es necesario que el poder esté inscripto en el Registro de Poderes. (*)
9.2. Personas Jurídicas.
a. Fotocopia simple de los documentos que acrediten la existencia legal de la persona jurídica tales como la Escritura Pública de Constitución, según el tipo de sociedad y protocolización de los Estatutos Sociales. Los estatutos deberán estar inscriptos en la Sección Personas Jurídicas de la Dirección de Registros Públicos. (*)
b. Constancia de inscripción en el Registro Único de Contribuyentes. (**)
c. Fotocopia simple de los documentos de identidad de los representantes o apoderados de la sociedad. (*)
d. Fotocopia simple de los documentos que acrediten las facultades del firmante de la oferta para comprometer al oferente. Estos documentos pueden consistir en: un poder suficiente en el que conste que el apoderado posee facultades suficientes para representar y obligar a la persona jurídica, otorgado por Escritura Pública (no es necesario que esté inscripto en el Registro de Poderes); o los documentos societarios que justifiquen la representación del firmante, tales como las actas de asamblea y de directorio en el caso de las sociedades anónimas. (*)
9.3. Oferentes en Consorcio en formación.
a. Original o fotocopia del acuerdo de intención de constituir el consorcio, en caso de resultar adjudicados y antes de la firma del contrato. (*)

- b. Fotocopia simple de los documentos que acrediten las facultades del firmante de la oferta para comprometer al consorcio en formación y que acrediten las facultades de los firmantes del acuerdo de intención para consorciarse. Estos documentos pueden consistir en (*):
 - I. Original o fotocopia del acuerdo de intención de constituir el consorcio en caso de resultar adjudicados y antes de la firma del contrato, instrumentado por escritura pública, o
 - II. Original o fotocopia del acuerdo de intención de constituir el consorcio en caso de resultar adjudicados y antes de la firma del contrato, instrumentado por acuerdo privado. Cada integrante del consorcio que sea persona física domiciliada en la República del Paraguay deberá presentar los documentos requeridos para Oferentes Individuales especificados en el apartado Oferentes. (Personas Físicas) y, las personas jurídicas domiciliadas en Paraguay deberán presentar los documentos requeridos para Oferentes (Personas Jurídicas).
 - III. Un poder en el que conste que el apoderado posee facultades suficientes para representar y obligar al Consorcio, otorgado por escritura pública (no es necesario que esté inscripto en el Registro de Poderes) (*).

9.4. Oferentes en Consorcios constituidos o formalizados.

- a. Original o fotocopia del instrumento público (escritura pública) de constitución del consorcio. (*)
- b. Fotocopia simple de los documentos que acrediten las facultades del firmante de la oferta para comprometer al consorcio. Estos documentos pueden consistir en (*):
 - i. Original o fotocopia del instrumento público (escritura pública) de constitución del consorcio.
 - ii. Un poder en el que conste que el apoderado posee facultades suficientes para representar y obligar al Consorcio, otorgado por escritura pública (no es necesario que esté inscripto en el Registro de Poderes).

En el Módulo de Oferta Electrónica, el oferente deberá cargar los datos en el Formulario de oferta electrónica de conformidad a la normativa vigente.

Las formalidades de los acuerdos de intención y de los consorcios serán determinadas por la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas (DNCP).

Los documentos indicados con asterisco (*) son considerados documentos sustanciales a ser presentados con la oferta de conformidad al Decreto Reglamentario.

Los documentos indicados con doble asterisco (**) deberán estar vigentes a la fecha y hora tope de presentación de ofertas electrónicas e inicio de la etapa competitiva.

La falta de firma en documentos formales no será un motivo de descalificación, salvo que expresamente se disponga la exigencia de la firma del oferente en cuyo caso la omisión o desconformidad deberá analizarse conforme a los Artículos 77, 78 y 80 del Decreto 2264/24.

Respecto al punto 3, cuando el oferente se encuentre activo sin movimiento, deberá presentar la documentación respaldatoria expedida por autoridad competente. En caso de no contar con personal subordinado por tratarse de un consultor individual, el oferente deberá presentar el certificado de no hallarse inscripto en el IPS.

Capacidad Financiera

Con el objetivo de calificar la situación financiera del oferente, se considerarán los siguientes índices:

a. ***Para contribuyente de IRACIS/IRE GENERAL*** (según normativa vigente de la SET).

Deberán cumplir con el siguiente parámetro:

a. Ratio de Liquidez: activo corriente / pasivo corriente

Deberá ser igual o mayor que 1, **en promedio de los años 2021 2022, 2023 y 2024.**

b. Endeudamiento: pasivo total / activo total

No deberá ser mayor a 0,80 **en promedio de los años. 2021 2022, 2023 y 2024**

c. Rentabilidad: Porcentaje de utilidad después de impuestos o pérdida con respecto al Capital.

El promedio de los años 2021 2022, 2023 y 2024, no deberá ser negativo.

b) Para contribuyentes de IRPC/IRE SIMPLE (según normativa vigente de la SET).

Deberán cumplir el siguiente parámetro:

Eficiencia: (Ingreso/Egreso).

Deberá ser igual o mayor que 1, **el promedio de los años 2021 2022, 2023 y 2024.**

c) Para contribuyentes de IRP (según normativa vigente de la SET).

Deberán cumplir el siguiente parámetro:

Eficiencia: (Ingreso/Egreso).

Deberá ser igual o mayor que 1, **el promedio, de los años 2021 2022, 2023 y 2024.**

d) Para contribuyentes de exclusivamente IVA General (según normativa vigente de la SET).

Deberá cumplir el siguiente parámetro:

Eficiencia: (Ingreso/Egreso).

Deberá ser igual o mayor que 1, **el promedio de los años 2021 2022, 2023 y 2024.**

La evaluación se realizará aplicando el sistema CUMPLE o NO CUMPLE.

OBSERVACION:

- Los oferentes que tributan IRPC, IRP o IVA General u otro tipo de contribuyente, también pueden presentar Balance General y Estado de Resultados de los años evaluados, y en este caso se consideraran los parámetros similares a los establecidos para contribuyentes de IRACIS y/o IRE GENERAL (Ratio de Liquidez, Endeudamiento y Rentabilidad). (según normativa vigente de la SET).

Capacidad financiera	EN CASO DE TRATARSE DE UN CONSORCIO, los índices financieros deberán ser cumplidos por cada uno de los integrantes.
----------------------	--

Requisitos documentales para la evaluación de la capacidad financiera

Para evaluar el presente criterio, el oferente deberá presentar las siguientes documentaciones:

- a Balance General y Cuadro de Estado de Resultados de los años 2021, 2022, 2023 y 2024, para contribuyentes de IRACIS y/o IRE GENERAL (según normativa vigente de la SET). Al respecto se aclara, que en caso de que otros contribuyentes cuenten con el Balance General y cuadro de resultados del periodo de tiempo requerido en éste inciso, podrá ser remitido para certificar el cumplimiento de la capacidad financiera requerida, cuyo análisis será llevado a cabo según el documento que remita el oferente, ya sea el correspondiente al tipo de impuesto del que sea contribuyente o los solicitados en éste inciso. Los mismos deberán estar completos, incluidas todas las notas a los estados financieros y deben corresponder a períodos contables ya completados (no se solicitarán ni aceptarán estados financieros de períodos parciales).
- b Formulario 106/501 de los años 2021, 2022, 2023 y 2024, para contribuyentes de IRPC/IRE SIMPLE (según normativa vigente de la SET). Al respecto se aclara, que en caso de que éstos contribuyentes cuenten con el Balance General y cuadro de resultados del periodo de tiempo requerido en el inciso b), podrá ser remitido para certificar el cumplimiento de la capacidad financiera requerida, cuyo análisis será llevado a cabo según el documento que remita el oferente, ya sea el correspondiente al tipo de impuesto del que sea contribuyente o el Balance General y cuadro de Resultados pertinente.
- c Formulario 104 de los años 2021, 2022, 2023 y 2024, para contribuyentes de IRP (según normativa vigente de la SET). Al respecto se aclara, que en caso de que éstos contribuyentes cuenten con el Balance General y cuadro de resultados del periodo de tiempo requerido en el inciso b), podrá ser remitido para certificar el cumplimiento de la capacidad financiera requerida, cuyo análisis será llevado a cabo según el documento que remita el oferente, ya sea el correspondiente al tipo de impuesto del que sea contribuyente o el Balance General y cuadro de Resultados pertinente.
- d IVA General de los años 2021, 2022, 2023 y 2024, para contribuyentes sólo del IVA General (según normativa vigente de la SET). Al respecto se aclara, que en caso de que éstos contribuyentes cuenten con el Balance General y cuadro de resultados del periodo de tiempo requerido en el inciso b), podrá ser remitido para certificar el cumplimiento de la capacidad financiera requerida, cuyo análisis será llevado a cabo según el documento que remita el oferente, ya sea el correspondiente al tipo de impuesto del que sea contribuyente o el Balance General y cuadro de Resultados pertinente.

Experiencia requerida

Con el objetivo de calificar la experiencia del oferente, se considerarán los siguientes índices:

1. La empresa oferente, deberá acreditar su experiencia y cumplimiento satisfactorio en Servicio de Seguro Médico, a Instituciones Públicas y/o empresas privadas, referentes a los años 2021, 2022, 2023 y 2024, como mínimo con 900(novecientos) asegurados, por un valor igual o mayor al 30 (treinta) % del monto máximo establecido en el presente llamado. El porcentaje solicitado será considerando la sumatoria de los años mencionados. Podrán

presentarse la cantidad de documentaciones que fueren necesarias para acreditar el monto solicitado, siempre y cuando dichas prestaciones hayan sido formalizadas dentro del periodo mencionado.

Experiencia requerida	<i>En caso de consorcio, el líder del Consorcio deberá cumplir al menos el 60% de los criterios de evaluación y el 40% restante lo cumplirá el o los demás integrantes del consorcio.</i>
-----------------------	---

2. La actividad comercial, industrial o de servicios debe estar vinculada con el tipo de bienes o servicios a contratar.

La actividad comercial, industrial o de servicios debe estar vinculada con el tipo de bienes o servicios a contratar.

Requisitos documentales para la evaluación de la experiencia

1. Fotocopia/s simple/s de contrato/s y/u órdenes de compra/servicios ejecutado/s, y/o factura/s, con su/s respectiva/s recepción/es final/es/ de conformidad/es por Servicio de Seguro Médico, prestados a Instituciones Públicas y/o Privadas, correspondientes a los años 2021, 2022, 2023 y 2024.
2. Se deberá acreditar que el giro comercial de la empresa corresponde al procedimiento de contratación ofertado, para lo cual deberá presentar copia simple y legible del documento que acredite la actividad comercial, industrial o de servicio, pudiendo ser: la constancia de RUC, patente municipal o documentos constitutivos, siempre que de la documentación se desprenda su actividad comercial y la correspondencia al procedimiento objetado. Cuando no resulte aplicable la constancia de RUC, la patente municipal o los documentos constitutivos, el oferente deberá manifestar y justificar esta condición en su oferta y presentar otra documentación a los efectos de acreditar el giro comercial

Se deberá acreditar que el giro comercial de la empresa corresponde al procedimiento de contratación ofertado, para lo cual deberá presentar copia simple y legible del documento que acredite la actividad comercial, industrial o de servicio, pudiendo ser: la constancia de RUC, patente municipal o documentos constitutivos, siempre que de la documentación se desprenda su actividad comercial y la correspondencia al procedimiento objetado. Cuando no resulte aplicable la constancia de RUC, la patente municipal o los documentos constitutivos, el oferente deberá manifestar y justificar esta condición en su oferta y presentar otra documentación a los efectos de acreditar el giro comercial.

Capacidad Técnica

El oferente deberá proporcionar evidencia documentada que demuestre su cumplimiento con los siguientes requisitos de capacidad técnica:

1. Deberá contar, como mínimo, con profesionales en las siguientes especialidades:

ITEM	ESPECIALIDAD	CANTIDAD MÍNIMA REQUERIDA
1	ALERGIA E INMUNOLOGIA CLÍNICA	7 (SIETE)
2	ANATOMIA PATOLÓGICA	7 (SIETE)
3	ANESTESIOLOGIA, INCLUYE ANALGESIA EN PARTOS.	10 (DIEZ)
4	ALERGIA PEDIÁTRICA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA	3 (TRES)
5	CARDIOLOGÍA	10 (DIEZ)
6	CARDIOLOGÍA INFANTIL	2 (DOS)
7	CIRUGIA CARDIACA	3 (TRES)
8	CIRUGIA DE MANO	2 (DOS)
9	CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	1 (UNO)
10	CIRUGIA NEUROLOGICA	3 (TRES)
11	CIRUGIA ONCOLOGICA	3 (TRES)
12	CIRUGIA INFANTIL	5 (CINCO)
13	CIRUGIA PLASTICA REPARADORA	3 (TRES)
14	CIRUGIA TORAXICA	3 (TRES)
15	CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	1 (UNO)
16	CIRUGIA VIDEOLAPAROSCOPICA	2 (DOS)
17	CIRUGIA Y UROLOGIA PEDIATRICA	5 (CINCO)

18	CIRUGIA GENERAL MAYOR, MENOR O MEDIANA	20 (VEINTE)
19	CIRUGIA MAXILOFACIAL	1 (UNO)
20	CLINICA MEDICA	20 (VEINTE)
21	COLOPROCTOLOGIA	3 (TRES)
22	DERMATOLOGIA	10 (DIEZ)
23	DERMATOLOGIA INFANTIL	2 (DOS)
24	DIABETOLOGIA	5 (CINCO)
25	ENDOCRINOLOGIA	5 (CINCO)
26	ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	1 (UNO)
27	FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGÍA AMBULATORIA (CON CENTROS)	5 (CINCO)
28	FLEBOLOGIA	6 (SEIS)
29	FONODIOLOGIA-FONIATRA	4 (CUATRO)
30	GASTROENTEROLOGIA	10 (DIEZ)
31	GASTROENTEROLOGIA INFANTIL	2 (DOS)
32	GERIATRIA	3 (TRES)
33	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	25 (VEINTICINCO)
34	GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL	2 (DOS)
35	HEMATOLOGIA	3 (TRES)

36	HEMATOLOGIA PEDIATRICA	1 (UNO)
37	HEMOTERAPIA	2 (DOS)
38	HEPATOLOGIA	1 (UNO)
39	INFECTOLOGIA.	3 (TRES)
40	INFECTOLOGIA PEDIATRICA.	1 (UNO)
41	MASTOLOGIA	4 (CUATRO)
42	MEDICINA FAMILIAR	1 (UNO)
43	NEFROLOGIA	5 (CINCO)
44	NEUROLOGIA	5 (CINCO)
45	NEUROLOGIA PEDIATRICA	4 (CUATRO)
46	NEUMOLOGIA ADULTOS	10 (DIEZ)
47	NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	2 (DOS)
48	NEONATOLOGIA	2 (DOS)
49	NUTRICIONISTA: HONORARIOS POR NUTRICION ENTERAL Y PARENTERAL	5 (CINCO)
50	NUTRIÓLOGÍA	2 (DOS)
51	OFTALMOLOGIA	10 (DIEZ)
52	OFTALMOLOGIA PEDIATRICA	2 (DOS)
53	ONCOLOGIA CLINICA	5 (CINCO)
54	ONCOLOGIA PEDIATRICA	1 (UNO)

55	OTONEUROLOGIA ESTUDIOS	1 (UNO)
56	OTORRINOLARINGOLOGIA	10 (DIEZ)
57	PATOLOGIA TGI Y COLPOSCOPIA	1 (UNO)
58	PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA	20 (VEINTE)
59	PERINATOLOGÍA	1 (UNO)
60	PODOLOGÍA	1 (UNO)
61	PSICOLOGIA CLINICA	5 (CINCO)
62	PSICOLOGIA INFANTIL	5 (CINCO)*
63	PSICOPEDAGOGIA	5 (CINCO)
64	PSIQUIATRIA	3 (TRES)
65	TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	10 (DIEZ)
66	TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA INFANTIL	2 (DOS)
67	TOXICOLOGIA CLINICA	2 (DOS)
68	REUMATOLOGIA	5 (CINCO)
69	UROLOGIA	10 (DIEZ)
70	UROLOGIA INFANTIL	2 (DOS)

Todas las especialidades deberán contar con profesionales que cuenten con 5 años de experiencia o más en la especialidad, de reconocida capacidad e idoneidad.

(*) De los profesionales PSICÓLOGOS INFANTILES debe tener la especialidad en atención a niños con TEA, por lo menos 1 (uno).

2. Deberá contar con SANATORIOS EN LA CAPITAL.

Cantidad mínima: 7 (siete), de los cuales:

- 4 (cuatro) centros de alta complejidad (nivel 3).
- 3 (tres) centros convencionales (nivel 2).

Todos deberán ser a libre elección de los beneficiarios dentro de la cartilla de prestadores propuesta por la Prestadora de Servicios.

Los centros convencionales (nivel 2) y los de alta complejidad (nivel 3), deberán reunir los requisitos mínimos exigidos por la Superintendencia de Salud.

De los centros de Nivel 3 es necesario que uno se encuentre dentro de un radio de 5 km de las instalaciones de la Contraloría General de la República.

Dos de los sanatorios de Asunción Nivel 3 deberán contar dentro de sus instalaciones los siguientes servicios: Unidad de Terapia Intensiva, Centro de especialidades cardiológicas, equipo de tomografía y de resonancia magnética, así como también por lo menos 1 de ellos debe contar con centro de especialidad pediátrica, Servicio de Hemodinamia, Unidad de Medicina Transfusional y Unidad Coronaria, todas estas unidades de atención deberán estar habilitados por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

3. Deberá contar con CENTROS ASISTENCIALES EN GRAN ASUNCIÓN E INTERIOR DEL PAÍS.

Con relación a los sanatorios habilitados para ciudades periféricas y el interior del país, se podrán presentar sanatorios que cuentan con la categorización del MSP y BS Nivel 1 y también aquellos que se encuentren habilitados por el mismo, aunque no cuenten con la categoría requerida.

Se deberá incluir 2 (dos) sanatorios de nivel 3 como mínimo, en el departamento Central.

Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y estudios por imágenes, en las ciudades circunvecinas de la capital y principales ciudades departamentales, de conformidad a lo establecido en este Contrato.

Para estos centros asistenciales, la cobertura de los servicios, deberá ser idéntica a la aplicable en la capital, conforme a las especificaciones técnicas.

Si la Prestadora de Servicios no cuenta con sanatorios propios o tercerizados en determinadas ciudades deberá proceder al reintegro o reembolso total de los gastos en que incurrió el beneficiario de acuerdo a la cobertura establecida, dentro de los límites del contrato como máximo a los quince días hábiles de presentadas las facturas respectivas al proveedor adjudicado.

Para las internaciones, la Prestadora de Servicios deberá habilitar los centros asistenciales con las coberturas respectivas en los lugares que se citan a continuación y que son mínimas:

ITEMS	CIUDAD	CANTIDAD MINIMA REQUERIDA
1	ASUNCION	7 (SIETE)
2	SAN LORENZO	2 (DOS)
3	FERNANDO DE LA MORA	1 (UNO)
4	LUQUE	1 (UNO)
5	ÑEMBY	1 (UNO)
6	LAMBARE	1 (UNO)*
7	CAACUPE	1 (UNO)

8	EUSEBIO AYALA	1 (UNO)
9	CAAGUAZU	1(UNO)
10	CORONEL OVIEDO	1 (UNO)
11	VILLARRICA	2 (DOS)
12	CIUDAD DEL ESTE	2 (DOS)
13	CONCEPCION	1(UNO)
14	SAN ESTANISLAO	1(UNO)
15	VILLA HAYES	1(UNO)
16	LOMA PLATA	1(UNO)
17	CAAZAPA	1(UNO)
18	ENCARNACION	2 (DOS)
19	SAN JUAN BAUTISTA	1(UNO)
20	SAN IGNACIO	1(UNO)
21	PARAGUARI	1(UNO)
22	PILAR	1(UNO)
23	PEDRO JUAN CABALLERO	1 (UNO)
24	SALTOS DEL GUAIRA	1 (UNO)
25	SAN PEDRO DEL YKUAMANDYJU	1 (UNO)

Observación: Si durante la vigencia del contrato el proveedor adjudicado ya no contase con la cantidad mínima requerida

de prestadores en las ciudades detalladas en el listado los servicios, y previa comunicación a la CONTRATANTE sobre la terminación del contrato, la cobertura se dará por el sistema de reintegros hasta los límites exigidos en el contrato, como máximo a los quince días hábiles de presentadas las facturas respectivas al proveedor adjudicado.

Siempre que se garantice la prestación efectiva y oportuna de los servicios de salud se podrá acreditar un sanatorio ubicado en localidades vecinas a Lambaré dentro de un radio aproximado de 10 km.

4. Deberá contar con Servicio de Ambulancia a través de empresas de reconocida capacidad y solvencia para el traslado dispuesto por el médico tratante o el personal de la ambulancia, dentro de todo el territorio nacional; así mismo, este servicio deberá contar con Unidades Móviles de Unidad Coronaria.

5. Deberá contar con Centros de Diagnósticos, en la ciudad de Asunción y Gran Asunción, durante todo el plazo de prestación del servicio, los centros laborales de los sanatorios habilitados y 5 (CINCO) centros laborales tercerizados reconocidos por su solvencia y calidad técnica, uno de los cuales debe poseer visualizador de venas para la extracción de sangre.

6. Deberá contar, en la ciudad de Asunción y Gran Asunción, durante todo el plazo de prestación del servicio, con centros de imágenes propios de los sanatorios habilitados y 05 (CINCO) centros de imágenes tercerizados, reconocidos por su solvencia técnica y **habilitación otorgada por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social** en estos servicios, para todos los estudios de imágenes, según contrato.

7. Deberá contar, en la ciudad de Asunción y Gran Asunción, por lo menos con 5 (CINCO) centros de fisioterapia y rehabilitación.

8. Deberá contar con contratos vigentes, y/o preacuerdos con cada uno de los prestadores propuestos (sanatorios, laborales, imágenes y médicos de las distintas especialidades) descriptas en las especificaciones técnicas.

9. Deberá contar con Autorización y habilitación actualizada del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y la Superintendencia de Salud para funcionar en el ramo de Prestación de los Servicios objeto de la presente convocatoria (Prepago).

10. Deberá demostrar la inscripción de la Empresa en el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.

11. Deberá garantizar contar con por lo menos 3 (tres) cadenas de farmacias, con cobertura para los descuentos establecidos en las Especificaciones técnicas del llamado, como mínimo.

Capacidad técnica	<i>En caso de consorcio, el líder del Consorcio deberá cumplir al menos el 60% de los criterios de evaluación y el 40% restante lo cumplirá el o los demás integrantes del consorcio.</i>
-------------------	---

Requisitos documentales para evaluar el criterio de capacidad técnica

1. Detallar en carácter de declaración jurada, el listado del plantel de profesionales médicos por especialidades ofrecidos por el oferente con cobertura total, así como los ofrecidos con cobertura parcial (CO-PAGO), detallando la dirección y teléfono de consultorio, como mínimo, conforme a lo requerido en el PBC y las Adendas que fueran emitidas, en ese sentido, el oferente deberá garantizar conforme las Especificaciones técnicas, como mínimo, la asistencia médica en las especialidades solicitadas.

El Comité Evaluador se reserva el derecho de solicitar copia de contratos de los médicos con la aseguradora, así como también del registro de habilitación emitidos por la Dirección de Control de Profesionales y Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social o la copia de los certificados emitidos por el Círculo Paraguayo de Médicos.

2. Detallar en carácter de Declaración Jurada, el Listado de Sanatorios y Centros Asistenciales ofrecidos por el oferente, indicando el nivel, Ciudad donde se encuentra asentado, conforme a lo requerido en el PBC (Especificaciones Técnicas), con su correspondiente razón social de cada uno de ellos, número de teléfono y dirección.

El Comité Evaluador se reserva el derecho de solicitar copia de contratos y/o preacuerdos con cada uno de los prestadores propuestos de los Sanatorios y Centros Asistenciales con el oferente.

3. **Habilitaciones de Sanatorios ofrecidos, emitidos por el Ministerio de Salud y Bienestar Social e inscripción en el Registro de Empresas Prestadoras de Servicios de Salud de la Superintendencia de Salud que se encuentren vigentes al momento del inicio de la etapa competitiva de la SBE.** Se acepta la presentación del comprobante de ingreso del trámite en Mesa de Entrada del MSP y BS, dicho comprobante constituye constancia formal del inicio del proceso administrativo y será válido hasta la emisión de la Resolución definitiva de acreditación, la cual deberá ser presentada para mantener la vigencia de la prestación. En caso de que el prestador no presente la Resolución definitiva en el plazo correspondiente establecido por el MSPyBS, deberá gestionar de manera inmediata la sustitución con otro prestador debidamente acreditado, a fin de garantizar la continuidad del servicio. Se exceptúa este requisito para el caso de los Centros asistenciales en determinadas localidades detalladas en la lista, las coberturas se darán por el sistema de reintegro hasta los límites exigidos en el contrato, como máximo a los quince días hábiles de presentadas las facturas respectivas al proveedor adjudicado. ~Se aclara que ésta excepción no incluye a los Sanatorios y Centros asistenciales de Asunción y Gran Asunción (Fernando de la Mora, Luque y San Lorenzo), dejando establecido que su incumplimiento será causal de descalificación de la oferta presentada.

4. **Certificación de categorización vigente de la Superintendencia de Salud:**

Para el área de Capital - de como mínimo- 7 (siete), de los cuales:

4 (cuatro) centros de alta complejidad (nivel 3).

3 (tres) centros convencionales (nivel 2).

De los centros de Nivel 3 es necesario que uno se encuentre dentro de un radio de 5 km de las instalaciones de la Contraloría General de la República.

Se deberá incluir 2 (dos) sanatorios de nivel 3 como mínimo, en el departamento Central.

Para los sanatorios ofrecidos para las ciudades requeridas, se podrán presentar certificación de categorización vigente de la Superintendencia de Salud de sanatorios que cuentan con la categorización del MSP y BS NIVEL 1 y también constancia de habilitación expedida por el MSP y BS para aquellos que se encuentren habilitados por el mismo, aunque no cuenten con la categoría requerida. Se exceptúa éste requisito para el caso de los Centros asistenciales en determinadas localidades detalladas en el listado precedente, en los cuales el oferente se comprometa, a través de una Declaración Jurada, que las coberturas se darán por el sistema de reintegro hasta los límites exigidos en el contrato, como máximo a los quince días hábiles de presentadas las facturas respectivas al proveedor adjudicado. Se aclara que ésta excepción no incluye a los Sanatorios y Centros asistenciales de Asunción y Gran Asunción (Fernando de la Mora, Luque, San Lorenzo), dejando establecido que su incumplimiento será causal de descalificación de la oferta presentada.

5. **Declaración Jurada** donde manifieste que los centros convencionales (nivel 2) y los de alta complejidad (nivel 3) ofrecidos para el cumplimiento de los servicios contratados, reúnen los requisitos mínimos exigidos por el **Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social** con la indicación de que -como mínimo - dos de los centros nivel 3 cuenta dentro de sus instalaciones los siguientes servicios: Unidad de Terapia Intensiva, Centro de especialidades cardiológicas, equipo de tomografía y de resonancia magnética, así como también por lo menos 1 de ellos debe contar con centro de especialidad pediátrica, Servicio de Hemodinamia, Unidad de Medicina Transfusional y Unidad Coronaria, todas estas unidades de atención deberán estar habilitados por

6. Detallar en carácter de Declaración Jurada el Listado de Centros de Estudios laborales ofrecidos, como mínimo conforme a lo requerido en el PBC (Especificaciones Técnicas), con su correspondiente razón social, número de teléfono y dirección.

El Comité Evaluador se reserva el derecho de solicitar copia de contratos y/o preacuerdos con cada uno de los prestadores propuestos, de los Centros de Estudios laborales, con el oferente.

7. Detallar en carácter de Declaración Jurada el Listado de Centros de Medicina por imágenes ofrecidos, como mínimo, conforme a lo requerido en el PBC, con su correspondiente razón social, número de teléfono y dirección.

El Comité Evaluador se reserva el derecho de solicitar copia de contratos y/o preacuerdos con cada uno de los prestadores propuestos, de los Centros de Medicina por imágenes, con el oferente.

8. Detallar en carácter de Declaración Jurada el Listado de Centros de fisioterapia y rehabilitación ofrecidos, como mínimo, conforme a lo requerido en el PBC (Especificaciones Técnicas), con su correspondiente razón social, número de teléfono y dirección.

El Comité Evaluador se reserva el derecho de solicitar copia de contratos y/o preacuerdos con cada uno de los prestadores propuestos, de los Centros de fisioterapia y rehabilitación, con el oferente.

9. Copia de la autorización y habilitación vigente emitida por la Superintendencia de Salud, para funcionar en el ramo de Prestación de los Servicios que es objeto del presente llamado.

10. Inscripción de la empresa en el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, adjuntando la fotocopia autenticada por Escribano Público, de la constancia actualizada de inscripción en la Dirección del Trabajo de esa Cartera de Estado.

11. Detallar en carácter de Declaración Jurada las 3 (tres) cadenas de farmacias, con las que se cuente con cobertura para los descuentos establecidos en las Especificaciones técnicas del llamado, como mínimo.

12. Detallar en carácter de Declaración Jurada el Servicio de Ambulancia que estará prestando servicio durante la Ejecución del Contrato, que deberá ser a través de empresas de reconocida capacidad y solvencia en el traslado dispuesto por el médico tratante o el personal de la ambulancia, dentro de la Capital y municipios colindantes; así mismo, éste servicio deberá contar con Unidades Móviles de Unidad Coronaria y deberá garantizar como mínimo la cobertura exigida en las Especificaciones técnicas del llamado.

Aclaración de las ofertas

Con el objeto de realizar la revisión, evaluación, comparación y posterior calificación de ofertas, el Comité de Evaluación podrá solicitar a los oferentes, aclaraciones respecto de sus ofertas, dichas solicitudes y las respuestas de los oferentes se realizarán por escrito.

A los efectos de confirmar la información o documentación suministrada por el oferente, el Comité de Evaluación, podrá solicitar aclaraciones a cualquier fuente pública o privada de información.

Las aclaraciones de los oferentes que no sean en respuesta a aquellas solicitadas por la convocante, no serán consideradas.

No se solicitará, ofrecerá, ni permitirá ninguna modificación a los precios ni a la sustancia de la oferta, excepto para confirmar la corrección de errores aritméticos.

El comité de evaluación podrá solicitar aclaración respecto al CPEN, cuando se deba a omisiones o errores formales en la lista de precio, debiendo el oferente limitarse a responder a la solicitud de aclaración remitiendo el formulario respectivo anexo al Pliego.

Disconformidad, errores y omisiones

Siempre y cuando una oferta se ajuste sustancialmente a las bases de la contratación, el Comité de Evaluación, requerirá que cualquier disconformidad u omisión que no constituya una desviación significativa, sea subsanada en cuanto a la información o documentación que permita al Comité de Evaluación realizar la calificación de la oferta.

A tal efecto, el Comité de Evaluación emplazará por escrito al oferente a que presente la información o documentación necesaria, dentro de un plazo razonable no menor a un día hábil, bajo apercibimiento de rechazo de la oferta. El Comité de Evaluación podrá reiterar el pedido cuando la respuesta no resulte satisfactoria, toda vez que no se viole el principio de igualdad.

Para los casos de ajustes de precios de las ofertas electrónicas, toda vez que se hayan realizado lances durante la etapa competitiva, el oferente deberá ajustar su listado de ítems al precio final de la competencia electrónica, a través del módulo de ofertas electrónicas.

Si como consecuencia del resultado de la división del precio total subastado respecto a la cantidad, se obtuviere una cifra con decimales, se deberá realizar el redondeo del mismo hacia abajo, de modo a que el precio total no supere al que figure en el Acta de Sesión Pública Virtual como precio final, conforme al sistema de adjudicación establecido (ítem, lote, total).

En la consignación de los precios unitarios finales, el oferente no podrá aumentar el precio unitario cargado inicialmente para la presentación de ofertas electrónicas e inicio de la etapa competitiva.

En caso de que el oferente no haya realizado lance durante la etapa competitiva, los precios permanecerán invariables.

Criterios de desempate de ofertas

En caso de que existan dos o más oferentes solventes que cumplan con todos los requisitos establecidos en el pliego de bases y condiciones del procedimiento de contratación, igualen en precio y sean sus ofertas las más bajas, el vencedor de cada grupo subastado será el que lo haya ingresado primero.

Siempre que el criterio de desempate establecido, no sea aplicable, el comité de evaluación determinará cuál de ellas es la mejor calificada para ejecutar el contrato utilizando los criterios dispuestos para el efecto por la DNCP en la reglamentación pertinente.

Notificación del resultado

La notificación del resultado se realizará a través del SICP de manera automática, desde la publicación de los documentos en el SICP, a los correos declarados en el Registro de Proveedores del Estado de los oferentes presentados. A efectos de la notificación oficial, solo serán considerados tales correos electrónicos. Dicha notificación, al tiempo de la publicación de los documentos en el SICP, comprenderá la Resolución del resultado de la adjudicación y el informe de evaluación respectivo.

En casos excepcionales regulados por la DNCP, las Convocantes podrán dar a conocer el resultado por otros medios físicos o electrónicos a cada uno de los oferentes, remitiendo junto a la notificación, la copia íntegra de la resolución de adjudicación y del informe de evaluación, de conformidad al artículo 82 del Decreto.

En caso de que la convocante opte por la notificación física a los oferentes participantes, ésta deberá contar con la mención de haberse acompañado el informe de evaluación y la resolución de adjudicación correspondientes y con el acuse de recibo. De no contar con este último, se considerará que la notificación fue realizada en la fecha de publicación de los documentos relativos al resultado en el SICP.

En caso de que la convocante opte por la notificación por correo electrónico, se considerará que el oferente ha sido debidamente notificado desde el día siguiente de la notificación, en consecuencia, no se requerirá del acuse de recibo por parte del oferente.

La solicitud del Informe de Evaluación suspende el plazo para formular protestas hasta tanto la convocante haga entrega de dicha copia al oferente solicitante.

Las cancelaciones o declaraciones desiertas deberán ser notificadas a todos los oferentes, según el procedimiento indicado precedentemente.

Las notificaciones realizadas en virtud al contrato, deberán ser por escrito y dirigirse a la dirección indicada en el contrato.

Criterios de Adjudicación

De acuerdo con el mercado, el objeto del contrato y el ciclo de vida del bien o servicio, podrá usarse uno o la combinación de varios criterios, previstos en el artículo 52 de la Ley N° 7021/22 “De Suministro y Contrataciones Públicas”.

La adjudicación de la oferta solo podrá fundamentarse en la evaluación de los criterios señalados en los documentos del procedimiento de contratación.

La convocante adjudicará el contrato al oferente cuya oferta haya sido evaluada como la más baja y cumpla sustancialmente con los requisitos de las bases y condiciones, siempre y cuando la convocante determine que el oferente está calificado para ejecutar el contrato satisfactoriamente.

1. La adjudicación en los procedimientos de contratación en los cuales se aplique el atributo de contrato abierto, se efectuará por las cantidades o montos máximos solicitados en el procedimiento de contratación, sin que ello implique obligación de la convocante de requerir la provisión de esa cantidad o monto durante de la vigencia del contrato, obligándose sí respecto de las cantidades o montos mínimos establecidos.
2. En caso de que la convocante no haya adquirido la cantidad o monto mínimo establecido, deberá consultar al proveedor si desea ampliarlo para el siguiente ejercicio fiscal, hasta cumplir el mínimo.
3. Al momento de adjudicar el contrato, la convocante se reserva el derecho a disminuir la cantidad de Bienes y/o Servicios requeridos, por razones de disponibilidad presupuestaria u otras razones debidamente justificadas. Estas variaciones no podrán alterar los precios unitarios u otros términos y condiciones de la oferta y de los documentos de la licitación.

En aquellos procedimientos de contratación en los cuales se aplique el atributo de contrato abierto, cuando la Convocante deba disminuir cantidades o montos a ser adjudicados, no podrá modificar el monto o las cantidades mínimas establecidas en las bases de la contratación.

Audiencia Informativa

Una vez notificado el resultado del proceso, el oferente tendrá la facultad de solicitar una audiencia a fin de que la convocante explique los fundamentos que motivan su decisión.

La solicitud de audiencia informativa no suspenderá ni interrumpirá el plazo para la interposición de protestas.

El procedimiento de realización de la misma deberá ajustarse a las reglamentaciones vigentes para el efecto.

SUMINISTROS REQUERIDOS - ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Esta sección constituye el detalle de los bienes con sus respectivas especificaciones técnicas - EETT, de manera clara y precisa para que el oferente elabore su oferta. Salvo aquellas EETT de productos ya determinados por plantillas aprobadas por la DNCP.

Suministros y Especificaciones técnicas.

Esta sección constituye el detalle de los bienes con sus respectivas especificaciones técnicas - EETT, de manera clara y precisa para que el oferente elabore su oferta. Salvo aquellas EETT de productos ya determinados por plantillas aprobadas por la DNCP.

El Suministro deberá incluir todos aquellos ítems que no hubiesen sido expresamente indicados en la presente sección, pero que pueda inferirse razonablemente que son necesarios para satisfacer el requisito de suministro indicado, por lo tanto, dichos bienes y servicios serán suministrados por el Proveedor como si hubiesen sido expresamente mencionados, salvo disposición contraria en el Contrato.

Los bienes y servicios suministrados deberán ajustarse a las especificaciones técnicas y las normas estipuladas en este apartado. En caso de que no se haga referencia a una norma aplicable, la norma será aquella que resulte equivalente o superior a las normas oficiales de la República del Paraguay. Cualquier cambio de dichos códigos o normas durante la ejecución del contrato se aplicará solamente con la aprobación de la contratante y dicho cambio se regirá de conformidad a la cláusula de adendas y cambios convenios modificatorios.

El Proveedor tendrá derecho a rehusar responsabilidad por cualquier diseño, dato, plano, especificación u otro documento, o por cualquier modificación proporcionada o diseñada por o en nombre de la Contratante, mediante notificación a la misma de dicho rechazo.

Identificación de la unidad solicitante y justificaciones

En este apartado la convocante deberá indicar los siguientes datos:

- *Identificar el nombre, cargo y la dependencia de la Institución de quien solicita el procedimiento de contratación a ser publicado.*

LIC. GLADYS BENÍTEZ DE OVIEDO. Directora General. Dirección de General de Gestión del Capital Humano (DGGCH)

- *Justificación de la necesidad que se pretende satisfacer mediante la contratación a ser realizada.*

La asistencia médica es de vital importancia para salvaguardar la salud y la vida misma de las personas, así es que con la contratación de seguro médico la Contraloría General busca brindar cobertura médica integral para todos los funcionarios.

- *Justificación de la planificación, si se trata de un procedimiento de contratación periódico o sucesivo, o si el mismo responde a una necesidad temporal.*

El llamado se realiza de forma periódica, considerando la necesidad de asegurar que el servicio sea prestado en el plazo que dure el contrato sin interrupciones.

- *Justificación de las especificaciones técnicas establecidas.*

Las Especificaciones Técnicas fueron elaboradas en función a las necesidades de cobertura, buscando obtener los mayores beneficios a favor del asegurado, de acuerdo a todos los servicios que se brindan dentro de las distintas especialidades médicas.

Especificaciones Técnicas "CPS"

Los productos y/o servicios a ser requeridos cuentan con las siguientes especificaciones técnicas:

El propósito de la Especificaciones Técnicas (EETT), es el de definir las características técnicas de los bienes que la convocante requiere. La convocante preparará las EETT detalladas teniendo en cuenta que:

- Las EETT sirven de referencia para verificar el cumplimiento técnico de las ofertas y posteriormente evaluarlas. Por lo tanto, unas EETT bien definidas facilitarán a los oferentes la preparación de ofertas que se ajusten a los documentos de licitación, y a la convocante el examen, evaluación y comparación de las ofertas.
- En las EETT se deberá estipular que todos los bienes o materiales que se incorporen en los bienes deberán ser nuevos, sin uso y del modelo más reciente o actual, y que contendrán todos los perfeccionamientos recientes en materia de diseño y materiales, a menos que en el contrato se disponga otra cosa.
- En las EETT se utilizarán las mejores prácticas. Ejemplos de especificaciones de adquisiciones similares satisfactorias en el mismo sector podrán proporcionar bases concretas para redactar las EETT.
- Las EETT deberán ser lo suficientemente amplias para evitar restricciones relativas a manufactura, materiales, y equipo generalmente utilizados en la fabricación de bienes similares.
- Las normas de calidad del equipo, materiales y manufactura especificadas en los Documentos de Licitación no deberán ser restrictivas. Se deberán evitar referencias a marcas, números de catálogos u otros detalles que limiten los materiales o artículos a un fabricante en particular. Cuando sean inevitables dichas descripciones, siempre deberá estar seguida de expresiones tales como “o sustancialmente equivalente” u “o por lo menos equivalente”, remitiendo la aclaración respectiva. Cuando en las ET se haga referencia a otras normas o códigos de práctica particulares, éstos solo serán aceptables si a continuación de los mismos se agrega un enunciado indicando otras normas emitidas por autoridades reconocidas que aseguren que la calidad sea por lo menos sustancialmente igual.
- Asimismo, respecto de los tipos conocidos de materiales, artefactos o equipos, cuando únicamente puedan ser caracterizados total o parcialmente mediante nomenclatura, simbología, signos distintivos no universales o marcas, únicamente se hará a manera de referencia, procurando que la alusión se adecue a estándares internacionales comúnmente aceptados.
- Las EETT deberán describir detalladamente los siguientes requisitos con respecto a por lo menos lo siguiente:
 - (a) Normas de calidad de los materiales y manufactura para la producción y fabricación de los bienes.
 - (b) Lista detallada de las pruebas requeridas (tipo y número).
 - (c) Otro trabajo adicional y/o servicios requeridos para lograr la entrega o el cumplimiento total.
 - (d) Actividades detalladas que deberá cumplir el proveedor, y consiguiente participación de la convocante.
 - (e) Lista detallada de avales de funcionamiento cubiertas por la garantía, y las especificaciones de las multas aplicables en caso de que dichos avales no se cumplan.
- Las EETT deberán especificar todas las características y requisitos técnicos esenciales y de funcionamiento, incluyendo los valores máximos o mínimos aceptables o garantizados, según corresponda. Cuando sea necesario, la convocante deberá incluir un formulario específico adicional de oferta (como un Anexo a la de Oferta), donde el oferente proporcionará la información detallada de dichas características técnicas o de funcionamiento con relación a los valores aceptables o garantizados.

Cuando la convocante requiera que el oferente proporcione en su oferta datos sobre una parte de o todas las Especificaciones Técnicas, cronogramas técnicos, u otra información técnica, la convocante deberá detallar la información requerida y la forma en que deberá ser presentada por el oferente en su oferta.

Si se debe proporcionar un resumen de las EETT, la convocante deberá insertar la información en la tabla siguiente. El

oferente preparará un cuadro similar para documentar el cumplimiento con los requerimientos.

Detalle de los bienes y/o servicios

Los bienes y/o servicios deberán cumplir con las siguientes especificaciones técnicas y normas:

Detalle del Servicio Solicitado.

Ítem	Código de Catalogo	Descripción del Servicio	Unidad de medida	Cantidad	Presentación
1	84131602-001	SEGURO MEDICO CORPORATIVO	Unidad	1	Evento

1. BENEFICIARIO:

1. Titular casado/a:

El cónyuge o conviviente del titular (matrimonio o unión de hecho reconocida judicialmente).

Los hijos/as hasta los 20 años.

Los hijos/as con discapacidad mental y/o física, sin límite de edad.

De manera **opcional** serán considerados hijos de 21 a 24 años dentro del grupo familiar abonando una prima de guaraníes cuatrocientos mil (G. 400.000), excepto los hijos con discapacidad, para quienes no aplica dicha prima.

Si un hijo/a del titular nace en sanatorios adheridos a la prestadora, quedará automáticamente incluido en el grupo familiar desde el nacimiento, con todas las coberturas del contrato. El titular deberá comunicar el vínculo a la CGR dentro de los 10 días, y esta a su vez a la prestadora.

2. Titular con divorcio vincular:

Hijos/as hasta los 20 años. De manera **opcional** serán considerados hijos de 21 a 24 años dentro del grupo familiar abonando una prima de guaraníes cuatrocientos mil (G. 400.000, excepto los hijos con discapacidad, para quienes no aplica dicha prima.

Los hijos/as con discapacidad mental y/o física, sin límite de edad.

A uno de sus padres, hasta los 64 años. De manera **opcional** podrán gozar de la misma cobertura del grupo familiar, sin límite de edad, abonando una prima de guaraníes trescientos mil (G. 300.000) a partir de los 65 años.

Si el titular divorciado no tuviera hijos menores de 24 años, podrá incluir a ambos padres, hasta los 64 años. Si uno de ellos o ambos supera dicha edad, de manera **opcional** podrán gozar de la misma cobertura del grupo familiar, sin límite de edad, abonando una prima de guaraníes trescientos mil (G. 300.000) a partir de los 65 años (por cada uno de ellos).

Si el titular vuelve a contraer matrimonio, recuperará la condición establecida para el titular casado. El nuevo estado civil deberá comunicarse dentro de 30 días.

3. Titular viudo/a

Hijos/as hasta los 20 años. De manera **opcional** serán considerados hijos de 21 a 24 años dentro del grupo familiar abonando una prima de guaraníes cuatrocientos mil (G. 400.000), excepto los hijos con discapacidad, para quienes no aplica dicha prima.

Los hijos/as con discapacidad mental y/o física, sin límite de edad.

A uno de sus padres, hasta los 64 años. De manera **opcional** podrán gozar de la misma cobertura del grupo familiar,

abonando una prima de guaraníes trescientos mil (G. 300.000) a partir de los 65 años.

Si el titular viudo no tuviera hijos menores de 24 años, podrá incluir a ambos padres hasta los 64 años. Si uno de ellos o ambos supera dicha edad, de manera **opcional** podrán gozar de la misma cobertura del grupo familiar, abonando una prima de guaraníes trescientos mil (G. 300.000) a partir de los 65 años por cada uno de ellos.

Si el titular vuelve a contraer matrimonio, recuperará la condición establecida para el titular casado. El nuevo estado civil debe comunicarse dentro de 30 días.

4. **Titular soltero/a**

Sus hijos/as hasta los 20 años. De manera **opcional** serán considerados hijos de 21 a 24 años dentro del grupo familiar abonando una prima de guaraníes cuatrocientos mil (G. 400.000), excepto los hijos con discapacidad, para quienes no aplica dicha prima.

A uno de sus padres hasta los 64 años, y cuando supere dicha edad, podrá abonar de manera **opcional** para gozar de la misma cobertura del grupo familiar, una prima de guaraníes trescientos mil (G. 300.000) a partir de los 65 años.

Al otro padre hasta los 64 años. Al cumplir 65 años, podrá continuar como adherente pago.

Si el titular contrae matrimonio, deberá comunicarlo dentro de 30 días.

5. **Casados entre funcionarios de la CGR**

Ambos podrán incluir a:

Sus hijos/as hasta los 20 años. De manera **opcional** serán considerados hijos de 21 a 24 años dentro del grupo familiar abonando una prima de guaraníes cuatrocientos mil (G. 400.000), excepto los hijos con discapacidad, para quienes no aplica dicha prima.

A uno de sus padres hasta los 64 años, y cuando supere dicha edad, podrá abonar de manera **opcional** para gozar de la misma cobertura del grupo familiar, una prima de guaraníes trescientos mil (G. 300.000) a partir de los 65 años.

Al otro padre hasta los 64 años. Al cumplir 65 años, podrá continuar como adherente pago.

Los titulares que optan por abonar la prima correspondiente por los integrantes del grupo familiar mencionados en los puntos precedentes serán abonados íntegramente por el mismo y tendrá un periodo de treinta (30) días desde la firma del contrato o a partir de su inclusión como funcionario.

La exclusión o no continuidad de cualquiera de los integrantes del grupo familiar será de exclusiva iniciativa del Titular, quien deberá comunicar dicha decisión a la Prestadora con una antelación mínima de treinta (30) días a la fecha en que el integrante alcance la edad correspondiente, en caso de no efectuarse dicha comunicación en tiempo y forma, el integrante continuará formando parte del grupo familiar hasta la finalización del contrato, en las condiciones establecidas y, en caso de realizar la comunicación de exclusión o no continuidad, perderá el derecho a solicitar dicha continuidad con posterioridad.

En caso de mora en el pago de la prima correspondiente al adicional, el integrante del grupo familiar no podrá acceder a los servicios hasta tanto se regularice la situación de pago.

Desvinculación del funcionario

En caso de desvinculación del funcionario de la CGR por cualquier causal legal, la CGR comunicará a la prestadora y enviará la nómina con los reemplazos hasta el día 8 de cada mes previo a la facturación y a la fecha de corte de cobertura del funcionario dado de baja.

Funcionario Jubilados de la CGR

Los funcionarios jubilados podrán continuar como asegurados con la misma cobertura, pudiendo incluir únicamente a su cónyuge. La prima será de 70% del precio adjudicado por cada titular, a ser abonado tanto por el jubilado como por su cónyuge. La continuidad será a iniciativa del titular, quien deberá manifestarlo por escrito ante la DGGCH. La comunicación deberá realizarse conjuntamente con el pedido de baja por jubilación. La vinculación se mantendrá hasta la finalización del contrato.

2. **BENEFICIARIOS ADHERENTES.**

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 (treinta) días posteriores a la fecha de la incorporación del titular dentro de los servicios contratados y su vinculación deberá ser como mínimo de 12 (doce) meses desde la inclusión vencido dicho plazo, el contrato se renovará automáticamente por los siguientes meses hasta la

finalización del contrato, salvo que el Titular manifieste expresamente su voluntad de no renovar, mediante comunicación escrita dirigida a la prestadora de servicios, antes del vencimiento del período vigente. La falta de dicha manifestación en el plazo establecido se interpretará como aceptación tácita de la renovación, manteniéndose las condiciones pactadas en el presente instrumento.

Pasado los 12 meses desde la firma del contrato, se reabrirá el periodo de inclusión de adherentes pagos por 30 días. La Prestadora de Servicios deberá aceptar la inclusión de nuevos beneficiarios adherentes. Los Padres y los hijos tienen 30 días desde la fecha que cumplan la edad máxima establecida en el contrato para realizar los trámites para ingresar como beneficiario adherente.

Para la inclusión de los beneficiarios adherentes por parte de la prestadora de servicios, no será necesaria la realización de estudios médicos, juntas médicas o discriminación alguna de beneficiarios adherentes, sea por la edad, afecciones o patologías pre existentes.

Asimismo, el vínculo entre el titular del seguro médico y sus respectivos adherentes, podrá ser demostrado con la presentación de la siguiente documentación, según sea el caso: Certificado de Nacimiento, Libreta de Familia, Certificado de Matrimonio, Sentencia firme y ejecutoriada (Para los casos de personas con relación de dependencia directa del titular).

El listado es meramente enunciativo. Se entiende que toda la tramitación documental para el ingreso de los beneficiarios adherentes, el pago correspondiente y su permanencia, será realizada personalmente por el titular del seguro médico con la prestadora de servicios, sin intervención de la contratante, bajo las condiciones establecidas en el PBC.

Podrán ser incluidos como beneficiarios adherentes los padres, hermanos/as, abuelos/as, nietos/as e hijos/as mayores desde los 24 años del titular, hasta el segundo grado de consanguinidad, así como personas bajo su dependencia directa acreditada mediante Sentencia firme y ejecutoriada, en todos los casos sin límite de edad, hasta un máximo de 5 (cinco) adherentes.

El titular abonará directamente a la Prestadora de Servicios las siguientes primas por cada adherente:

- Hasta 64 años: el 65% del precio adjudicado por cada titular.
- De 65 a 70 años: el 70% del precio adjudicado por cada titular.
- Desde 71 años en adelante: el 80% del precio adjudicado por cada titular.

El precio aplicable será el fijado luego de la adjudicación y no incidirá en la cotización de la licitación.

Los adherentes pagos tendrán una cobertura diferenciada detallada en el apartado 14.

Los adherentes deberán permanecer en esta condición desde su incorporación hasta el fenecimiento del presente contrato o en su caso hasta el día en que el titular del seguro sea desvinculado de la Institución, por cualquiera de los motivos previstos en la Ley.

En caso de mora del adherente, el mismo no tendrá derecho a las coberturas establecidas en la presente Especificación Técnica, sin que dicha situación afecte al beneficiario titular y su grupo familiar.

Los hijos/as incorporados como parte del grupo familiar perderán automáticamente dicha condición una vez cumplida la edad máxima prevista contractualmente. A partir del día siguiente al cumplimiento de la edad límite, solo podrán continuar en el seguro en carácter de adherentes pagos, con las primas y condiciones establecidas en el presente Pliego.

La continuidad del beneficiario como adherente pago no es automática, debiendo el titular solicitar expresamente su incorporación dentro del plazo de continuidad sin interrupciones, conforme a las reglas operativas de la Prestadora. La falta de solicitud en el plazo indicado producirá la baja automática del beneficiario en el sistema, sin responsabilidad alguna para la Prestadora ni para la Contratante.

3. CARNET DE IDENTIFICACIÓN.

La identificación de los beneficiarios será por medio de la cédula de identidad, carnet identificador físico, digital o cualquier otro medio de reconocimiento dactilar o facial.

LA PRESTADORA DE SERVICIOS, proporcionará a cada Beneficiario, dentro de los 30 (treinta) días corridos posteriores a la firma del contrato y la entrega oficial de la nómina de funcionarios, un Carnet de Identificación Digital, que lo acredite como tal. En el caso de que el Beneficiario solicite el Carnet de Identificación en forma impresa, la PRESTADORA deberá proveer sin más trámite alguno.

La pérdida o extravío de la Tarjeta de Identificación, se deberá comunicar de inmediato a la Empresa (por el titular o representante) para la emisión de una nueva tarjeta, pero de igual forma podrá recibir asistencia médica con la presentación de la Cédula de Identidad. El costo de reimpresión de las tarjetas de identificación, estará a cargo del beneficiario. La reimpresión se deberá realizar sin más trámite alguno.

Igualmente, la PRESTADORA DE SERVICIOS, deberá proveer una copia en formato digital de: la coberturas y guía de prestadores, con el listado de Profesionales Médicos, en convenio y otros profesionales a su servicio, con indicación de especialidades, consultorios, domicilio de consultorios y teléfonos actualizados. En caso de que la CONTRATANTE solicite deberá proveer esta guía médica y de prestadores en formato impreso.

4. VIGENCIA DE LOS SERVICIOS.

Se concede la VIGENCIA INMEDIATA en todos los servicios PARA LOS BENEFICIARIOS, una vez QUE INICIE EL PLAZO DE VIGENCIA DEL CONTRATO FIRMADO POR AMBAS PARTES CON LA ENTREGA DE LA NÓMINA DE FUNCIONARIOS AL PROVEEDOR ADJUDICADO.

Entiéndase por **VIGENCIA INMEDIATA**, que no se solicitará a los asegurados antigüedad alguna, ni chequeo médico previo, para la prestación de los servicios contratados.

Para el acceso de los funcionarios a los servicios, la Contratante hará entrega del listado de titulares con sus números de documentos de identidad, dirección, fecha de nacimiento y estado civil, dichos datos serán suficientes para el acceso a los servicios entre tanto se proceda a la confección del carnet del asegurado. La entrega será realizada en las oficinas de la Dirección de Bienestar y Desarrollo Social, dependiente de la Dirección General de Gestión del Capital Humano.

El titular del seguro médico (funcionario) deberá completar un formulario bajo los términos de declaración jurada para su inclusión al listado de beneficiarios. Asimismo, deberá adjuntar copias de los documentos respaldatorios para la inclusión de su grupo familiar al listado de beneficiario del seguro médico.

5. OBLIGACIONES DE LA PRESTADORA-PLANTEL MÉDICO, SANATORIAL Y ADMINISTRATIVO.

1. Los profesionales médicos de la lista de la Prestadora de Servicios estarán a disposición del beneficiario en sus horarios de consultorio, sin que puedan alegarse razones reglamentarias de ordenamiento interno, que impidan la atención por parte de cualquiera de los profesionales del listado de la Prestadora de Servicios, salvo causas de indisponibilidad fundadas en las leyes de la República.
2. La administración de la Prestadora de Servicios, contará con un personal permanente con el suficiente poder de decisión para la solución de inconvenientes y la atención de los beneficiarios, durante y fuera de los horarios administrativos en días inhábiles inclusive; para el cumplimiento de esta cláusula, la Prestadora deberá comunicar a la CGR por escrito la nómina del de los funcionarios con sus respectivos números telefónicos, en el plazo de **5 (cinco) días hábiles desde la firma del contrato.**
3. La Prestadora de Servicios deberá proveer, cuando lo solicite la Contraloría General, datos estadísticos respecto a consultas, intervenciones, análisis clínicos, internaciones, imágenes, utilización de servicios de urgencias y emergencias en un plazo máximo de 8 (ocho) días hábiles desde la recepción de la solicitud. En caso de solicitarse historias clínicas, la entrega por parte del sanatorio deberá ser aprobada por el paciente ya que la misma es confidencial.
4. La Prestadora de Servicios deberá proveer a la Dirección General de Gestión del Capital Humano Dirección de Bienestar y Desarrollo Social, cuando esta solicite previa autorización del/ del beneficiario/s titular/es, dentro de un plazo de 5 (cinco) días hábiles posteriores a la solicitud, las cuentas pendientes de pago de los beneficiarios, resultantes de servicios prestados no cubiertos.
5. La Prestadora deberá proveer cuando la contratante lo solicite, los siguientes datos: Listado de Adherentes incorporados o excluidos en cada periodo.
6. La Prestadora deberá informar, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la recepción de la solicitud realizada por la Administradora del contrato, la cantidad total de beneficiarios que se encuentren internados en los centros asistenciales habilitados bajo su cobertura.
7. Cualquiera sea la causa de terminación o rescisión del Contrato, la Prestadora seguirá ofreciendo el servicio médico objeto del Contrato a los beneficiarios por un plazo de 1 (un) mes a partir de la fecha de comunicación de la resolución respectiva.
8. El servicio será abonado por la CONTRATANTE en las mismas condiciones y precios establecidos contractualmente, independientemente de cualquier reclamo de indemnización que pudiera realizar la misma.
9. Las empresas sub-contratadas por la Prestadora de Servicios brindarán los servicios bajo las mismas condiciones requeridas en el Contrato.
10. La utilización de los equipos, maquinarias, instrumentales y otros, propios de los sanatorios habilitados, siempre y cuando corresponda su utilización, empleados en cirugías, especialidades médicas, cualquier tipo de intervención y otros, del presente contrato tendrán cobertura total (100%), por lo que no se podrá requerir ningún cobro en concepto alguno siempre que pertenezcan a los sanatorios habilitados y los procedimientos cuenten con cobertura.
11. El carnet identificador sea físico o digital, o la Cédula de Identidad, serán documentos válidos para su utilización en todos los Sanatorios en convenio en el Territorio Nacional, sin la necesidad de presentar ninguna otra documentación respaldatoria, excepto la indicación médica correspondiente.
12. Se entenderá por **año de contrato** el que va desde la firma del mismo hasta los 24 meses de vigencia y sus prórrogas en el caso que las hubiera. Haciendo la salvedad que para las coberturas contempladas en el presente contrato se reiniciará el conteo de los servicios previstos en el mismo luego del periodo de los

primeros 12 meses (año). *En caso de que existan una o más coberturas que se contrapongan, siempre se tomará la que más favorezca al beneficiario, específicamente a lo que tenga relación con la reiniciación de los servicios dentro de los 12 meses (año) de la firma del contrato.*

13. Las solicitudes de visaciones se realizarán por correo electrónico o por una aplicación de mensajería instantánea indicada por la Prestadora a la contratante, sin necesidad de acudir hasta las instalaciones de la Prestadora de Servicios; la misma deberá ser respondida en un plazo no mayor a 1 (una) hora de recibido el correo o mensaje instantáneo. Cuando haya una duda o desacuerdo en la cobertura del servicio solicitado, se tendrá un plazo máximo de 2 (dos) horas para la corroboración con el personal con suficiente poder de decisión que determine la cobertura conforme al contrato.
14. Para la solicitud de cobertura de intervenciones e intervenciones programadas se establece un plazo máximo de contestación de **48 (cuarenta y ocho) horas hábiles**.
15. Durante la vigencia del contrato, la Prestadora de Servicios no podrá disminuir la cantidad ni la calidad de los servicios sanatoriales, laboratoriales, por imágenes, profesionales médicos, así como de ningún centro de diagnóstico, requeridos en el PBC y ofertados por la Prestadora de Servicios a menos causas de fuerza mayor y siempre que sean reemplazados por otros de igual calidad y servicio, estos deberán ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE con 48 (cuarenta y ocho) horas de anticipación, y explicar el motivo de dicha sustitución, caso contrario la contratante se reserva el derecho de solicitar otra opción.
16. Los precios de los medicamentos facturados no podrán exceder los montos establecidos por el MSPyBS, los cuales serán considerados para las auditorías médicas en el control de las facturaciones emitidas por las prestadoras de servicio. En caso de que el paciente cuente con seguro de IPS, la prestadora de servicios podrá autorizar el ingreso de drogas para el tratamiento de enfermedades crónicas y/u oncológicas.
17. Los precios de los materiales descartables deberán ajustarse a los precios del mercado de acuerdo a la marca, procedencia, y calidad de los mismos.
18. Todo medicamento o insumo que no haya sido utilizado íntegramente en el paciente, pero ha sido cobrado o descontado del cupo de cobertura de manera íntegra, será de propiedad del BENEFICIARIO y tendrá que ser entregado al mismo, salvo restricciones legales para medicamentos controlados.
19. El servicio administrativo DEL PROVEEDOR Y/O LA PRESTADORA DE SERVICIOS, deberá estar a disposición del beneficiario en forma permanente (**24 horas al día**), incluyendo sábados, domingos y feriados para casos de urgencia, a fin de proveer la cobertura sanatorial a los servicios requeridos, como así también los trámites de visaciones y coberturas. Asimismo, deberá proveer la nómina del plantel administrativo responsable de los diferentes servicios con los respectivos números telefónicos de contacto para los fines pertinentes, en el plazo de 5 (cinco) días hábiles desde la firma del contrato.
20. En caso que el paciente cuente con la medicación de uso habitual al momento del ingreso, deberá informar al centro asistencial a modo de evitar que se le sea suministrado con costo durante la permanencia en la internación.
21. Las solicitudes de aclaraciones, reclamos o incumplimientos realizados por la contratante a la prestadora de servicios deberán ser respondidos por la prestadora en el plazo de **72 (setenta y dos) horas hábiles**, contados a partir de la comunicación realizada por la DBDS, dependiente de la DGGCH, caso contrario serán comunicados a la Dirección Operativa de Contrataciones de la CGR, para los trámites correspondientes.
22. LA PRESTADORA DE SERVICIOS, cuando lo requiera el BENEFICIARIO o el titular del contrato, entregará el estado de cuenta cada 24 (veinticuatro) horas y las coberturas médicas emitidas, con todos los detalles de los gastos imputados. En ningún caso la Contraloría General de la República podrá ser garante de las deudas contraídas por el titular. El desconocimiento del estado de cuenta por parte del titular, no será causal para el desconocimiento de la deuda, en caso de coberturas.
23. Los sanatorios adheridos en convenio con la prestadora del servicio, se abstendrán de imponer al paciente para la prestación de los servicios médicos, cualquier condición que lesione su derecho a la intimidad, tales como filmaciones, tomas fotográficas u otros similares.
24. En el caso de que el paciente necesite sangre, plasma y/o derivados, el sanatorio o centro asistencial deberá proveer los mismos, según su disponibilidad y solicitar posteriormente al grupo familiar, el cual deberá realizar la reposición correspondiente.
25. A solicitud de los funcionarios, la CONTRATANTE podrá solicitar la inclusión de profesionales, aun en la modalidad de co-pago, dentro de los 30 días posteriores al inicio del contrato. Por su parte la prestadora tendrá un plazo de hasta 60 días para la contestación del pedido, caso contrario, deberá remitir dentro del citado plazo la debida justificación de la no incorporación de los profesionales solicitados.
26. El proveedor pondrá a disposición de los asegurados un listado de profesionales en convenio con CO-PAGO, junto con el listado de prestadores en convenio.
27. Principio de continuidad asistencial para asegurados que se encuentran internados o en tratamiento. En caso de que la nueva Prestadora del contrato no tenga convenio con centros asistenciales adscriptos a la anterior la Prestadora del contrato de seguro médico de la CONTRATANTE, una vez adjudicada, la primera se obliga a garantizar a los pacientes que se encuentren en terapia intensiva, incubadora y luminoterapia, la continuidad de la asistencia en las mismas condiciones, siempre que no fuese posible el traslado a otro sanatorio, debiendo correr los gastos por cuenta de la nueva Prestadora dentro de los límites establecidos en el presente contrato. Para ello la CONTRATANTE comunicará a la nueva Prestadora la lista de cada uno de los

beneficiarios que se encuentren en alguna de las situaciones mencionadas.

28. Las Juntas Médicas serán convocadas a solicitud de la C.G.R., con el objeto de evaluar a determinados funcionarios, que debido a las complicaciones de sus patologías y conforme a sus diagnósticos o cuadros evolutivos, refieran un pronóstico de invalidez temporal y/o permanente, o un riesgo inminente de perder la vida. Estará a cargo de la Prestadora durante el plazo de prestación del servicio, la ejecución y los honorarios médicos de hasta un máximo de dos (2) Juntas Médicas por año de contrato, compuestas por un máximo de tres (3) profesionales médicos y/o profesionales afines, en convenio con la misma.
 29. Deben estar cubiertos los derechos operatorios en todo tipo de internaciones e intervenciones quirúrgicas que se contemplen con cobertura en el presente contrato.
 30. La Prestadora/Centro asistencial en ningún caso podrá solicitar al beneficiario y su grupo familiar, depósito, garante o aval alguno en concepto de garantía para la realización de alguna intervención quirúrgica.
6. **COBERTURA.**

Se entenderá por *Cobertura Total*, la inclusión de los honorarios médicos, honorarios del anestesta, internaciones, estudios de imágenes y de diagnóstico y análisis laboratoriales, paramédicos, tratamientos ambulatorios, ambulancias y traslados y otros necesarios para la debida atención médica, conforme a lo establecido para cada servicio y/o especialidad, dentro del territorio nacional, para el beneficiario titular, su grupo familiar y adherente por evento y año de contrato (reinicio a los 12 meses de la firma).

Se entenderá como cobertura por evento, a todo servicio sanatorial, médico, clínico, relacionado a una enfermedad clínica y/o quirúrgica y sus complicaciones hasta tanto no se hayan resuelto, sin límite de internaciones, y/o procedimientos médicos quirúrgico, sin importar el diagnóstico o motivo de la internación. *La prestadora de servicio, deberá demostrar en forma efectiva la relación existente entre una situación y otra para que pueda ser considerada como el mismo evento. En caso que no se pueda demostrar la relación entre una y otra o que exista duda a criterio de la contratante, se considerará como un evento independiente.*

Se entiende que la cobertura, durante una internación, se dará por el diagnóstico fundamental que motivó la misma, aunque el paciente padezca otras afecciones.

Se otorgará cobertura a beneficiarios con enfermedades congénitas (según detalle), como así también los casos adquiridos.

En caso de que existan una o más coberturas para un mismo evento, siempre se tomará la que más favorezca al beneficiario.

Además, se incluirá la libre elección (dentro de la cartilla de prestadores propuesta por la Prestadora de Servicios) de profesionales, centros de diagnósticos y servicios sanatoriales para capital e interior (urgencias, emergencias, internaciones).

Todos los servicios contemplados en el contrato podrán ser realizados en los centros habilitados por la Prestadora de Servicios, sean de internación o no, a libre elección del beneficiario.

Toda orden de internación que demande más de un servicio sanatorial (Internación Clínica, Internación quirúrgica, Cirugía, UTI, Alta Complejidad), la Prestadora de Servicios tendrá como indicador, a los efectos de emitir la cobertura, la que corresponda a cada servicio, que se detalla en el pliego de bases y condiciones.

Con respecto a los Centros de Diagnósticos, en la ciudad de Asunción y Gran Asunción, la Prestadora de Servicios debe deberá garantizar durante todo el plazo de prestación del servicio, los centros laboratoriales de los sanatorios habilitados y 5 (CINCO) centros laboratoriales tercerizados reconocidos por su solvencia y calidad técnica, uno de los cuales debe poseer visualizador de venas para la extracción de sangre.

La prestadora deberá garantizar los centros de imágenes propios de los sanatorios habilitados y 05 (cinco) centros de imágenes tercerizados, reconocidos por su solvencia técnica y habilitación otorgada por el MSP y BS en estos servicios, para todos los estudios de imágenes, según contrato.

Para los centros de Diagnósticos y laboratorios de análisis clínicos: estos servicios deben cubrir a los que concurren en forma programada o de urgencia las 24 hs del día. Debe tener cobertura integral en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables, desechables y las determinaciones químicas y microbiológicas.

En caso que los laboratorios designados por la prestadora para las coberturas aranceladas no dispongan de los servicios para el asegurado, se le deberá asignar otro laboratorio dentro de los límites establecidos en el contrato.

Si el paciente se encuentra imposibilitado físicamente de acudir al laboratorio, podrá solicitar el servicio a domicilio, en cuyo caso las muestras para dichas determinaciones serán retiradas del domicilio por los laboratorios contratados, debiéndose solicitar el servicio vía telefónica y previa autorización de la Prestadora de Servicios. Los recargos por traslados de equipos a sanatorios serán por cuenta de la Prestadora de Servicios.

Debe entenderse por imposibilitado al paciente que no puede acudir al laboratorio por razones de salud que impidan su movilización normal o se encuentre discapacitado, aun cuando se lo pueda movilizar en silla de ruedas. El

electrocardiograma, en caso de urgencias, se llevará al domicilio de los beneficiarios.

Debe contar por lo menos con 5 (cinco) centros de fisioterapia y rehabilitación.

El oferente adjudicatario deberá especificar en cuales centros se realizan los siguientes estudios: ELECTROENCEFALOGRAFÍA, Estudios Tomográficos MULTISLICE DE 64 CORTES y Estudios de Resonancia Magnética Nuclear con CAMPO ABIERTO y con equipo de 3 Tesla (mínimo), Radiografías, Ecografías, Ecocardiografía, Mamografía, Radioterapia.

6.1 ASISTENCIA MÉDICA Y SANATORIAL.

En consultorios, internaciones y servicios de urgencias en las siguientes especialidades (eventos clínicos y quirúrgicos), sean accidentales o no, incluyendo los derivados de eventos deportivos, que no sean de alto riesgo y conforme a las siguientes condiciones: La Prestadora de Servicios cubrirá los honorarios profesionales en consultorios para tratamientos clínicos, estudios y/o procedimientos quirúrgicos de carácter ambulatorio detallados en los anexos correspondientes.

En servicios de guardia para casos de urgencias: La cobertura de medicamentos nacionales e importados y descartables sin excepción incluyendo antibióticos (primera dosis inyectable indicada por el médico de guardia) del cien por ciento (100%), en los servicios dispuestos que pueda necesitar el beneficiario.

6.1.1 Honorarios médicos en las siguientes especialidades. El siguiente listado no es limitativo y comprende todas las especialidades convencionales y troncales cubiertas por las medicinas prepagas.

6.1.1.1. Alergología + Test alérgicos: consultas, y de urgencias e interconsultas en consultorios y/o sanatoriales. Test alérgico: a cargo de la Prestadora de Servicios. Vacunas (independientemente a la forma de suministro) para tratamientos de alergia según prescripción médica hasta 12/año/beneficiario.

6.1.1.2. Anatomía Patológica (incluyendo biopsia de todo tipo). Estudios de materiales pequeños, medianos y grandes; incluye biopsias extemporáneas.

6.1.1.3. Anestesiología, incluye analgesias en partos.

6.1.1.4. Cardiología clínica y pediátrica: incluye asistencia operatoria a solicitud del cirujano.

6.1.1.5. Cirugía broncopulmonar/cirugía torácica **ítem alta complejidad.**

6.1.1.6. Cirugía cardíaca + cateterismo cardíaco diagnóstico: angioplastia transluminal coronaria, colocación de marcapasos, colocación de stent coronario, según **alta complejidad.**

6.1.1.7. Cirugía general menor (tratamiento de uña encarnada, pie de atleta u otras patologías) mediana y mayor (incluido derecho operatorio).

6.1.1.8. Cirugía plástica reparadora funcional (no estética), consulta e interconsulta.

6.1.1.9. Cirugía videolaparoscópica cobertura de apéndice, hernia, ginecológicos, endometriosis, y vesícula; otras 80% (uso del video sin cargo para el asegurado).

6.1.1.10. Cirugías del Sistema Nervioso Periférico, incluyendo las de columna vertebral **ítem de alta complejidad.**

6.1.1.11. Clínica Geriátrica.

6.1.1.12. Clínica médica Inspección Médica en general.

6.1.1.13. Clínica neurológica.

6.1.1.14. Dermatología Clínica y Quirúrgica (Adultos y Niños): Consultas en horario normal, de urgencias e interconsultas. Incluye descartables y medicamentos en procedimientos convencionales (bisturí/electrobisturí). Asimismo, biopsias de piel y cirugías menores en consultorio (Extracción de lunares (nevus), verrugas, quistes, lipomas y lesiones pre cancerígenas). Procedimientos con láser cobertura del 70%.

6.1.1.15. Dietología (Consultas).

6.1.1.16. Endocrinología (Adultos y Niños): Consultas en horario normal, de urgencias e interconsultas.

6.1.1.17. Fisioterapia y Kinesiología: ambulatoria y en pacientes internados.

6.1.1.18. Fisioterapia neurológica.

6.1.1.19. Fisioterapia respiratoria hasta 10 sesiones por evento, por beneficiario.

6.1.1.20. Flebología: consultas, estudios y procedimientos quirúrgicos por vía convencional no estética (safenectomía interna o externa más flebectomía unilateral y bilateral). Procedimientos láser: hasta lo convencional.

6.1.1.21. Fonoaudiología, consultas, estudios, tratamientos y evaluaciones rehabilitación hasta 24 (veinticuatro) sesiones/año/beneficiario.

6.1.1.22. Foniatría consultas.

6.1.1.23. Gastroenterología, incluyendo procedimientos endoscópicos o videoendoscópicos con fines de diagnóstico o terapéuticos. Endoscopia Digestiva Alta, rectosigmoidoscopia, colonoscopia, extracción de cuerpos extraños en tubos digestivos, esclerosis de lesiones sangrantes en tubos digestivos, electrocoagulación, papilotomía, polipectomía y otros.

6.1.1.24. Ginecología, Obstetricia y Ginecología Infantil: consulta en horario normal, de urgencia e interconsulta, incluyendo histeroscopia diagnóstica y terapéutica, así como procedimientos convencionales como legrado biopsico, legrado evacuador; raspado uterino diagnóstico, canonización de cuello por leep, evacuación uterina segundo trimestre del embarazo con mecanismo de parto, estudio de análisis clínicos y estudios de diagnósticos todos con 100% de cobertura. La cobertura en Hipertrofia mamaria y Ginecomastia, será solo para sala y derecho operatorio.

6.1.1.25. Hematología (Adultos y Niños): consultas en horario normal y de urgencias e interconsultas en consultorios y/o sanatoriales. Hemoterapia, transfusiones sanguíneas, sean clínicas o quirúrgicas, incluyendo serología y materiales descartables, hasta 7 (siete) sesiones y procedimientos, como así también la asistencia operatoria cuando el caso lo requiere. El sanatorio o centro asistencial deberá proveer la sangre/plasma/derivados según su disponibilidad y solicitar posteriormente al grupo familiar, el cual deberá realizar la reposición correspondiente. Los materiales utilizados forman parte de la cobertura de medicamentos y descartables, incluye los estudios serológicos que corresponden a: estudios laboratoriales y estudios fenotipados de glóbulos rojos hasta los límites establecidos en el presente contrato

6.1.1.26. Hepatología.

6.1.1.27. Honorario de radioterapia hasta 6 sesiones (incluye evaluación del radioterapeuta), por evento por beneficiario por año, con cobertura total del 100%. A partir de la 7ma. sesión remitirse a los límites de alta complejidad.

6.1.1.28. Honorarios en quimioterapia (adultos y niños) hasta 8 sesiones por evento/beneficiario/año con cobertura del 100%. A partir de la 9na sesión remitirse a los límites de alta complejidad.

6.1.1.29. Infectología.

6.1.1.30. Laserterapia en intervenciones sobre la retina, Mapeamiento de retina c/ dilatación de pupila. Tratamiento de la retinopatía diabética: honorarios para la aplicación de medicamentos tipo Avastin o similares. Degeneración macular con inyecciones. Medicamentos a cargo del paciente con arancel preferencial. Incluye honorarios de médicos habilitados 100% de cobertura.

6.1.1.31. Monitoreo cardiológico intraoperatorio.

6.1.1.32. Monitoreo fetal. Analgesias en partos, cesáreas y otros procedimientos quirúrgicos. Cobertura para el titular y su cónyuge, de acuerdo al punto 8. Maternidad

6.1.1.33. Nefrología: Consultas. Procedimientos quirúrgicos indicados. Procedimientos por vía endoscópica cobertura del 80%. Incluye honorarios de médicos habilitados. Materiales descartables y medicamentos según Apartado de Internaciones Clínicas/Quirúrgicas, en los procedimientos requeridos.

6.1.1.34. Neumología.

6.1.1.35. Nutricionista. Nutrición en adultos y niños. Consultas en consultorios y en internaciones hasta 6 (seis) /beneficiario/año.

6.1.1.36. Nutriólogo, adulto y pediátrico (médico) Consultas en consultorios e interconsultas hasta 6 (seis) /beneficiario/año.

6.1.1.37. Oftalmología: Oftalmología (Adultos y Niños): Consultas en horario normal, de urgencia e interconsultas; forman parte de la consulta: estudio de fondo de ojo con oftalmoscopia indirecta y/o lente de Goldman y la toma de presión, Gonioscopia; Cirugías: Cataratas con implante de lente intraocular (lente LIO hasta \$ 700.000 y sustancia viscoelástica sin cobertura) y facoemulsificación para cataratas, una cirugía de miopía por grupo familiar. Honorarios de médicos habilitados 100% de cobertura. Uso de equipo de faco y microscopio por los centros habilitados de la Aseguradora; glaucoma; chalazion; heridas penetrantes simple del globo ocular; Cuerpo extraño corneal, conjuntival, Heridas de Párpado; enucleación 100% cobertura honorarios médicos habilitados según agenda de Profesionales; Lavado de vías lagrimales; cauterización de saco lagrimal (quirófano) con anestesia general, heridas penetrantes complicadas del globo ocular; sutura conjuntiva; inyección retrobulbar; heridas de vías lagrimales; Crosslinking: honorarios y medicamento 70% de cobertura. Biometría oftálmica, Pterigión (injerto cargo paciente).

6.1.1.38. Oncología (Adultos y Niños): Cirugías cuando el carcinoma se refiere a tumores sólidos y solamente en el primer acto quirúrgico el 100% de cobertura, 50% de cobertura en el segundo acto quirúrgico y en el tercer acto quirúrgico 25% de cobertura; honorarios médicos con quimioterapia (adultos y niños) hasta 8 (ocho) sesiones por evento por beneficiario por año.

6.1.1.39. Otorrinolaringología: incluye consultas, estudios, cirugías y/o procedimientos indicados endoscópicos tendrán una cobertura del 80%. Turbinectomía, septumplastia. Los splits nasales y el diábolo se incluirán dentro de la cobertura de medicamentos y descartables.

6.1.1.40. Otoneurología: consultas, estudios. Oído BERA- estudio completo del oído, Audiometría.

6.1.1.41. Pediatría y Neonatología, Inspección Médica en general. Incluye: Inyecciones, vacunas y su aplicación en vacunatorio del sanatorio cabecera de la Prestadora de servicios (en caso de contar con uno) o el que sea determinado por la prestadora para proveer el servicio, con las vacunas que son las obligatorias y provistas por el Ministerio de Salud Pública, según la disponibilidad de este último (listado enunciativo no limitativo) sin cargo para el asegurado, tales como: BCG, SABÍN, ANTITETÁNICA, ANTISARAMPIONOSA, TRIPLE, DPT, HEPATITIS, MENINGITIS Y ANTIAMARILICA, conforme a la edad establecida por el Ministerio de Salud, como así también las vacunas para el tratamiento de ASMA hasta 10 por grupo familiar, como también las vacunas contra la influenza, varicela, hepatitis, con cobertura del 100% (cien por ciento) para el beneficiario titular, su grupo familiar y adherentes.

6.1.1.42. Podología: tratamiento de uña encarnada, pie de atleta u otras patologías.

6.1.1.43. Proctología.

6.1.1.44. Psicología: hasta 15 consultas/beneficiario/año y test básicos de la especialidad.

6.1.1.45. Psicopedagogía, hasta 24 sesiones/año.

6.1.1.46. Psiquiatría: consultas en horario normal y de urgencias e interconsultas en consultorios y/o sanatoriales hasta 12 consultas/beneficiario/año.

6.1.1.47. Rehabilitación neurológica.

6.1.1.48. Rehabilitación cardiológica. Cobertura del 100% en las primeras 10 sesiones y las siguientes sesiones con 50% a cargo del proveedor adjudicado

6.1.1.49. Reumatología clínica: consultas en horario normal y de urgencias e interconsultas en consultorios y/o sanatoriales.

6.1.1.50. RPG e Hidroterapia hasta 10 (diez) sesiones por evento/beneficiario/año. Las siguientes sesiones con 50% a cargo del paciente. Láser y ondas de choque cargo paciente, con arancel preferencial.

6.1.1.51. Toxicología (se excluye en caso de adicciones).

6.1.1.52. Traumatología y Ortopedia (clínica y quirúrgica), Artroscopia de rodilla y menisectomía 100%. Otras artroscopías 80%. Infiltraciones.

6.1.1.53. Urología, consultas y procedimientos indicados: Endoscopia urológica, RTU de próstata y vejiga 100%. Otras Cirugías endoscópicas 80%. Urodinamia 80%.

▮ LAS ATENCIONES EN ESPECIALIDADES QUE NO FIGURAN EN EL LISTADO PRECEDENTE Y QUE NO SE ENCUENTREN EXCLUIDAS, SE AJUSTARÁN A LOS TÉRMINOS DEL CONTRATO; ES DECIR, COBERTURA TOTAL 100% EN HONORARIOS PROFESIONALES, EN CONSULTORIOS E INTERNACIONES.

Listado de profesionales en las distintas especialidades: Se tendrá en cuenta la cantidad mínima requerida por cada especialidad.

ITEM	ESPECIALIDAD	CANTIDAD MÍNIMA REQUERIDA
1	ALERGIA E INMUNOLOGIA CLÍNICA	7 (SIETE)
2	ANATOMIA PATOLÓGICA	7 (SIETE)
3	ANESTESIOLOGIA, INCLUYE ANALGESIA EN PARTOS.	10 (DIEZ)
4	ALERGIA PEDIÁTRICA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA	3 (TRES)

5	CARDIOLOGÍA	10 (DIEZ)
6	CARDIOLOGÍA INFANTIL	2 (DOS)
7	CIRUGIA CARDIACA	3 (TRES)
8	CIRUGIA DE MANO	2 (DOS)
9	CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	1 (UNO)
10	CIRUGIA NEUROLOGICA	3 (TRES)
11	CIRUGIA ONCOLOGICA	3 (TRES)
12	CIRUGIA INFANTIL	5 (CINCO)
13	CIRUGIA PLASTICA REPARADORA	3 (TRES)
14	CIRUGIA TORAXICA	3 (TRES)
15	CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	1 (UNO)
16	CIRUGIA VIDEOLAPAROSCOPICA	2 (DOS)
17	CIRUGIA Y UROLOGIA PEDIATRICA	5 (CINCO)
18	CIRUGIA GENERAL MAYOR, MENOR O MEDIANA	20 (VEINTE)
19	CIRUGIA MAXILOFACIAL	1 (UNO)
20	CLINICA MEDICA	20 (VEINTE)
21	COLOPROCTOLOGIA	3 (TRES)
22	DERMATOLOGIA	10 (DIEZ)
23	DERMATOLOGIA INFANTIL	2 (DOS)

24	DIABETOLOGIA	5 (CINCO)
25	ENDOCRINOLOGIA	5 (CINCO)
26	ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	1 (UNO)
27	FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGÍA AMBULATORIA (CON CENTROS)	5 (CINCO)
28	FLEBOLOGIA	6 (SEIS)
29	FONODIOLOGIA-FONIATRA	4 (CUATRO)
30	GASTROENTEROLOGIA	10 (DIEZ)
31	GASTROENTEROLOGIA INFANTIL	2 (DOS)
32	GERIATRIA	3 (TRES)
33	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	25 (VEINTICINCO)
34	GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL	2 (DOS)
35	HEMATOLOGIA	3 (TRES)
36	HEMATOLOGIA PEDIATRICA	1 (UNO)
37	HEMOTERAPIA	2 (DOS)
38	HEPATOLOGIA	1 (UNO)
39	INFECTOLOGIA.	3 (TRES)
40	INFECTOLOGIA PEDIATRICA.	1 (UNO)
41	MASTOLOGIA	4 (CUATRO)

42	MEDICINA FAMILIAR	1 (UNO)
43	NEFROLOGIA	5 (CINCO)
44	NEUROLOGIA	5 (CINCO)
45	NEUROLOGIA PEDIATRICA	4 (CUATRO)
46	NEUMOLOGIA ADULTOS	10 (DIEZ)
47	NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	2 (DOS)
48	NEONATOLOGIA	2 (DOS)
49	NUTRICIONISTA: HONORARIOS POR NUTRICION ENTERAL Y PARENTERAL	5 (CINCO)
50	NUTRIÓLOGÍA	2 (DOS)
51	OFTALMOLOGIA	10 (DIEZ)
52	OFTALMOLOGIA PEDIATRICA	2 (DOS)
53	ONCOLOGIA CLINICA	5 (CINCO)
54	ONCOLOGIA PEDIATRICA	1 (UNO)
55	OTONEUROLOGIA ESTUDIOS	1 (UNO)
56	OTORRINOLARINGOLOGIA	10 (DIEZ)
57	PATOLOGIA TGI Y COLPOSCOPIA	1 (UNO)
58	PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA	20 (VEINTE)
59	PERINATOLOGÍA	1 (UNO)

60	PODOLOGÍA	1 (UNO)
61	PSICOLOGIA CLINICA	5 (CINCO)
62	PSICOLOGIA INFANTIL	5 (CINCO)*
63	PSICOPEDAGOGIA	5 (CINCO)
64	PSIQUIATRIA	3 (TRES)
65	TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	10 (DIEZ)
66	TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA INFANTIL	2 (DOS)
67	TOXICOLOGIA CLINICA	2 (DOS)
68	REUMATOLOGIA	5 (CINCO)
69	UROLOGIA	10 (DIEZ)
70	UROLOGIA INFANTIL	2 (DOS)

Todas las especialidades deberán contar con profesionales que cuenten con 5 años de experiencia o más en la especialidad, de reconocida capacidad e idoneidad.

6.2 CONSULTAS AMBULATORIAS.

Deberán estar habilitados para consultas en consultorio, sin cargo para el beneficiario, todos los médicos propuestos en el llamado, conforme a la guía de profesionales de la Prestadora de Servicios.

El beneficiario, su grupo familiar y adherentes global podrán consultar con un profesional de la salud que no pertenezca al plantel de profesionales adheridos a la Prestadora de Servicios, hasta 12 (doce) veces por año, y la cobertura se realizará por el sistema de reembolsos hasta ₡ 150.000 (guaraníes ciento cincuenta mil) por consulta.

La solicitud de reembolso por parte del beneficiario, podrá efectuarlo hasta 30 días posteriores a la consulta y el pago o reembolso se realizará dentro de los 30 días posteriores a la solicitud de reembolso.

6.3 HONORARIOS MÉDICOS EN INTERNACIONES CLÍNICAS Y/O QUIRÚRGICAS.

Los honorarios de los profesionales médicos indicados en la guía de prestadores y que atiendan a beneficiarios internados para los casos clínicos y/o quirúrgicos estarán a cargo de la prestadora de servicios, con cobertura del 100%.

En el caso de que el médico tratante, el paciente o el responsable de este, requiera la presencia de otro profesional integrante del plantel médico, como interconsultante, estará a cargo de la Prestadora de Servicios _hasta 6 visitas por interconsultante por evento, conforme a la práctica y a la ética médica, y sus aranceles deberán estar ajustados a lo estipulado por las sociedades respectivas. Si el paciente o el responsable de éste, requiera la presencia de un profesional interconsultante, que no sea integrante del plantel médico de la Prestadora, la misma se hará cargo de hasta 3 (tres) visitas hasta el monto estipulado por las sociedades respectivas y por sistema de reintegro y la diferencia, si hubiere, correrá por cuenta del beneficiario.

La presencia del médico clínico, cardiólogo, pediatra o de cualquier otra especialidad en la sala de operaciones, cuando se requiera será con cobertura total a cargo de la prestadora de servicios. El pedido debe ser realizado por el cirujano interviniente.

Honorarios de los anestelistas según lista de prestadores habilitados, estarán cubiertos para cirugías y en estudios de diagnóstico.

Honorarios médicos del equipo médico quirúrgico en las cirugías videolaparoscópicas (apéndice, hernia, vesícula, patologías de ovario, endometriosis 100%, artroscopia de rodilla y menisectomía 100%. Otras artroscópicas 80%.

Honorarios médicos en cirugías oncológicas hasta en el primer acto quirúrgico el 100% de cobertura, 50% de cobertura en el segundo acto quirúrgico y en el tercer acto quirúrgico 25%.

Honorarios del equipo quirúrgico para cirugías plásticas reparadoras funcionales, exclusivamente para casos de accidentes y/o casos traumáticos ocurridos durante la vigencia el presente contrato

Honorarios del patólogo en biopsias de materiales pequeños, medianos y grandes, incluyen biopsias extemporáneas y por congelamiento.

Los honorarios de los hemoterapeutas serán cubiertos hasta un máximo de 7 (siete) transfusiones por evento. Honorarios por la asistencia operatoria cuando el caso lo requiere.

En el caso de atención obstétrica del parto normal, el equipo estará integrado por el ginecólogo, el pediatra y el anestesta. En los casos de parto por cesárea el equipo estará integrado por el ginecólogo, un ayudante, el pediatra, el hemoterapeuta y el anestesta.

En los casos de internaciones en la U.T.I., la atención estará a cargo del coordinador de la Unidad y/o terapeuta habilitado por la Prestadora de Servicios.

Honorarios profesionales de intervenciones quirúrgicas de patologías crónicas, congénitas, cobertura de honorarios de la 1° y 2° cirugía 100% y la tercera con 50%, otras con arancel a cargo del asegurado.

Honorarios profesionales de intervenciones quirúrgicas de patologías crónicas, congénitas, preexistente o neoplásicas, cobertura de honorarios de la 1° y 2° cirugía 100% y la tercera con 50%, otras con arancel a cargo del asegurado.

Honorarios en cirugías de malformaciones congénitas 1° y 2°cirugía por: Pie bot, hidrocefalia (no incluye válvulas, ni materiales), ano in-perforado, hernias inguinales o inguino escrotales, labio leporino, criptorquidia, postectomía, estrechez de píloro, cataratas. Las siguientes con arancel preferencial.

Mastología- oncológicas por alta complejidad.

6.4 SERVICIOS SANATORIALES.

Los centros convencionales y los de alta complejidad, deberán reunir los requisitos mínimos exigidos por la Superintendencia de Salud, para las respectivas categorías.

La Prestadora de Servicios deberá tener habilitados sanatorios en la Capital, Central e Interior del país, o en su defecto copia de comprobante de mesa de entrada como prueba de que las habilitaciones se encuentra en trámite de habilitación.

En el caso de requerir alquiler de equipos (videolaparoscópicos y artroscópicos) a ser utilizados en cirugías, el mismo estará a cargo de la Prestadora de Servicios, así como los honorarios del anestesta.

6.4.1 SANATORIOS DE LA CAPITAL.

Cantidad mínima: 7 (siete), de los cuales:

- 4 (cuatro) centros de alta complejidad (nivel 3).
- 3 (tres) centros convencionales (nivel 2).

Todos deberán ser a libre elección de los beneficiarios dentro de la cartilla de prestadores propuesta por la Prestadora de Servicios.

Los centros convencionales (nivel 2) y los de alta complejidad (nivel 3), deberán reunir los requisitos mínimos exigidos por la Superintendencia de Salud.

De los centros de Nivel 3 es necesario que uno se encuentre dentro de un radio de 5 km de las instalaciones de la Contraloría General de la República.

Dos de los sanatorios de Asunción Nivel 3 deberán contar dentro de sus instalaciones los siguientes servicios: Unidad de Terapia Intensiva, Centro de especialidades cardiológicas, equipo de tomografía y de resonancia magnética, así como también por lo menos 1 de ellos debe contar con centro de especialidad pediátrica, Servicio de Hemodinamia, Unidad de Medicina Transfusional y Unidad Coronaria, todas estas unidades de atención deberán estar habilitados por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

En caso que no exista disponibilidad de alta complejidad en Sanatorio de la prestadora, el traslado del paciente se realizará a otro del mismo nivel.

La Prestadora garantizará durante todo el plazo de prestación del servicio la provisión de como mínimo los siguientes centros habilitados por el MSP y BS o, en su defecto, comprobante de mesa de entrada como prueba de que las habilitaciones se encuentran en trámite de renovación.

6.4.2 CENTROS ASISTENCIALES EN CENTRAL E INTERIOR DEL PAÍS.

Con relación a los sanatorios habilitados para ciudades periféricas y el interior del país, se podrán presentar sanatorios que cuenten con la categorización del MSP y BS Nivel 1 y también aquellos que se encuentren habilitados por el mismo, aunque no cuenten con la categoría requerida.

Se deberá incluir 2 (dos) sanatorios de nivel 3 como mínimo, en el departamento Central.

Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y estudios por imágenes, en las ciudades circunvecinas de la capital y principales ciudades departamentales, de conformidad a lo establecido en este Contrato.

Para estos centros asistenciales, la cobertura de los servicios, deberá ser idéntica a la aplicable en la capital, conforme a las especificaciones técnicas.

Si la Prestadora de Servicios no cuenta con sanatorios propios o tercerizados en determinadas ciudades deberá proceder al reintegro o reembolso total de los gastos en que incurrió el beneficiario de acuerdo a la cobertura establecida, dentro de los límites del contrato como máximo a los quince días hábiles de presentadas las facturas respectivas al proveedor adjudicado.

Para las internaciones, la Prestadora de Servicios deberá habilitar los centros asistenciales con las coberturas respectivas en los lugares que se citan a continuación y que son mínimas:

ITEMS	CIUDAD	CANTIDAD MINIMA REQUERIDA
1	ASUNCION	7 (SIETE)
2	SAN LORENZO	2 (DOS)
3	FERNANDO DE LA MORA	1 (UNO)
4	LUQUE	1 (UNO)
5	ÑEMBY	1 (UNO)
6	LAMBARE	1 (UNO)
7	CAACUPE	1 (UNO)
8	EUSEBIO AYALA	1 (UNO)
9	CAAGUAZU	1(UNO)
10	CORONEL OVIEDO	1 (UNO)

11	VILLARRICA	2 (DOS)
12	CIUDAD DEL ESTE	2 (DOS)
13	CONCEPCION	1(UNO)
14	SAN ESTANISLAO	1(UNO)
15	VILLA HAYES	1(UNO)
16	LOMA PLATA	1(UNO)
17	CAAZAPA	1(UNO)
18	ENCARNACION	2 (DOS)
19	SAN JUAN BAUTISTA	1(UNO)
20	SAN IGNACIO	1(UNO)
21	PARAGUARI	1(UNO)
22	PILAR	1(UNO)
23	PEDRO JUAN CABALLERO	1 (UNO)
24	SALTOS DEL GUAIRA	1 (UNO)
25	SAN PEDRO DEL YKUAMANDYJU	1 (UNO)

Observación: Si durante la vigencia del contrato el proveedor adjudicado ya no contase con la cantidad mínima requerida de prestadores en las ciudades detalladas en el listado los servicios, y previa comunicación a la CONTRATANTE sobre la terminación del contrato, la cobertura se dará por el sistema de reintegros hasta los límites exigidos en el contrato, como máximo a los quince días hábiles de presentadas las facturas respectivas al proveedor adjudicado.

Siempre que se garantice la prestación efectiva y oportuna de los servicios de salud se podrá acreditar un sanatorio ubicado en localidades vecinas a Lambaré dentro de un radio aproximado de 10 km.

6.5 INTERNACIONES CLÍNICAS/QUIRÚRGICAS EN SALA NORMAL.

Cobertura de medicamentos y descartables para internaciones clínicas, quirúrgicas, partos y cesáreas (cobertura de

maternidad, solo para titular y cónyuge, remitirse al punto 8), por valor de ₡ 20.000.000 (veinte millones), por evento y en todo concepto para el beneficiario titular.

Cobertura de medicamentos y descartables para internaciones clínicas, quirúrgicas, partos y cesáreas (cobertura de maternidad, solo para titular y cónyuge, reglamentado en el punto 8), por valor de ₡ 13.000.000 (trece millones), por evento y en todo concepto, para el grupo familiar del titular y, se entiende cónyuge, hijos hasta los 23 años y discapacitados sin límite de edad y padres que no sean adherentes pagos.

Se incluyen dentro de los descartables:

Apósitos, vendas, jeringas, algodón, sondas nasogástricas, vesicales, cánulas de intubación, baja lenguas, macro y micro goteros, guantes de látex, guantes estériles, gasas, frascos y bolsas recolectoras de fluidos.

La cobertura deberá ser inmediata en los SANATORIOS habilitados por la Prestadora de Servicios, a libre elección del asegurado y/o del médico tratante. Las internaciones se realizarán en los sanatorios del listado de prestadores en convenio de la Prestadora de Servicios, en habitaciones individuales que cuentan con: baño privado, teléfono, T.V. color con sistema de cable, aire acondicionado, cama para el acompañante. Incluye, además, dieta oral convencional del paciente indicado por el médico tratante, dieta enteral (preparados nutricionales hasta ₡ 1.200.000 y parenteral, en caso de ser necesario y de acuerdo a las indicaciones de los profesionales (preparados nutricionales hasta 03 días), servicio de enfermería y médicos de guardia del sanatorio, oxigenoterapia en sala hasta ₡ 6.000.000 (seis millones), por evento).

Deberán estar cubiertos todos los medios auxiliares de diagnóstico, medicina por imágenes y servicios laboratoriales, según listado de coberturas contempladas en los anexos de estudios laboratoriales y de medicina por imágenes, pensión sanatorial, derechos operatorios y honorarios médicos, (cobertura de maternidad, solo para titular y cónyuge, remitirse al punto 8).

Todas las ordenes de internación deberán estar emitidas y/o solicitadas por un profesional médico del listado de prestadores en convenio y/o tratante.

Los derechos operatorios de las cirugías autorizadas por la Prestadora de Servicios tendrán una cobertura de 100%, salvo aquellas expresamente excluidas.

Las internaciones serán cubiertas hasta un máximo de 30 (treinta) días por evento. Deben estar cubiertos, con cobertura del 100%, los derechos operatorios en todo tipo de internaciones e intervenciones quirúrgicas cubiertas, así como la utilización de: electrocardiógrafo, rayos x del sanatorio, monitor fetal, videolaparoscopia, cuna térmica, servicio de incubadora, carpa de oxígeno, luminoterapia convencional, monitor, colchón de agua/aire, incubadora de transporte, saturador de oxígeno, artroscopia, oxígeno terapia hasta ₡ 6.000.000 (seis millones).

Las prótesis, materiales y dispositivos intracorpóreos solicitados por el médico tratante (inclusive en Alta Complejidad), podrán ser proveídos por el beneficiario bajo su exclusiva responsabilidad. En ningún caso la prestadora y/o los sanatorios, impondrán ninguna disposición que obligue a la adquisición de los mismos de un proveedor determinado que implique mayor costo para el beneficiario.

Si un beneficiario se encuentra en una situación que signifique compromiso inmediato y severo de sus signos vitales, podrá buscar auxilio en centro más cercano habilitado o no. Estos casos comprenden los derivados de accidentes de tránsito, primeros auxilios, parto y otras urgencias. Ocurrido el episodio se deberá comunicar a la Prestadora de Servicios dentro de las 24 horas. La Prestadora de Servicios se deberá hacer cargo del paciente, asumiendo todos los gastos hasta el límite de las coberturas e indicando su traslado o continuidad en dicho centro, incluyendo el servicio de ambulancia.

6.6 TERAPIA INTENSIVA, TERAPIA INTERMEDIA, INCUBADORA Y LUMINOTERAPIA (ADULTOS Y NIÑOS).

Tiempo de internación: durante 25 (veinticinco) días por cada evento.

Servicios cubiertos: Honorarios profesionales del jefe del servicio y médicos de guardia, dieta oral convencional del paciente indicado por el médico tratante, dieta enteral (preparados nutricionales hasta ₡ 1.200.000) y parenteral (en caso de ser necesario y de acuerdo a las indicaciones de los profesionales con cobertura de preparados hasta 4 días) equipos propios de la U.T.I., cuidado de enfermería y todos los medios auxiliares de diagnóstico, incluidos medicina por imágenes y servicios laboratoriales y radiológicos según anexo de estudios laboratoriales y anexo de medicina por imágenes. Oxígeno terapia hasta ₡ 6.000.000 (seis millones) por evento. Uso incubadora y Luminoterapia dentro de los límites de terapia intensiva.

A partir del día 26 (veintiséis) la cobertura será del 50% (cincuenta) por ciento, a cargo del beneficiario y el 50 % (cincuenta por ciento) restante a cargo de la Prestadora de Servicios y hasta un total de 40 días, en concepto de: pensión sanatorial, uso de equipos de la unidad, honorarios médicos del terapeuta y médicos de guardia y estudios auxiliares necesarios según anexos correspondientes.

Se deberá permitir el ingreso del paciente a Terapia Intensiva o Intermedia, sin el previo depósito de una garantía o aval de esa naturaleza; sin embargo, una vez agotada la cobertura, la prestadora de servicios podrá obrar según corresponda.

Cobertura de medicamentos, descartables hasta ₡ 30.000.000 (treinta millones) por evento, por beneficiario.

Se incluyen dentro de los descartables:

Apósitos, vendas, jeringas, algodón, sondas nasogástricas, vesicales, mascarillas, cánulas de intubación, baja lenguas, macro y micro goteros, guantes de látex, guantes estériles, gasas, frascos y bolsas recolectoras de fluidos.

Desde el primer día de internación el sanatorio deberá proveer a solicitud del grupo familiar, un extracto detallado de los descartables, medicamentos, consultas, y cualquier otro gasto que fuese imputado a la línea de crédito del paciente, en un plazo máximo de 24 (veinticuatro) horas a pedido del solicitante.

En caso que el paciente cuente con seguro del Instituto de Previsión Social y se encuentre internado en el sanatorio de cabecera, el proveedor podrá autorizar el ingreso de medicamentos y otros insumos, equipos y dispositivos de tratamientos mediante el documento expedido por el IPS, según Política del Sanatorio habilitado por la prestadora.

6.7 SERVICIOS DE URGENCIAS.

Debe estar integrado por profesionales capacitados en los servicios asistenciales indicados por la Prestadora de Servicios. Cuando el caso lo requiere deberá contarse con la asistencia de: cirujanos, obstetras, pediatras o cualquier otro especialista según sea el evento, las 24 hs. y todos los días, aún domingos y feriados, para adultos y niños. Además de los mismos se deberá convocar en caso que el médico de guardia lo requiera, a cualquier otro profesional de la subespecialidad necesaria en la mayor brevedad posible.

Cobertura de medicamentos y material descartable utilizado en urgencia con cobertura de 100%.

Disponer ambulancias para todo tipo de traslado (baja, mediana y alta complejidad), con unidad coronaria móvil. Estos servicios deben incluir honorarios médicos y derechos de urgencia.

La Prestadora de Servicios, proveerá atención médico-quirúrgica derivada de accidentes, incluyendo los derivados de eventos deportivos, que no sean de alto riesgo, según coberturas estipuladas.

Se incluye la cobertura de antibióticos en casos de servicios de urgencia donde estos sean indicados al paciente. Se refiere a la primera dosis de antibiótico inyectable, indicado por el Médico de Guardia.

Los siguientes procedimientos en los servicios de urgencia, como suturas o cirugía menor y/o mediana, curaciones, extracción de cuerpos extraños, extracción de uña encarnada, enyesados simples, drenajes de abscesos o hematomas, taponamiento nasal, descubierta venosa, sondaje vesical, lavado de oído, lavado gástrico, traqueotomía, subclavia, con los correspondientes servicios de enfermería, tendrán una limitación de hasta un máximo de 5 (cinco) eventos por beneficiario por año.

Todos los equipos propios del servicio de urgencia deben estar dentro de la cobertura.

6.8 SERVICIOS AMBULATORIOS.

Se entiende por servicios ambulatorios, aquellos prestados sin internación del beneficiario y que se realizan en sala de procedimientos o sala de urgencias de los sanatorios habilitados tales como curaciones posoperatorias, cambio de sonda vesical, procedimientos dermatológicos y gastroenterológicos según siguiente detalle:

6.8.1 Extracción de cuerpos extraños de tubo digestivo.

6.8.2 Esclerosis de lesiones sangrantes tubo digestivo.

6.8.3 Papilotomía.

6.8.4 Colangiopancreatografía retrógrada.

6.8.5 Electrocoagulación de lesión sangrante.

6.8.6 Polipectomía.

Para procedimientos post quirúrgicos: tendrán cobertura curaciones, extracción de puntos, suturas, control, con 100% de cobertura en los Centros habilitados.

La cobertura Medicamentos y descartables hasta \$ 1.200.000 (guaraníes un millón doscientos mil) para los procedimientos gastroenterológicos; hasta \$ 150.000 en procedimientos dermatológicos y 30% a cargo del abonado en curaciones programadas, cambios de sonda vesical, cambio de gastrostomía y otros no considerados de urgencia.

Deberán encontrarse habilitados para consultas en consultorio, sin cargo para el beneficiario, todos los médicos propuestos en el llamado y acreditados en la guía de profesionales de la Prestadora de Servicios, salvo casos de fuerza mayor en que algún profesional deba ser reemplazado, en cuyo caso se le comunicará a la contratante por escrito.

La Prestadora de Servicios cubrirá los honorarios profesionales en consultorios para tratamientos clínicos, estudios (según anexos) y/o procedimientos quirúrgicos de carácter ambulatorio (excepto los excluidos) y en casos de internaciones sean estas clínicas y/o quirúrgicas en las especialidades indicadas, sean accidentales o no y los derivados de actividades deportivas, que no sean las de alto riesgo; incluyendo instrumentales y equipos propios de los sanatorios habilitados,

tanto en diagnóstico o tratamiento.

6.9 OTROS SERVICIOS CUBIERTOS

6.9.1 Cirugía General y videolaparoscopia: mayor, mediana, menor. Adultos y pediátrica. Convencionales y no convencionales. Cirugía video laparoscópica (uso del video sin cargo para el asegurado) de vesícula, hernia, apéndice, ginecológicas y endometriosis y artroscópico honorarios médicos y anestesta. Cualquier otra cirugía que pueda realizarse por este medio, honorarios médicos y anestesta 100%. En cualquiera de los casos el uso del equipo e instrumentales podrá realizar dicho procedimiento será sin cargo para el beneficiario.

6.9.2 Deben estar cubiertos, con cobertura del 100%, todos los honorarios para procedimientos, además de los derechos operatorios en todo tipo de internaciones e intervenciones quirúrgicas (excepto las excluidas), incluyendo todos los equipos necesarios para llevar adelante los procedimientos quirúrgicos-intervenciones y que sean de propiedad de los Centros Habilitados, como: utilización de electrocardiógrafo, ecógrafos, rayos X, colchones de aire-agua, monitor cardíaco, monitor fetal, cuna térmica, carpa de oxígeno, tomógrafo, ecocardiógrafo, Bomba de contra pulsación intraaórtica, saturador de oxígeno, Equipo de video Endoscopio, Equipo de video laparoscopia, Equipo de Artroscopia, Microscopio, bomba de Infusión, Litotriptor, Incubadora de transporte, Equipo de gasto cardíaco, Gastos de traslado de equipos y recargos por fuera de hora. El listado es limitativo y los equipos no detallados y que sean de propiedad de los profesionales o deban ser alquilados, no gozarán de cobertura por parte de la Prestadora de Servicios.

6.9.3 Diabetología Endocrinología (Consultas y elaboración de dietas, por prescripción médica no estética).

6.9.4 Diálisis/Hemodiálisis en insuficiencia renal aguda hasta 6 (seis) por año, por beneficiario.

6.9.5 Ejercicios de rehabilitación vestibular hasta 10/beneficiario/año.

6.9.6 Electrocardiograma de reposo y de esfuerzo (ergometría), Holter, SlecsMidi (esp. Reinyección) gatillado, electroencefalograma, audiometrías, ultrasonográficos, con cobertura total a cargo de la Prestadora y/o Centro Asistencial.

6.9.7 Endocrinología, Nutrición incluye consultas y tratamientos, dietas por prescripción médica no estética, además de las necesarias en caso de los recién nacidos.

6.9.8 Estudios anatomopatológicos (Punciones y biopsias de tejidos y órganos), Punciones en general, (incluyendo los procedimientos de tomas de muestras y el análisis respectivo de la misma). Estudios de materiales pequeños, medianos y grandes; incluye biopsias extemporáneas.

6.9.9 Examen médico preventivo anual a solicitud del beneficiario, que incluya examen clínico, análisis de rutina, rayos x de tórax, ECG, y para mujeres estudio de PAP y mamografía tendrá una cobertura total sin costo para el beneficiario. También deberá incluirse los estudios solicitados para el chequeo escolar.

6.9.10 Honorarios por Transfusionista Hemoterapia Incluye Serología, hasta 7 (siete) sesiones por beneficiario/año.

6.9.11 La detección del Virus de Papiloma Humano (HPV).

6.9.12 Las demás entidades clínicas y tratamientos están cubiertos, como crisis hipertensivas, crisis asmática, reacciones alérgicas, intoxicación en niños, lupus, anginas de pecho, infarto del miocardio, accidente cerebro vascular, descompensaciones diabéticas, entre otras, conforme a las condiciones del presente contrato.

6.9.13 Malla quirúrgica hasta Gs 1.500.000 (guaraníes un millón quinientos mil).

6.9.14 Mapeo ambulatorio de la presión arterial sin costo para el BENEFICIARIO (se refiere al titular, grupo familiar y adherente).

6.9.15 Nebulizaciones hasta 10 (diez) por evento, conforme a indicación médica, servicio de enfermería, toma de presión arterial, medicamentos y materiales/descartables establecido para cada servicio.

6.9.16 Oftalmología. Ejercicios ortópticos y pleópticos.

6.9.17 Procedimientos endoscópicos, con endoscopios rígidos (videoendoscopios, uroscopios, etc.) y flexibles (fibroscopios), con fines de diagnóstico (según anexos), cirugía o tratamiento, incluyendo honorarios médicos y de anestesta, y extracción de cuerpos extraños en tubos digestivos, esclerosis de lesiones sangrantes, electrocoagulación, papilotomía, polipsectomía y ERCP, uso de equipos y videos. Ecoendoscopías y cápsulas endoscópicas con arancel preferencial a cargo del beneficiario.

6.9.18 Quemaduras en general hasta el 35 % de la superficie corporal, más del 35% será considerada de alta complejidad, conforme a las limitaciones establecidas en el presente PBC, y en el caso que sea necesario y a indicación médica, el evento podrá ser trasladado y tratado en una entidad pública y exclusiva para su atención.

6.9.19 Tratamiento con quimioterapia (adultos y niños) cobertura en los siguientes conceptos: medicamentos no oncológicos, oncológicos, reactivos, contrastes, sustancias radioactivas hasta los Gs. 30.000.000 de alta complejidad por

evento, por beneficiario, por año. Derecho a sala con cobertura del 100% conforme al ítem 13 alta complejidad.

6.9.20 Tratamiento con radioterapia (adultos y niños) cobertura en los siguientes conceptos: medicamentos no oncológicos, oncológicos, reactivos, contrastes, sustancias radioactivas hasta los Gs. 30.000.000 de alta complejidad por evento, por beneficiario, por año. Derecho a sala con cobertura del 100% conforme al ítem 13 alta complejidad.

6.9.21 Urología, consultas, endoscopía urológica y quirúrgica, cirugías incluyendo postectomía por fimosis congénita R.T.U. de próstata, (litotripsia ultrasónica, litotripsia endoscópica y litotripsia extracorpórea 80%). El uso de catéteres doble J y los materiales o insumos que el facultativo solicite, dentro de los límites establecidos para medicamentos y materiales descartables, en procedimientos quirúrgicos.

6.10 SERVICIOS DE AMBULANCIA.

La Prestadora de Servicios brindará el Servicio de Ambulancia a través de empresas de reconocida capacidad y solvencia para el traslado dispuesto por el médico tratante o el personal de la ambulancia, dentro de todo el territorio nacional; así mismo, este servicio deberá contar con Unidades Móviles de Unidad Coronaria.

El traslado en ambulancia desde el interior del país para los casos considerados de emergencia y/o urgencia, será a cargo de la Prestadora, para todos los beneficiarios. La comunicación deberá ser realizada por el Médico a cargo del paciente directamente a la Administración de la Prestadora.

Dicha cobertura comprende:

6.10.1 Atención de urgencia y/o emergencias.

6.10.2 Traslados desde o hasta el Sanatorio, de baja, mediana y alta complejidad en casos de urgencia/emergencia.

6.10.3 Electrocardiograma a domicilio.

6.10.4 Medicamentos y descartables utilizados en la urgencia y/o emergencia.

6.10.5 Dichos servicios serán sin cargo para los beneficiarios, las 24 horas, incluyendo domingos y feriados.

6.10.6 Hasta 5 traslados por beneficiario/año para casos de pacientes encamados que deban ir a consulta, curaciones, estudios o reciban el alta médica.

7. VISITAS DOMICILIARIAS.

Visitas con carácter no urgente a cargo del plantel del servicio de ambulancia. Estas visitas deberán realizarse en toda la zona de la capital y hasta un radio circundante de 30 kilómetros.

Debe también contemplarse la asistencia, para análisis, radiográficos con equipo portátil y electrocardiogramas, con cobertura total también a cargo de la Prestadora de Servicios, siempre que se compruebe fehacientemente que el paciente se halla imposibilitado de concurrir a los servicios mencionados.

8. DE LA MATERNIDAD.

La cobertura deberá ser en el parto vaginal y la cesárea, **para el beneficiario titular, su cónyuge**, de acuerdo a lo siguiente:

Honorarios de los médicos que pertenezcan al staff de la Prestadora de Servicios.

- Internación.
- Nursery.
- Derechos operatorios.
- Incubadora, luminoterapia (hasta el tope de internación en terapia intensiva).
- Medicamentos y materiales descartables de acuerdo a lo establecido para internaciones quirúrgicas, partos y cesáreas.
- Estudios laboratoriales y obstétricos según anexos.
- Oxigenoterapia. De acuerdo a lo establecido para internaciones clínicas, quirúrgicas y partos.
- Se deberán cubrir además los siguientes eventos: control de embarazo, aborto espontáneo, legrado, embarazo ectópico, mola, internaciones clínicas ligadas al curso del embarazo (Ej. Eclampsia, diabetes gestacional, hiperémesis gravídica).

8.1. PREMATUREZ

Entiéndase por cobertura de la prematuridad, aquellos gastos relacionados al diagnóstico y tratamiento de la misma: los

estudios se registrarán según anexos y las internaciones según el ítem correspondiente de internación en sala o UTI.

9. ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO.

Todos los estudios deberán ser solicitados por un profesional médico.

El uso de la sala de procedimientos, para la realización de estudios de diagnóstico, tendrá una cobertura del 100%. Incluye uso del equipo necesario (video), materiales descartables y/o insumos, anestesia, honorarios médicos y honorarios del anestesista, según lo estipulado para cada especialidad.

Los recargos por traslados de equipos a sanatorios o domicilios serán por cuenta de la Prestadora de Servicios.

9.1. MEDICINA POR IMÁGENES.

La especialidad comprende todos los métodos auxiliares de diagnóstico más abajo detallados que se efectúan mediante el registro impreso o fotográfico de imágenes efectuado en consultorios o centros especializados, con cobertura de gastos en forma integral en concepto de: honorarios médicos y del anestesista, medicamentos, materiales descartables, anestesia, sustancias de contraste (incluidos los pacientes alérgicos), sustancias radiactivas, a cargo de la Prestadora de Servicios.

Exámenes radiológicos simples o contrastados, invasivos y/o convencionales con cobertura total. Deberán realizarse en los institutos especializados habilitados por la Prestadora y a opción del beneficiario.

En caso que existan cambios en cualquiera de los centros contratados, deben ser reemplazados por otros de la misma categoría y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE con 48 hs. de anticipación.

LISTADO DE ESTUDIOS CUBIERTOS: Estudios con 100% de cobertura (incluye medicamentos, materiales descartables, anestesia, honorarios médicos y del anestesista).

Los estudios no detallados en el listado tendrán una cobertura del 60% (sesenta por ciento) a cargo de la Prestadora de Servicios.

Angioplastia transluminal percutánea arterial

Abdomen simple

Acufenometría

Angiografía carótida 2 lados

Angiografía carótida c-lado

Angiografía de miembro 1 lado

Angiografía de miembro 2 lados

Angiografía de cualquier miembro o parte del cuerpo

Angiografía digital 3D

Angioresonancia

Angiofluorescengrafía

Angiofluorescencinografía (ojos)

Antebrazo en todas las posiciones

Aortografía lumbar o abdominal

Apéndice

Árbol urinario simple

Arteriografía cerebral. 2 lados

Arteriografía cerebral. c- lado

Arteriografía selectiva (abdominal o tórax)

Arteriografía selectiva dos arterias

Arteriografía selectiva renal 1 lado

Arteriografía selectiva renal 2 lados

Audiometría

Autorefracción con ciclopejia

Biligrafina o colangiografía endovenosa

- Brazo en todas las posiciones
- Bronco grafía 2 lados
- Bronco grafía c/lado
- Cadera o pelvis en todas las posiciones
 - Campimetria computarizada
- Cavum
 - Cavum contrastado
 - Cistografía
- Clavícula en todas las posiciones
- Codo en todas las posiciones
- Colangiografía endovenosa (biligrafina)
- Colangiografía operatoria
- Colangiografía pos-operatoria
- Colangiografía retrograda con papilotomía
- Colangiografía retrograda simple
- Colangiografía trans-parientohepático
- Colecistografía oral
- Colon contrastado
- Colon doble contraste
- Colon por ingestión
- Columna cervical en todas las posiciones
- Columna dorsal o lumbar en todas las posiciones
- Columna panorámica (espinografía) en todas las posiciones
- Control radiológico en maniobras traumatológicas
- Costilla en todas las posiciones
- Colonoscopia
- Cráneo en todas las posiciones
 - Cráneo para ortodoncia
- Crioterapia
- Curva de presión ocular
- Dilatación (ciclopejia)
- Dedo 2 posiciones
- Dental en todas las placas
- Dental oclusal
- Dental seriado
 - Densitometría ósea
 - Ecobiometria ambos ojos
 - Electrocardiograma
 - Electroencefalograma
 - Electromiograma de 1 miembro
 - Electromiograma de 2 miembros
 - Electromiograma de 4 miembros

Electronistagmografia
Electronistagmografia/prueba vestibular
Endoscopía digestiva alta
ERCP
Ergometría
Esófago
Espirometria
Esternón en todas las posiciones
Examen de retina
Examen ortoptico
Fistulografía
Flebografía cada lado
Fondo de ojo
Galactografía bilateral previa mamografía
Galactografía bilateral sin placa simple
Galactografía c/lado c/previa mamografía
Galactografía sin placa simple 1 lado
Gasto cardiaco.
Histerosalpinnografia
Hombro en todas las posiciones
Holter de latidos
Impedanciometria
Intestino delgado o tránsito intestinal
Laparoscopia
Laringografía contrastada
Linfografía cada lado
Linfografía dos lados
Logaudiometria
Litotripsia por nefrostomía
Litotripsia uretral
Mama (pieza operatoria) p/placa
Mama (reperage para biopsia) p/placa
Mamografía en todos los lados
Mano en todas las posiciones
Mapeamiento de retina
Mastoide en todas las posiciones
Maxilar inferior en todas las posiciones
Maxilar inferior c/ortopantomografía
Mielografía s/ contraste ni especialista
Mielografía c/ contraste y con especialista
Muñeca en todas las posiciones
Muslo o fémur en todas las posiciones

Oclusión macular retiniana

Oclusión vascular retinal

Orbitas c/posición

Ortopantomografía

Otomicroscopia

Otoemisiones acústicas

PAP

Papilografía o video papilografía digital

Paquimetría (cada ojo)

Paquimetría de córnea AO

Penoscopia

Perimetría doble frecuencia

Perfil biofísico

Pet Scan: 50%, 01/grupo familiar/año.

Pies en todas las posiciones

Pielografía ascendente

Pielografía endovenosa o riñón contraste

Pierna en todas las posiciones

Potenciales evocados auditivos

Potenciales evocados auditivos cerebrales

Potenciales evocados somato sensitivos

Potenciales evocados visuales

Placa suplementaria

Pruebas vestibulares

Resonancia magnética nuclear: hasta 5/grupo familiar/año, y otras con cobertura del 50%.

Rectosigmoidoscopia

Rodilla en todas las posiciones

Saco lagrimal

Saco lagrimal (radio. como especialista)

Sacro-coxis en todas las posiciones

Scopia como complemento de examen c/T.V.

Scopia arco c por 1 hora

Scopia arco c por más de 1 hora

Senos faciales en todas las posiciones

Sialografía en todos los lados

Somnografía o Estudio del Sueño: 01 grupo familiar/año

Prick test para aeroalergenos y prueba para contrastes.

Spect-TAC. Hasta 1/grupo familiar/año

Timpanometría

Test alérgicos.

Tobillo en todas las posiciones

Topografía de córnea (bilateral)

Topografía óptica coherente
Tórax en todas las posiciones
Tránsito intestinal o intestino delgado
Transparieto-hepática
Uretrocistografía
Urograma de excreción
Vesícula simple

Ecocardiogramas y otros estudios cardiológicos

Eco doppler en general
Ecocardiograma c/doppler bidimensional
Ecocardiograma sin doppler
Eco-stress

Eco-stress con dobutamina Ecografías:

Ecografías Doppler en general

Ecografías Power Doppler en general
Ecografía abdominal
Ecografía de mamas
Ecografía de tiroides
Ecografía del bazo
Ecografía ginecológica y obstétrica

Ecografía morfológica Ecografía morfológica del 3°, 6° y 9° mes.

Ecografía hígado-vías biliares-vesícula
Ecografía intracavitaria c/residuo
Ecografía intra-operatoria
Ecografía oftálmica
Ecografía panencefálica
Ecografía prostática
Ecografía prostática intracavitaria
Ecografía renal
Ecografía 4D
Ecografía testicular
Ecografía transvaginal
Ecografía tridimensional
Ecografía de tejidos blandos
Punciones con control ecográfico
Tomografía axial computada/TAC o TCMS hasta 5 (cinco) por beneficiario/año
Angiotac
Tomografía computada de árbol urinario (URO TAC)
Tomografía Cone Beam dental

Medicina Nuclear 80%

Cámara-gamma (perfusión miocárdica con talio, tecnecio, S.P.E.C.T.)
Centellografía glándula salivar

Centellografía sangrado intestinal
 Centellografía cerebral
 Centellografía de tiroides o mapeo
 Ventriculograma isotópico
 Centellografía hepática
 Centellografía ósea
 Centellografía pulmonar
 Centellografía renal
 Centellografía testicular

RADIOTERAPIA: Hasta 6 sesiones/beneficiario/año.

Angiomas radiot. sup. d.t. 10 irrad. p/campo
 CA. cuello-cuerpo uter. lesión sola p/campo
 CA. cuello-cuerpo uter. más anexo
 Carcinoma de lengua lesión ganglionar anexo
 Carcinoma mamario b cobalto s/op. c/ cada ganglio. Carcinoma mamario cobalto solo tumor s/ cicat. Carcinoma pene lesión sola co. irrad. p/ campo
 Carcinoma pene más campo anexo r. gang
 Carcinoma vejiga cobalto irrad. p/ campo
 Carcinoma cutáneo epitel. d.t. 25 p/campo
 Carcinoma esofágico más campo anexo
 Carcinoma esofágico lesión sola cobalto
 Carcinoma laríngeo lesión sola cobalto
 Carcinoma laríngeo más campo anexo
 Carcinoma oral lesión gang. irrad. p/ campo
 Carcinoma oral más campo anexo
 Carcinoma pulmonar cobalto
 Carcinoma s/maxilar lesión sola cobalto
 Carcinoma s/maxilar más campo anexo
 Cicatriz queloide s/ aplicación
 Huesos (tumores) co. irrad. Por campo
 Linfomas co. irrad. nodalinfodiaf.
 Linfomas co. irrad. nodalsupradiaf. Linfomas co. irrad. nodal total
 Linfomas co. una región ganglionar
 Radioterapia antiinflam. prom. c/ aplic.
 Seminoma co. rad. prof. d.t. 50 irrad.nod.tot.

9.2. ESTUDIOS LABORATORIALES.

Estudios laboratoriales para pacientes ambulatorios e internados, con cobertura total; según anexo.

Este servicio debe estar habilitado todos los días durante las 24 horas del día y deberá cubrir a los pacientes a domicilio, dentro del territorio nacional en caso de pacientes físicamente imposibilitados o a aquellos que concurren al laboratorio

en forma programada o en casos de urgencias las 24 horas del día. Debe tener cobertura integral en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables y las determinaciones químicas y microbiológicas, según anexos.

Los análisis no detallados en el siguiente listado tendrán una cobertura del 50% (cincuenta por ciento), a cargo de la Prestadora de Servicios.

Ácido cítrico

Ácido fenil Pirúvico

Ácido Láctico

Ácido úrico

Ácido vanilMandelico (AVN)

ACTH

Adenovirus anticuerpo IGG

Adenovirus anticuerpo IGM

Adenovirus antígeno, secreciones respiratorias

Addis. Recuento de Aglutinación de partículas de latex para:

A. Escherichiacoli

A. Hemophilusinfluenzae tipo b

A. Legionellapneumofila

A. Nesseriameningitidis grupo a

A. Nesseriameningitidis grupo b

A. Nesseriameningitidis grupo c

A. StreptococcusPneumoniae

A. Streptococcus beta hemolitico grupo a

A. Streptococcus grupo b

Aglutinas Anti a

Aglutinas Anti b

AIDS-ac

Albúmina

Alcohol

Aldolasa

Aldosterona

Alfa 1 antitripsina

Alfafetoproteína (APF)

Alfafetoproteína en suero maternoA/G

Amilasa

Amilasemia

Amilasuria

Amonio

ANA

Anca C PR3 (ANCA-C)

Anca P MPO (ANCA-P)

Androstenediona

Anticuerpo (AC) anti helicobacter pylori IGA

Anticoagulante lupico

Anfetamina

Antibiogramas para gérmenes aeróbicos

Antibiogramas para gérmenes anaeróbicos

Ac. Anti nDNA

Anti DNA suero

Ac. Anti Microsomales

Ac. Anti Mitocondriales

Ac. Anti Musculo Liso (ASMA)

Ac. Anti Nucleares

Ac. Anti Tiroglobulinas

Ac. Anti Tiroides

Ac. Anti Toxoplasma IgG

Ac. Anti Toxoplasma IgM

Ac. Anti Tripanosoma IgG

Ac. Anti Tripanosoma IgM

Ac. Anti Virus Sincial Respiratorio(VSR) Ac. Heterofilos A.F.P.

Antígeno Carcinoembrionario (CEA), en todas sus modalidades.

Antígenos Febriles

Antígeno australiano

Antígeno Prostatico específico (PAS)

Anticuerpo (AC) anti centrómero

Anticuerpo (AC) anti endomisio IgA

Anticuerpo (AC) anti endomisio IgG L

Anticuerpo (AC) anti endomisio IgM

Anticuerpo (AC) anti gliadina IgA

Anticuerpo (AC) anti gliadina IgM

Anticuerpo (AC) anti helicobacter pylori IgG

Anticuerpo (AC) anti RNP- ENA

Anticuerpo (AC) anti SCL - 70

Anticuerpo (AC) anti SS A (RO)

Anticuerpo (AC) anti SS B (LA)

Anticuerpo (AC) anti CCP

Apolipoproteína b

Artritest

Aspegillus

ASTO

Autovacunas

Azucres reductores

BAAR

Barbituricos

Bence-Jones

Benedict, Reacción de:

Beta 2 microglobulina en sangre
Beta crosslaps
Beta HCG cualitativo, orina
Beta HCG cuantitativo, orina
BNP (péptido natri urético tipo B): 01 beneficiario/año
Bicarbonato
Billirubina total, directa e indirecta
Bilis, cultivo
Bioquímica de plasma Seminal
C 3
C 4
Calcio
Calcemia
Calciuria
CA 125
CA 15-3
Calcitonina
Calculo Urinario
Campo oscuro
Campylobacter
Cannabinoides
Capacidad de fijación de hierro (TIBC)
Carbamazepina
Cardiolipina IGA AC
Catecolaminas
CEA antigenocarcinoembrionario
CA
CA 19-9 antigenosangre.
Células LE Cetonemia
Cetonuria
Cetoferoides 17
CH 50
Chagas (Ac. Anti Trypanosoma IgG e IgM)
Chikungunya, PCR
Chlamydia
Citomegalovirus-ac-IgG
Citomegalovirus-ac-IgM
Citrato
Ck
Ck total
Ck-mb
Clearance de Creatinina

Cloruros
CMV-ac-IgG
CMV-ac-IgM
Creatinina
Creatinina, orina espontánea
Creatinina, sangre
Coagulograma
Cobre
Cocaina
Coccidioidina
Colesterol esterificado
Colesterol HDL
Colesterol-LDL
Colesterol total
Colesterol VLDL
Colinesterasa
Coloración de Giemsa
Coloración de Gram
Coloración de Ziehl
Complemento hemolitico (CH 50)
Coombs Directo
Coombs Indirecto
Coprocultivo
Coprología Funcional
Coproporfirinas
Coprofuncional
Corticotropina
Cortisol
Covid-19, Rt-pcr y AC
Crisis sanguínea por hematólogo
Crioglobulinas
Crioglobulinas
Criptococus
Cristales-Identificación
Cuerpos Cetónicos
Cultivo en Aerobiosis
Cultivo en Anaerobiosis
Cultivo en Thayer-Martin
Cultivo para BAAR
Cultivo para GC
Cultivo para hongos
Cultivo para listeria

Cultivo para Mycoplasma
Cultivo de esputo
Cultivo orina, micción media
Cultivo orina, primera micción
Cultivo, líquido pleural
Cultivo de esputo
Cultivo orina, micción media
Cultivo orina, primera micción
Cultivo, líquido pleural
Curva de tolerancia oral a la glucosa
Curva de glicemia
Curva de glicemia (embarazo)
Curva de glicemia 3 horas
Curva de glicemia 4 horas
Curva de glicemia 5 horas
Dehidroepitandrostenediona (DHEA-S04)
Dehidrotestosterona
Dengue AG (antígeno)
Dengue anticuerpo (AC) IGG
Dengue anticuerpo (AC) IGM
Dengue IgG, Elisa
Dengue IgM, Elisa
Dengue NS1 antígeno, Elisa
Dengue NS1 antígeno, suero
Dengue NS1, antígeno cualitativo (inmunocromatográfico)
Dímero D
Difteria, Cultivo
Digoxina
DNA-ac
Dioxido de carbono (CO2)
D-Xilosa
EBV-EA-ac
EBV-VCA-ac
Electroforesis de hemoglobina
Electroforesis de lipoproteínas
Electroforesis de proteínas
Enzimas cardiacas
Electrólitos
Eosinófilos
Epstein-Barr Virus-ac
Epstein Baar virus EARLY IgG anticuerpos, suero
Epstein Baar virus EARLY IgM anticuerpos, suero

Epstein Baar virus EBNA IgG anticuerpos VCA (ABC-VCA), suero
Epstein Baar virus EBNA IgM anticuerpos VCA (ABC-VCA), suero
Epstein Baar virus-VCA-IgG anticuerpos, suero
Epstein Baar virus-VCA-IgM anticuerpos, suero
Eritrosedimentación
Escherichiacolienteropatogeno
Eritrocito
Escherichiacoliki. latex
Esperma, cultivo
Espudo. Coloración para BAAR
Espudo. Cultivo para gérmenes comunes
Espudo. Eosinofilos y mastocitos
Espudo examen simple
Espudo, coloración de Ziehl
Esteatocrito
Estradiol
Estríol libre
Estrógenos totales
Estudio capilar. Investigación de hongos
Exceso de base
Factor reumatoideo
Factor reumatoideo cuantitativo
Factor reumatoideo isotópico IGA
Factor reumatoideo isotópico IGG
Factor reumatoideo IGM
Factor Rh
Fenilhidantoina
Fenilalanina
Fenobarbital
Ferritina
Ferremia
Fenitoina
Fibrinógeno
Fibrinolisis
Formula leucocitaria
Fosfatasa acida prostática (pap)
Fosfatasa Acida total y prostática
Fosfatasa alcalina
Fosfatidil-glicerol en liq. amniótico
Fosfolipidos
Fósforo
Fragilidad osmotica de los hematies

Frotis de sangre periferica
Frotis de sangre periférica p/ hepatólogo
Frotis de mucus fecal (FMF)
Fructosa
Fructosamina
FSH
FTA-abs-IgG
FTA-abs-IgM
FTI
Galactosa neonatal
Gamma Globulinas
Gamma GT
Garganta. Cultivo
Gases arteriales
Gasometría venosa
Gastrina
Gérmenes comunes, cultivo y antibiogramaGC. Cultivo
GH (Hormona de crecimiento)
Gliadina IgG-IGM
Globulina
Glóbulos blancos
Glóbulos rojos
Glucohemoglobina
Glucosa
Glucosa 6 fosfato de deshidrogenasa (G6PD)
Glucosa. Curva de tolerancia
Glucosa pre y pos prandial
Glucosuria
Glucosa prueba de tolerancia oral (PTGO) 2 determinaciones embarazadas, sangre
Glucosa prueba de tolerancia oral (PTGO) 2 determinaciones, sangre
Glucosa prueba de tolerancia oral (PTGO) 3 determinaciones, sangre
Glucosa prueba de tolerancia oral (PTGO) 4 determinaciones adultos, sangre
Glucosa prueba de tolerancia oral (PTGO) 4 determinaciones embarazadas, sangre
Glucosa prueba de tolerancia oral (PTGO) 4 determinaciones niños, sangre
Glucosa prueba de tolerancia oral (PTGO) 5 determinaciones, sangre
Glucosa prueba de tolerancia oral (PTGO) 6 determinaciones, sangre
Glucosa, test de O'Sullivan 2 determinaciones, sangre
Glucosuria, orina espontánea
Gonadotrofina Corionica (hCG)
Gota gruesa
GOT
GPT

Graham-Test
Grupo sanguíneo
Guayaco
Gravindex
Ham-test
Hamburger-test
Hamber
Haptoglobina
HbA 1c
Hdelta
HAV-ac
HAV-ac-IgM
HBc-ac
HBc-ac-IgM
HBDH
HBe-ac
HBe-Ag
HBs-ac HBs-Ag
hCG sub unidad beta
HCG (gonadotrofina coriónica sub unidad beta) cualitativo, sangre
HCG (gonadotrofina coriónica sub unidad beta) cuantitativo, sangreHDL-Colesterol
Heces. Benedict
Heces. Examen parasitológico
Heces. Flora microbiana
Heces. Frotis
Heces. Hongos
Heces. Microscopia Funcional
Heces simple
Heces, cultivo
Heces, vermes y protozoos
Hematrocrito
Hemocultivo en aerobiosis
Hemocultivo en anaerobiosis
Hemocultivo aerobiosis automatizado c/inhibidor, sangre
Hemocultivo aerobiosis automatizado s/inhibidor, sangre
Hemocultivo anaerobiosis automatizado c/inhibidor, sangre
Hemocultivo anaerobiosis automatizado s/inhibidor, sangre
Hemograma c/ eritrosedimentación y plaquetas
Hemoglobina
Hemoglobina. Electroforesis
Hemoglobina fetal
Hemoglobina. glucosilada (Hb A 1c)

Hemograma
Hemoparásitos
Hemophilus influenzae tipo b.látex
Hepatitis (ac y Ag) ver HAV y HB
Hepatitis B IGG
Hepatitis B IGM
Hepatitis C (HCV) anticuerpo IGG
Hepatitis C (HCV) anticuerpo IGM
Hepatograma (GPT GOT FA- BT- BD BI GAMA CT)/
Perfil Hepático
Herpes H.G.H.
HLA B27
Hidatidosis-ac
Hidroxicorticosteroides 17
Hidroxi-Indol-Acético 5 (5HIAA)
Hidroxiprogesterona
Hidroxiprogesterona Neonatal
Hierro sérico
Hisopado Faríngeo
Histoplasmina
HIV-ac
Homocisteína/ Homocistina/cistina
Hongos. Cultivo e identificación
Hongos. Examen en fresco
Hormona de crecimiento (hGh)
Hormona Folículo Estimulante (FSH)
Hormona Lactogénica Placentaria (hPL)
Hormona Luteinizante (LH)
HPV (Virus Papiloma Humano)
IgA
IgD
IgE
IgG
IgM
Inclusiones citomegálicas
Índices hematimétricos
Índice de Tiroxina Libre
Influenza A (por hisopado)
Influenza B (por hisopado)
Inmunoelectroforesis
Inmunoglobinas
Insulina

Klesbsiella pneumoniae
Lactosa
LAP
Larvas de vermes
Látex para Escherichiacoli k 1
Leucocitos
L. Haemophilus influenzae tipo b
L. Neisseria meningitidis grupo A
L. Neisseria meningitidis grupo B
L. Neisseria meningitidis grupo C
L. Streptococcus pneumonias
L. Streptococcus beta hemolíticos
L. Streptococcus grupo B
Lavado gástrico (análisis del contenido)
LCR. Citoquímico
LCR. Cultivo
LDH
LDL-Colesterol
LE
Lecitina en líquido amniótico
Legionella Pheumiphila. latex
Leishmania en anticuerpo IGG
Leishmania en anticuerpo IGM
Lesión genital. Coloración de gram
Lesión genital. Coloración de fontana
Lesión genital. Estudio microbiológico
Lesión genital, campo oscuroLesión en la piel. Cultivo para hongos
Lesión de uñas. Cultivo para hongos
LH
Linfá cutánea. Coloración de Ziehl
Lipasa
Lípidos totales
Líquido amniótico. Cultivo
Líquido amniótico. Fosfaditil-glicerol
Líquido articular. Citoquímico
Líquido articular. Cristales
Líquido articular. Cultivo
Líquido ascítico. Cultivo
Líquido gástrico-duodenal. Parásitos.
Líquido peritoneal. Cultivo
Líquido pleural. Cultivo
Líquido pleural. citoquímico

Líquido pleural, cultivo y antibiograma
Listeria
Litio
Madurez Fetal (fosfatidil glicerol)
Magnesio (o)
Magnesio extracelular
Magnesio intracelular
Magnesio eritrocitario
Marihuana
Mastositos
Metahemoglobina
Metotrexate
Micosis oportunistas
Micosis profundas
Micosis subcutáneas
Micosis superficiales
Microalbuminuria
Mioglobina
Moco cervical
Monotest
Morfina
Mucoproteínas
Mycobacterium Tuberculosis
Mycoplasma Hominis.
Neiseriae Gonorrhea
Neiseriae Meningitidis.GrupoA.látex
Neiseriae Meningitidis.GrupoB.látex
Neiseriae Meningitidis.GrupoC.látex
N. 5 Nucleotidasa
NDNADS anticuerpos, muestras variables
NTX
Oído cultivo
Opiáceos: no en consumo intencional
Orina, físico-químico y del sedimento
Orina. cultivo
Orina (infección), cultivo
Orina espontanea chorro medio, cultivo
Orina rutina
Orina, cultivo y antibiograma
Orina, cultivo y recuento de colonias
Oxalato
Oxiurius

Panel Arbovirus
Parásitos. Investigación e identificación
Parathormona (PTH)
Parathormona intacta, suero
PAS (Antigenoprostático específico)
PAS libre
Paul-Bunell (presuntivo)
pO2 po2 pDF
Peptido C
Perfil ácido básico, sangre arterial
Perfil de la coagulación
Ph.
Ph.
Phenistix
Plaquetas
Plaquetas/ hematólogo
Plasma seminal
Porfobilinogeno
Potasio
PPD
Preparación de células LE
Pre- albúmina
Productos de degradación de la fibrina
Progesterona
Prolactina
Proteínas C
Proteínas S
Proteínas C reactiva, sangre, suero.
Proteínas de Bence-Jones
Proteínas Electroforesis
Proteínas totales
Protomorfina
Proteinograma electroforético
Protozoarios
Prueba de concentración
Prueba de dilución
Prueba de lazo
Prueba de tolerancia oral a la glucosa
Prueba de tolerancia a la lactosa
Prueba de Tzanck
PTH
Pus. Cultivo

Punta de catéter Cultivo
Pyrilinks-D
Quimiotripsina
Quistes de protozoos
Raspado de lengua. Cultivo para hongos
Razón PSA
Reacción de Huddleson
Reacción de Widal
Recuento de Addis
Recuento de glóbulos blancos
Recuento de glóbulos rojos
Recuento de linfocitos
Relación A/B
Relación calcio/creatinina
Relacion PAS/PAS libre
Reticulositos
Retracción del coágulo
RK 39 Leishmaniasis kalaazar
Rh
Rotavirus
Rubeola IgG
Rubeola IgM
Sangre oculta.
Saturación de oxígeno
Secreción conjuntival. Cultivo
Secreción endocervical. Cultivo
Secreción faríngea. Cultivo
Secreción genital. Cultivo
Secreción nasal. Cultivo
Secreción nasal. Eosinofilos y mastositos
Secreción prostática. Cultivo
Secreción purulenta. Cultivo
Secreción traqueal. Cultivo
Secreción uretral. Cultivo
Secreción bulbar. Cultivo
Serología para dengue
Simis-Hunner - test
Shigella.Cultivo
SO2
Sodio
Somatomedina - c
Staphylococcus aureus

Streptococcus. Cultivo
Streptococcus. Beta hemolítico grupo A. látex
Streptococcus. Grupo B.látex
Streptococcus. pneumoniae
Streptococcus B
Streptozima
Swin - up
T3 libre
T3 total
T3 uptake
T4 libre
T4 total
Test de absorción a la xilosa
Test de Coombs Directo
Test de Coombs Indirecto
Test de estimulación con ACTH
Test de estimulación hormona de crecimiento
T.* con ejercicios* con L-Dopa
Test de estimulación con LH/RH
Test de estimulación con TRH
Test de Ham
Test de O ´ Sullivan
Test de supresión con dexametasona
Test de Sims-Huner
Test de HPV
Test de IRT
Test de guayaco
Test de piecito (tsh neonatal, tripsina inmunoreactiva, fenilalanina)
TIBC (Capacidad de fijación del hierro)
Tiempo de coagulación sanguínea
Tiempo de Protrombina y coagulación
Tiempo de tromboplastina parcial activada
Timol
Tine test
Tzanck - Prueba de
Determinación de grupo sanguíneo/tipificación
Tipificación
Tiroglobulina
Tiroperoxidasa anticuerpo (tipo AC)
Testosterona libre
Testosterona total
Toxoplasmosis- ac IgG, IgM

Transferrina
Transglutaminasa tisular anticuerpo IGA
Transglutaminasa tisular anticuerpo IGG
Trichomonas vaginalis
Triglicéridos
Troponina I, cuantitativa
Troponina cuantitativa, sangre
Trypanosomacruzi-ac
TPO (tiroperoxidasa anticuerpos) microsomaes, suero
TSH
TTPa
Úlcera genital. Cultivo
Urea (o)
Urea, sangre
Ureapl
Ureaplasma urealyticum
Urobilina
Urobilinogeno
Urocultivo
Van de Kamer
Vandil - Mandelic - Acid (AVM)
Varicela zoster IgG, anticuerpos, suero.
Vermes
VDRL
VIH-ac
Vicent's Angina. Frotis Virocitos
VLDL Colesterol
VSR ac
Virus sincitial respiratorio antígeno, materiales biológicos
Virus sincitial respiratorio IgG anticuerpos
Virus sincitial respiratorio IgM anticuerpos
Virus Sincitial Respiratorio rT- PCR
Vitamina D
Vitamina B12 en laboratorio designado
Widal. Reacción de
Xilosa. Test de absorción

10. **SEGURO DEL VIAJERO PARA EL TITULAR POR RAZONES LABORALES.**

SEGURO DEL VIAJERO PARA EL TITULAR POR RAZONES LABORALES.

Cobertura para consultas e internaciones, estudios laboratoriales y estudios de imagen para casos de urgencias en el exterior a los beneficiarios, con un máximo de 15 días de cobertura y hasta U\$S 15.000 por viaje. Traslado asistido desde el exterior hasta un centro médico en el territorio nacional para casos de alta complejidad.

Para usufructuar el seguro del viajero por razones laborales, la prestadora deberá habilitar el servicio en un plazo máximo de 48hs. hábiles, posterior a la comunicación del asegurado a la Prestadora, previo al viaje. En caso de que el beneficiario no comunique a la Prestadora el viaje, no podrá acceder a la prestación con cobertura ni al reintegro correspondiente.

11. COBERTURA FARMACÉUTICA

Cobertura mínima del 25% (veinte y cinco por ciento) de descuento sobre los precios de lista de farmacias, de todo tipo de (Preventivo y curativo) de medicamentos nacionales y 20% (veinte por ciento) en medicamentos importados, en cualquier forma de pago (efectivo, tarjeta de crédito y/o débito).

La cobertura farmacéutica deberá ser de por lo menos 3 (tres) cadenas de farmacias.

12. DE LAS LIMITACIONES DE LA COBERTURA

La cobertura descripta no será aplicable en los siguientes eventos y sus consecuencias (estudios, internaciones y cualquier gasto relacionado)

1. Intento de autoeliminación. Autoagresión.
2. Cirugía con fines estéticos. Las cirugías reparadoras no comprendidas entre las cubiertas.
3. Esterilidad, infertilidad, control de la natalidad.
4. Enfermos mentales excepto cobertura de consultas con psiquiatra.
5. Laserterapia excepto las nombradas.
6. Septumplastia y rinoseptumplastia.
7. Cirrosis: en Alcohólicos en fase crónica.
8. Vaporización de próstata.
9. Operaciones en párpados a excepción de las nombradas en honorarios médicos.
10. Estudios inmunohistoquímicos, estudios cromosómicos, receptores hormonales.
11. Remodelación mamaria. Plastias mamarias en general.
12. Sangre, plasma y derivados. Plasma enriquecido en plaquetas en todas sus aplicaciones.
13. Medicamentos fijadores del calcio e infiltraciones con factores de crecimiento o para revitalización de cartílagos, aunque sean aplicados en forma intraoperatoria.
14. Formolizaciones.
15. Tratamientos especializados en alergias. Vacunas hasta los límites establecidos.
16. Acupunturas, homeopatía, quiropraxia, medicina ortomolecular y cualquier especialidad o tratamiento alternativo o experimental no aceptado internacionalmente como de comprobada eficacia.
17. Tratamiento estético en dietología. (A excepción de consultas).
18. Lipoaspiración.
19. Cuidados paliativos o enfermos terminales.
20. Terapia del dolor: excepto consultas que si estarán cubiertas.
21. Prótesis, coils, marcapasos, resincronizadores, audífono y todo equipo o insumo que quede dentro del paciente y que no esté debidamente detallado como con cobertura.
22. Secuelas de quimioterapia y radioterapia.
23. Ortesis, complementos de marcha, yeso acrílico, productos de aseo personal, pañales.
24. Diagnóstico neurofisiológico de la impotencia sexual masculina y técnica de fertilización asistida.
25. Lesiones causadas por investigaciones en etapas experimentales, no reconocidas por instituciones oficiales o científicas.
26. Trasplantes de órganos.
27. Lesiones provocadas por actos dolosos, consecuencia de reyertas o alteraciones de orden público.
28. Lesiones provocadas bajo la acción de drogas, estupefacientes o alcohol. En caso que el paciente o familiares se nieguen a la realización de los estudios pertinentes se tomará como positivo.
29. Todo hecho ocurrido en transgresión a las leyes de tránsito vigentes, demostrado por sentencia de las autoridades competentes.
30. Cualquier condición o tratamiento relacionado con el virus VIH positivo o del tratamiento del SIDA.
31. Alcoholismo, intoxicaciones debido al abuso del alcohol, abuso o adicción a drogas.
32. Tratamiento de lesiones corporales que el/los beneficiarios se haya/n infringido intencionalmente a si mismo/s.
33. Tratamiento de enfermedades o lesiones originadas como resultado directo o indirecto de catástrofes naturales, Guerra internacional y guerra civil, Acciones bélicas, Fenómenos naturales, Lluvia radiactiva, Terrorismo.
34. Quemaduras cuando excedan el 35% de la superficie corporal.
35. Cirugía bariátrica/metabólica o cualquier método para el control del peso.
36. Implante de TAVI o similares.
37. Implante coclear.
38. Diálisis en insuficiencia renal crónica.

13. ALTA COMPLEJIDAD

HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS.

El criterio a ser empleado en este ítem es el de lograr una cobertura de:

- HONORARIOS MÉDICOS: deberán estar cubiertos 80% por la Prestadora de Servicios. Derecho a sala cobertura del 100%.
- PROTESIS TRAUMATOLOGICAS: 50% y hasta un límite máximo de G 10.000.000.- por la Prestadora de Servicios (para la determinación de porcentajes se tendrá en cuenta los valores de mercado).
- MEDICAMENTOS Y MATERIALES DESCARTABLES: hasta la suma de G. 30.000.000 (guaraníes treinta millones) por evento.
- MEDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO: deberán estar cubiertos los mencionados en el listado de cobertura según anexo de medicina por imágenes.
- SERVICIOS LABORATORIALES: deberán estar cubiertos los mencionados en el listado de cobertura según anexo de estudios laborales.

Colocación de marcapasos y otros dispositivos intracardiacos (cobertura de marcapasos o dispositivos intracardiacos hasta ₡ 8.000.000).

Cirugía cardiaca con circulación extracorpórea:

- Reemplazo valvular aortica, mitral y biológica (Excepto las excluidas).
- Cirugía cardiovascular en general (periféricas y otras) adquiridas.
- Cirugía Bypass coronario.
- Cirugía Neurológica S.N.C. Cerebro y columna.
- Artroplastias.
- Angioplastia transluminal coronaria. Angioplastias en general.
- Cobertura de 1 (uno) stent medicado o no medicado.
- Litotripsia extracorpórea: honorarios 80%.
- Equipo de contra pulsación intraaórtica: 80%.
- Incubadora de transporte 100%.
- Medicina nuclear (exámenes de tiroides y riñón) ventrículo grama isotópico: 80%.- Litotripsia ultrasónica 80%

La presente lista es meramente enunciativa y no limitativa, por cuanto, quedan comprendidos todos aquellos procedimientos de alta complejidad que hagan a las especialidades que forman parte del contrato y que se realicen dentro del territorio nacional excepto las expresamente excluidas.

14. BENEFICIARIOS ADHERENTES

Para las internaciones clínicas se cubrirán hasta 03 internaciones /año. Pensión cobertura de hasta 15 días por año y una cobertura de medicamentos y descartables de G 5.000.000.- por evento.

Se incluyen dentro de los descartables: Apósitos, torunda, vendas, jeringas, algodón, sondas nasogástricas, vesicales, cánulas de intubación, baja lenguas, macro y micro goteros, guantes de látex, guantes estériles, gasas, frascos y bolsas recolectoras de fluidos.

Estudios de diagnóstico (laboratorios y de imágenes) según apartado n° 9.

Internaciones quirúrgicas programadas hasta 02 por año según apartado 14.1 ANEXO CIRUGIA y cobertura de medicamentos y descartables de hasta G 8.000.000.- por evento.

Se incluyen dentro de los descartables: Apósitos, torunda, vendas, jeringas, algodón, sondas nasogástricas, vesicales, cánulas de intubación, baja lenguas, macro y micro goteros, guantes de látex, guantes estériles, gasas, frascos y bolsas recolectoras de fluidos.

Los procedimientos quirúrgicos con cobertura serán los siguientes. Para los procedimientos no nombrados la cobertura se aplicará, exclusivamente a la parte sanatorial.

14.1 ANEXO CIRUGÍA

Oftalmología

- Extracción cuerpo extraño conjuntival
- Extracción de cuerpo extraño de cornea
- Facoemulsificación del cristalino
- Drenaje de glándula o saco lagrimal (absceso)
- Lavado de saco lagrimal (consultorio)
- Cateterización del saco lagrimal (quirófano) con anestesia general Cirugía de cataratas (no incluye lente intraocular)

Otorrinolaringología

- Miringotomía con colocación de tubo de drenaje (diábolos) uni o bilateral (no incluye costo de diábolo)
- Cauterización de cornetes
- Turbinectomía parcial o completa simple (única o múltiple). Resección submucosa del cornete inferior.
- Reducción manual de fractura nasal (en quirófano) • Electrocauterización de varices septales con anestesia general.
- Cirugía videoendoscópica funcional de senos paranasales uni o bilateral (cobertura honorarios 70%).
- Sinusotomía combinada maxilar, frontal, etmoidal y esfenoidal p/ vía ext. o transmaxilar bilateral (cobertura honorarios 70%).
- Traqueotomía / traqueostomía (Temporal o definitiva)
- Amigdalectomía o adenoidectomía o adenoamigdalectomía
- Taponamiento nasal anterior
- Laringoscopia directa con extracción de cuerpo extraño
- Extracción cuerpo extraño nariz, con anestesia local
- Lavado de oído unilateral o bilateral

Cirugía torácica: según cobertura de alta complejidad

Mastología

- Biopsia de mama unilateral
- Biopsia con marcado preoperatorio
- Citopunción
- Punción de mama
- Incisión y drenaje de absceso mamario
- Mastectomía simple unilateral
- Cuadrantectomía simple
- Cuadrantectomía mas linfadenectomía axilar
- Linfadenectomía axilar
- Biopsia percutánea con tru-cut (sin materiales)
- Biopsia con marcado con arpon
- Punción de mama bajo pantalla ecográfica
- Mastectomía más vaciamiento axilar

Flebología convencionales

- Safenectomía interna o externa más flebectomía unilateral
- Safenectomía interna o externa más flebectomía bilateral
- Safenectomía interna o externa bilateral más flebectomía bilateral

Cirugía general y videolaparoscópica- Dermatología.

- Apéndice, vesícula y exploradora por video 100% honorarios. Otras 80%
- Videolaparoscopia exploradora
- Herniorrafia umbilical (como único procedimiento)
- Herniorrafia epigástrica
- Herniorrafia o hernioplastia inguinal unilateral
- Tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal unilateral por videolaparoscopia
- Hernia estrangulada o complicada herniorrafia o hernioplastia inguinal bilateral
- Omentectomía parcial o total
- Biopsia de pared abdominal
- Herniorrafia incisional o por evisceración
- Paracentesis abdominal
- Tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal bilateral por video laparoscopia
- Laparotomía exploradora para liberación de bridas (adhesiolisis)
- Gastrorrafia (Úlcera gástrica perforada, herida, traumatismo)
- Apendicetomía
- Apendicetomía por video laparoscopia
- Tratamiento quirúrgico de la peritonitis de origen apendicular por videolaparoscopia
- Colectomía parcial con colostomía a lo hartman (alta complejidad)
- Cuerpo extraño de recto - Extracción quirúrgica
- Colectomía parcial sin colostomía por video laparoscopia
- Hemorroidectomía abierta o cerrada
- Hemorroides - ligadura elástica (por sesión)
- Absceso anorrectal - drenaje

- Absceso isquiorrectal - drenaje
- Trombosis hemorroidaria - exéresis (trombectomia)
- Fistulectomía anal en un tiempo
- Anorectoscopia
- Esfinterotomía lateral interna (Esfinterotomía anal)
- Colectectomía por videolaparoscopia
- Colectectomía sin colangiografía
- Escisión de uña, lecho o repliegue ungueal
- Sutura herida simple
- Incisión y drenaje de absceso profundo (extracción de cuerpo extraño profundo)
- Incisión y drenaje de absceso o superficial (forúnculos, hematomas, cuerpo extraño)
- Escisión local de lesión de piel o glándula de piel, cicatrizal, inflamatoria o tumoral benigna (quiste sebáceo, ántrax, nevus.) • Incisión y drenaje de absceso subcutáneo.
- Extracción de cuerpo extraño superficial escisión de lipoma gigante escisión local de piel, tejido ungueal, nevus o tumor benigno
- Escisión de tumor de tejido celular subcutáneo
- Biopsia de piel, tumores superficiales, tejido celular subcutáneo. Linfonodo superficial, etc
- Toma de biopsia con punch
- Toma de biopsia por incision y sutura
- Extirpación de lesión de piel (verruca, nevus) por electrocoagulación o aplicación de sustancias químicas

Urología. Cirugías endoscópicas 80%

- Colocacion endoscopica de doble j, cambio o extraccion
- Colocacion ureteroscopica de doble j
- Cateterismo vesical evacuador - sondaje vesical
- Cistolitotomía a cielo abierto
- Cistolitotripsia transuretral
- Uretrotomía interna endoscopica
- Dilatacion uretral (por sesión)
- Adenomectomía prostática suprapubica
- Reseccion endoscopica trasuretral de prostata (r.t.u.) (incluye cistoscopia) biopsia prostática (no incluye costo de aguja)
- Biopsia prostática ecodirigida (no incluye equipo ni descartables)
- Drenaje de absceso escrotal
- Orquifunilectomía radical
- Biopsia de pene
- Incision de prepucio (postotomía)
- Nefrolitotomía anatófica
- Pielolitotomía

Ginecoobstetricia

- Salpingectomía. Ooforosalingectomía
- Salpingostomía
- Quistectomía por videolaparoscopia.
- Electrocauterio de endometriosis
- Quistectomía
- Biopsia de cuello uterino
- Miomectomía uterina abdominal (como unica operacion)
- Legrado evacuador. Raspado uterino terapeutico
- Legrado biopsico. Raspado uterino diagnostico
- Electrocoagulacion de cuello uterino o criocoagulacion (tratamiento completo)
- Histerectomía total abdominal o vaginal
- Conizacion de cuello por leep (sin internacion)
- Histeroscopia terapeutica: cobertura 70%
- Legrado endocervical
- Biopsia mas legrado endocervical
- Biopsia endometrial.
- Biopsia de polipo endometrial mas legrado de base excresis de quiste vaginal
- Biopsia vulvar

Traumatología

- Osteotomía tibia, perone
- Resección parcial femur
- Tratamiento incruento fractura de humero
- Tratamiento incruento fractura de cubito y radio
- Tratamiento incruento fractura de radio y cubito, combinado
- Tratamiento incruento fractura de carpo hasta dos
- Tratamiento incruento fractura de cada uno hasta dos metacarpianos
- Tratamiento incruento fractura de falanges (miembro superior) mas de dos • Tratamiento incruento fractura de perone
- Tratamiento incruento fractura de tibia y perone
- Tratamiento incruento fractura maleolares tibiales, marginales anterior y posterior
- Tratamiento incruento fracturas huesos del tarso hasta dos
- Tratamiento incruento fractura de metatarsianos hasta dos
- Tratamiento incruento fractura de falanges (miembro inferior) hasta dos
- Cirugía de fracturas (osteosíntesis)
- Fractura de extremidad proximal del humero
- Fractura de clavícula
- Fractura diafisaria de humero
- Fractura supracondilea
- Fractura de olecranon
- Fractura diafisaria de cubito o radio
- Fractura de extremidad distal del radio (intraarticular)
- Fractura de falanges (miembro superior) (hasta dos)
- Fractura supracondilea de femur
- Fractura diafisaria de la tibia
- Fractura bimaléolar con diástasis o trimaleolar
- Artrocentesis diagnóstica o terapéutica
- Meniscectomía
- Ligamento cruzado (50% cobertura honorarios médicos)
- Luxación - tratamiento incruento (Aplicación de yeso, Férula o Aparato de Tracción)
- Hombro: manguito rotador
- Radiocubital inferior o superior
- Codo (radio-cubito-humero)
- INCISION EN MUSCULOS DEL TORAX, ABDOMEN Y RAQUIS (exploración, drenaje, extracción cuerpo extraño, biopsia)
- INCISION EN MUSCULO DEL HOMBRO, BRAZO, ANTEBRAZO, MANO (exploración, drenaje, extracción cuerpo extraño, biopsia)
- Operaciones en tendones. Vainas tendinosas y fascia
- Incisión en cuello, hombro, codo, cadera, muslo, rodilla
- Incisión antebrazo, muñeca, mano, pierna, tobillo, pie
- ESCISION O RESECCION DE VAINA TENDINOSA (quiste sinovial) en miembro superior e inferior
- TENOPLASTIA (con alargamiento, acortamiento o injerto de otros tendones no mencionados) HASTA DOS
- Tenorrafia supraespinoso, biceps, tendón rotuliano y tendón de Aquiles
- Tenorrafia en pie hasta 2 tendones
- Tenolisis

Cirugía Pediátrica

- Sutura de herida simple
- Sutura de herida de zonas nobles (cara, mano, planta de pies, genitales, perianal)
- Drenaje de abscesos superficiales y ganglios superficiales (adenoflemón)
- Extracción de cuerpo extraño
- Herniorrafia inguinal, hidrocele, quiste de cordón, quiste de epidídimo unilateral
- Apendicetomía no complicada
- Colectomía
- Reducción de parafimosis bajo anestesia general

2. TERAPIA INTENSIVA:

Cobertura de hasta 10 días de pensión y medicamentos y descartables hasta Gs.12.000.000.

Se incluyen dentro de los descartables: Apósitos, torunda, vendas, jeringas, algodón, sondas nasogástricas, vesicales, cánulas de intubación, baja lenguas, macro y micro goteros, guantes de látex, guantes estériles, gasas, frascos y bolsas recolectoras de fluidos.

3. ALTA COMPLEJIDAD:

HONORARIOS PROFESIONALES 50%. Derecho a sala cobertura del 100%.

MEDICAMENTOS Y DESCARTABLES Gs.15.000.000 (no incluye prótesis, stent, válvulas, coils, sutura mecánica, cementos biológicos, dispositivos de usos terapéuticos y similares).

Se incluyen dentro de los descartables: Apósitos, torunda, vendas, jeringas, algodón, sondas nasogástricas, vesicales, cánulas de intubación, baja lenguas, macro y micro goteros, guantes de látex, guantes estériles, gasas, frascos y bolsas recolectoras de fluidos.

MEDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO: deberán estar cubiertos los mencionados en el listado de cobertura según anexo (Apartado 9.1) de medicina por imágenes.

SERVICIOS LABORATORIALES: deberán estar cubiertos los mencionados en el listado de cobertura según anexo (Apartado 9.2) de estudios laboratoriales.

De las MIPYMES

En procedimientos de Menor Cuantía, la aplicación de la preferencia reservada a las MIPYMES prevista en el artículo 34 inc b) de la Ley N° 7021/22 "De Suministro y Contrataciones Públicas" será de conformidad con las disposiciones que se emitan para el efecto. Son consideradas Mipymes las unidades económicas que, según la dimensión en que organicen el trabajo y el capital, se encuentren dentro de las categorías establecidas en el Artículo 4° de la Ley N° 7444/25 QUE MODIFICA LA LEY N° 4457/2012 "PARA LAS MICRO, PEQUEÑAS Y MEDIANAS EMPRESAS", y se ocupen del trabajo artesanal, industrial, agroindustrial, agropecuario, forestal, comercial o de servicio.

Plan de entrega de los bienes

La entrega de los bienes se realizará de acuerdo al plan de entrega, indicado en el presente apartado. El proveedor se encuentra facultado a documentarse sobre cada entrega. Así mismo, de los documentos de embarque y otros que deberá suministrar el proveedor indicado a continuación:

No Aplica

Plan de prestación de los servicios

La prestación de los servicios se realizará de acuerdo al plan de prestación, indicados en el presente apartado. El proveedor se encuentra facultado a documentarse sobre cada prestación.

Ítem	Descripción del servicio	Cantidad	Unidad de medida de los servicios	Lugar donde los servicios serán prestados	Plazo de ejecución de los servicios

1	SEGURO MEDICO CORPORATIVO	1	UNIDAD	En las direcciones presentadas en la oferta por la empresa adjudicada y las modificaciones según sea el caso.	El plazo de ejecución será de 24 meses, a partir del 9 de marzo de 2026.
---	---------------------------------	---	--------	---	--

Planos y diseños

Para la presente contratación se pone a disposición los siguientes planos o diseños:

No Aplica

Embalajes y documentos

El embalaje, la identificación y la documentación dentro y fuera de los paquetes serán como se indican a continuación:

No Aplica

Inspecciones y pruebas

Las inspecciones y pruebas serán como se indica a continuación:

No Aplica

CONDICIONES CONTRACTUALES

Esta sección constituye las condiciones contractuales a ser adoptadas por las partes para la ejecución del contrato.

Interpretación

1. Si el contexto así lo requiere, el singular significa el plural y viceversa; y "día" significa día corrido, salvo que se haya indicado expresamente que se trata de días hábiles.
2. Condiciones prohibidas, inválidas o inejecutables. Si cualquier provisión o condición del contrato es prohibida o resultase inválida o inejecutable, dicha prohibición, invalidez o falta de ejecución no afectará la validez o el cumplimiento de las otras provisiones o condiciones del contrato.

Documentación electrónica

Cuando las documentaciones se expidan de manera electrónica en cumplimiento de la Ley N° 6715 "DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS" y la Ley N° 6822 "DE SERVICIOS DE CONFIANZAS PARA LAS TRANSACCIONES ELECTRÓNICAS, DEL DOCUMENTO ELECTRÓNICO Y LOS DOCUMENTOS TRANSMISIBLES ELECTRÓNICOS, las mismas se considerarán válidas a los efectos de dar cumplimiento a los requerimientos y obligaciones contractuales, salvo que las normativas exijan una forma determinada.

Formalización de la contratación

Se formalizará esta contratación mediante:

Contrato

Documentación requerida para la firma del contrato

Luego de la notificación de adjudicación, el proveedor deberá presentar en el plazo establecido en las reglamentaciones vigentes, los documentos indicados en el presente apartado.

1. Personas Físicas / Jurídicas

- Certificado de no encontrarse en quiebra o en convocatoria de acreedores expedido por la Dirección General de Registros Públicos;

- Certificado de no hallarse en interdicción judicial expedido por la Dirección General de Registros Públicos;
- Constancia de no adeudar aporte obrero patronal expedida por el Instituto de Previsión Social.
- Certificado laboral vigente expedido por la Dirección de Obrero Patronal dependiente del Viceministerio de Trabajo, siempre que el sujeto esté obligado a contar con el mismo, de conformidad a la reglamentación pertinente - CPS
- En el caso que suscriba el contrato otra persona en su representación, acompañar poder suficiente del apoderado para asumir todas las obligaciones emergentes del contrato hasta su terminación.
- Certificado de cumplimiento tributario vigente a la firma del contrato.
- Declaración jurada en el que se manifieste que las condiciones verificadas por el Comité respecto a los supuestos del Art. 21 de la Ley N° 7021/22, se mantienen vigentes a la firma del contrato.

2. Documentos. Consorcios

- Cada integrante del Consorcio que sea una persona física o jurídica deberá presentar los documentos requeridos para oferentes individuales especificados en los apartados precedentes.
- Original o fotocopia de la Escritura Pública de constitución del Consorcio constituido
- Documentos que acrediten las facultades del firmante del contrato para comprometer solidariamente al consorcio.
- En el caso que suscriba el contrato otra persona en su representación, acompañar poder suficiente del apoderado para asumir todas las obligaciones emergentes del contrato hasta su terminación.

La convocante deberá recurrir a fuentes oficiales para la verificación y comprobación del contenido declarado por el oferente que resultare adjudicado, con anterioridad a la firma del contrato. Si el oferente realizare una declaración jurada falsa, la adjudicación será revocada, la garantía de mantenimiento de oferta será ejecutada y los antecedentes serán remitidos a la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas.

Indicadores de Cumplimiento de Contrato

El documento requerido para acreditar el cumplimiento contractual, será:

El documento requerido para acreditar el cumplimiento contractual será: **INFORMES MENSUALES**

Serán presentados 24(veinticuatro) informes

Frecuencia: mensual.

Planificación de indicadores de cumplimiento:

INDICADOR	TIPO	FECHA DE PRESENTACIÓN PREVISTA <i>(se indica la fecha que debe presentar según el PBC)</i>
24 (veinticuatro) informes de la Dirección de Bienestar y Desarrollo Social, dependiente de la Dirección General de Gestión del Capital Humano, referente a los funcionarios activos y el cumplimiento del contrato con los mismos	24 (veinticuatro) informes	De abril 2026 marzo 2028

De manera a establecer indicadores de cumplimiento, a través del sistema de seguimiento de contratos, la convocante deberá determinar el tipo de documento que acredite el efectivo cumplimiento de la ejecución del contrato, así como planificar la cantidad de indicadores que deberán ser presentados durante la ejecución. Por lo tanto, la convocante en este apartado y de acuerdo al tipo de contratación de que se trate, deberá indicar el documento a ser comunicado a través del módulo de Seguimiento de Contratos y la cantidad de los mismos.

Subcontratación

En caso de que aplique, la subcontratación del contrato deberá ser realizada conforme a las disposiciones contenidas en la Ley, el Decreto Reglamentario y la reglamentación que emita para el efecto la DNCP.

En caso de que la presentación del formulario de personas a subcontratar/subcontratadas, se realice en la etapa contractual, el Administrador del Contrato deberá evaluar el contenido del formulario a los efectos de constatar que el subcontratista no se encuentra comprendido en alguna de las causales de prohibición previstas en el Art. 21 de la Ley N° 7021/22, pudiendo requerir al proveedor o contratista, la información que sea necesaria.

Derechos Intelectuales

1. Los derechos de propiedad intelectual de todos los planos, documentos y otros materiales conteniendo datos e información proporcionada a la contratante por el proveedor, seguirán siendo, salvo prueba en contrario, de propiedad del proveedor. Si esta información fue suministrada a la contratante directamente o a través del proveedor por terceros, incluyendo proveedores de materiales, los derechos de propiedad intelectual de dichos materiales seguirán siendo de propiedad de dichos terceros.

2. Sujeto al cumplimiento por parte de la contratante del párrafo siguiente, el proveedor indemnizará y liberará de toda responsabilidad a la contratante, sus empleados y funcionarios en caso de pleitos, acciones o procedimientos administrativos, reclamaciones, demandas, pérdidas, daños, costos y gastos de cualquier naturaleza, incluyendo gastos y honorarios por representación legal, que la contratante tenga que incurrir como resultado de la transgresión o supuesta transgresión de derechos de propiedad intelectual como patentes, dibujos y modelos industriales registrados, marcas registradas, derechos de autor u otro derecho de propiedad intelectual registrado o ya existente en la fecha del contrato debido a:

- a. La instalación de los bienes por el proveedor o el uso de los bienes en la República del Paraguay; y
- b. La venta de los productos producidos por los bienes en cualquier país.

Dicha indemnización no procederá si los bienes o una parte de ellos fuesen utilizados para fines no previstos en el contrato o para fines que no pudieran inferirse razonablemente del contrato. La indemnización tampoco cubrirá cualquier transgresión que resultará del uso de los bienes o parte de ellos, o de cualquier producto producido como resultado de asociación o combinación con otro equipo, planta o materiales no suministrados por el proveedor en virtud del contrato.

3. Si se entablara un proceso legal o una demanda contra la contratante como resultado de alguna de las situaciones indicadas en la cláusula anterior, la contratante notificará prontamente al proveedor y éste por su propia cuenta y en nombre de la contratante responderá a dicho proceso o demanda, y realizará las negociaciones necesarias para llegar a un acuerdo de dicho proceso o demanda.

4. Si el proveedor no notifica a la contratante dentro de treinta (30) días a partir del recibo de dicha comunicación de su

intención de proceder con tales procesos o reclamos, la contratante tendrá derecho a emprender dichas acciones en su propio nombre.

5. La contratante se compromete, a solicitud del proveedor, a prestarle toda la asistencia posible para que el proveedor pueda contestar las citadas acciones legales o reclamaciones. La contratante será reembolsada por el proveedor por todos los gastos razonables en que hubiera incurrido.

6. La contratante deberá indemnizar y eximir de culpa al proveedor y a sus empleados, funcionarios y subcontratistas, por cualquier litigio, acción legal o procedimiento administrativo, reclamo, demanda, pérdida, daño, costo y gasto, de cualquier naturaleza, incluyendo honorarios y gastos de abogado, que pudieran afectar al proveedor como resultado de cualquier transgresión o supuesta transgresión de patentes, modelos de aparatos, diseños registrados, marcas registradas, derechos de autor, o cualquier otro derecho de propiedad intelectual registrado o ya existente a la fecha del contrato, que pudieran suscitarse con motivo de cualquier diseño, datos, planos, especificaciones, u otros documentos o materiales que hubieran sido suministrados o diseñados por la contratante o a nombre suyo.

Transporte

La responsabilidad por el transporte de los bienes será según se establece en los Incoterms.

Si no está de acuerdo con los Incoterms, la responsabilidad por el transporte deberá ser como sigue:

No Aplica

Confidencialidad en el procedimiento de contratación y el contrato

La contratante y el proveedor deberán mantener confidencialidad y en ningún momento divulgarán a terceros, sin el consentimiento de la otra parte, documentos, datos u otra información que hubiera sido directa o indirectamente proporcionada por la otra parte en conexión con el contrato, antes, durante o después de la ejecución del mismo. No obstante, el proveedor podrá proporcionar a sus subcontratistas los documentos, datos e información recibidos de la contratante para que puedan cumplir con su trabajo en virtud del contrato. En tal caso, el proveedor obtendrá de dichos subcontratistas un compromiso de confidencialidad similar al requerido al proveedor en la presente cláusula.

La contratante no utilizará dichos documentos, datos u otra información recibida del proveedor para ningún uso que no esté relacionado con el contrato. Así mismo el proveedor no utilizará los documentos, datos u otra información recibida de la contratante para ningún otro propósito diferente al de la ejecución del contrato.

La obligación de las partes arriba mencionadas, no aplicará a la información que:

1. La contratante o el proveedor requieran compartir con otras instituciones que participan en el financiamiento del contrato,
2. Actualmente o en el futuro se hace de dominio público sin culpa de ninguna de las partes,
3. Puede comprobarse que estaba en posesión de esa parte en el momento que fue divulgada y no fue previamente obtenida directa o indirectamente de la otra parte, o
4. Que de otra manera fue legalmente puesta a la disponibilidad de esa parte por un tercero que no tenía obligación de confidencialidad.

Las disposiciones precedentes no modificarán de ninguna manera ningún compromiso de confidencialidad otorgado por cualquiera de las partes a quien esto compete antes de la fecha del contrato con respecto a los suministros o cualquier parte de ellos.

Las disposiciones de esta cláusula permanecerán válidas después del cumplimiento o terminación del contrato por cualquier razón

Obligatoriedad de declarar información del personal del proveedor, consultor o contratista en el SICP

1. El proveedor deberá proporcionar los datos de identificación de sus subproveedores, así como de las personas físicas por medio de las cuales propone cumplir con las obligaciones del contrato, dentro de los treinta días posteriores a la obtención del código de contratación, y con anterioridad al primer pago que vaya a percibir en el marco de dicho contrato, con las especificaciones respecto a cada una de ellas. A ese respecto, el contratista deberá consignar dichos datos en el Formulario de Identificación del Personal (FIP) y en el Formulario de Identificación de Servicios Personales (FIS), a través del Registro del Proveedor del Estado.
2. Cuando ocurra algún cambio en la nómina del personal o de los subcontratistas propuestos, el proveedor o contratista está obligado a actualizar el FIP.
3. Como requerimiento para efectuar los pagos a los proveedores o contratistas, la contratante, a través del procedimiento establecido para el efecto por la entidad previsional, verificará que el proveedor o contratista se encuentre al día en el cumplimiento con sus obligaciones para con el Instituto de Previsión Social (IPS).
4. La contratante podrá realizar las diligencias que considere necesarias para verificar que la totalidad de las personas que prestan servicios personales en relación de dependencia para la contratista y eventuales subcontratistas se encuentren debidamente individualizados en los listados recibidos.
5. El proveedor o contratista deberá permitir y facilitar los controles de cumplimiento de sus obligaciones de aporte obrero patronal, tanto los que fueran realizados por la contratante como los realizados por el IPS, y por funcionarios de la DNCP. La negativa expresa o tácita se considerará incumplimiento del contrato por causa imputable al proveedor o contratista.
6. En caso de detectarse que el proveedor o contratista o alguno de los subcontratistas, no se encontraran al día con el cumplimiento de sus obligaciones para con el IPS, deberán ser emplazados por la contratante para que en diez (10) días hábiles cumplan con sus obligaciones pendientes con la previsional. En el caso de que no lo hiciera, se considerará incumplimiento del contrato por causa imputable al proveedor o contratista.

Porcentaje de Garantía de Fiel Cumplimiento de Contrato

El Porcentaje de Garantía de Fiel Cumplimiento de Contrato es de:

10,00 %

El proveedor debe presentar esta garantía dentro de los 10 días corridos siguientes a la fecha de suscripción del contrato.

Forma de Instrumentación de Garantía de Fiel Cumplimiento de Contrato

La garantía de fiel cumplimiento de contrato adoptará alguna de las siguientes formas: Garantía bancaria o Póliza de Seguros.

Periodo de validez de la Garantía de Cumplimiento de Contrato

El plazo de vigencia de la Garantía de Fiel Cumplimiento de Contrato será (en días corridos) de:

31 DE ENERO DE 2029

Si la entrega de los bienes o la prestación de los servicios, se realizare en un plazo menor o igual a diez (10) días corridos posteriores a la firma del contrato, la garantía de fiel cumplimiento deberá ser entregada antes del cumplimiento de la prestación.

Una vez cumplidas las obligaciones por parte del proveedor o contratista, la Garantía de Fiel Cumplimiento de Contrato podrá ser liberada y devuelta al proveedor, a requerimiento de parte, dentro de los treinta (30) días contados a partir de la fecha de cumplimiento de las obligaciones, incluyendo cualquier obligación relativa a la garantía de los bienes y/o servicios.

Formas y condiciones de pago

El adjudicado para solicitar el pago de las obligaciones deberá presentar la solicitud acompañada de los siguientes documentos:

1. Documentos Genéricos:

- a. Nota de remisión u orden de prestación de servicios según el objeto de la contratación;
- b. La factura de pago, con timbrado vigente, la cual deberán expresar claramente por separado el Impuesto al Valor Agregado (IVA) de conformidad con las disposiciones tributarias aplicables. En ningún caso el valor total facturado podrá exceder el valor adjudicado o las adendas aprobadas;
- c. REPSE (registro de prestadores de servicios) todos los que son prestadores de servicios;
- d. Certificado de Cumplimiento Tributario;
- e. Constancia de Cumplimiento con la Seguridad Social;
- f. Formulario de Identificación de Servicios Personales (FIS);
- g. Certificado laboral vigente expedido por la Dirección de Obrero Patronal dependiente del Viceministerio de Trabajo, siempre que el sujeto esté obligado a contar con el mismo, de conformidad a la reglamentación pertinente - CPS

Otras formas y condiciones de pago al proveedor en virtud del contrato serán las siguientes:

Los pagos se llevarán a cabo dentro de los 60 (sesenta) días después de la presentación de una factura por el proveedor y después de la aceptación por parte del Administrador del Contrato, la cual no podrá superar 15 (quince) días posteriores a su presentación, salvo causas debidamente justificadas. Los pagos se llevarán a cabo en la cuenta habilitada por el proveedor y para el efecto se requiere la Constancia de cuenta Bancaria.

Del importe de cada factura, deducidos los impuestos correspondientes, que presenten a cobro los proveedores, consultores y contratistas, con motivo de la ejecución de los contratos materia de la presente ley, las contratantes deberán retener el equivalente al 0,4% (cero coma cuatro por ciento).

Teniendo en cuenta que el proceso reviste de carácter Plurianual, se aclara que los pagos realizados en ejercicios próximos se encuentran supeditados a la aprobación del presupuesto.

OBSERVACIONES PARA LA FORMALIZACION DE LA CONTRATACIÓN:

CONTRATO, siendo la modalidad de contratación la de CONTRATO ABIERTO

MONTO MAXIMO	G. 25.920.000.000.-(guaraníes veinticinco mil novecientos veinte millones)
MONTO MINIMO	G. 12.960.000.000.-(guaraníes doce mil novecientos sesenta millones)

La vigencia del contrato será desde el día de su suscripción por ambas partes, hasta el 31 de diciembre 2028.

Considerando su carácter de Ad Referéndum y plurianual, se deja expresa constancia que, la validez o continuidad de la contratación quedará supeditada a la disponibilidad de créditos presupuestarios aprobados y asignación del Plan Financiero en los Ejercicios Fiscales 2026, 2027 y 2028.

Los rubros para esta Contratación se hallan previstos en la partida del Objeto del Gasto 271 Servicios de medicinas prepagas y de salud, del Presupuesto General de la Nación para el Ejercicio Fiscal 2025, fuente de financiamiento FF. 10 Recursos del Tesoro.

2. La Contratante efectuará los pagos, dentro del plazo establecido en este apartado, sin exceder sesenta (60) días después de la presentación de una factura por el proveedor. La contratante deberá expedirse respecto a la aceptación o rechazo de la factura, a más tardar en quince (15) días corridos posteriores a su presentación.

3. De conformidad a las disposiciones del Decreto N° 7781/2006, del 30 de junio de 2006 y modificatoria, en las contrataciones con Organismos de la Administración Central, el proveedor deberá habilitar su respectiva cuenta corriente o caja de ahorro en un Banco de plaza y comunicar a la Contratante para que ésta gestione ante la Dirección General del Tesoro Público, la habilitación en el Sistema de Tesorería (SITE).

El certificado previsto en el inciso g), se requerirá únicamente para el último pago.

Solicitud de suspensión de la ejecución del contrato

Si la mora en el pago por parte de la contratante fuere superior a sesenta (60) días corridos, el proveedor, consultor o contratista, tendrá derecho a solicitar por escrito la suspensión de la ejecución del contrato por causas imputables a la contratante.

La solicitud deberá ser respondida por la contratante dentro de los 10 (diez) días hábiles de haber recibido por escrito el requerimiento. Pasado dicho plazo sin respuesta se considerará denegado el pedido, con lo que se agota la instancia administrativa quedando expedita la vía contencioso administrativa.

Si la demora en el pago fuese superior a ciento veinte (120) días corridos, el proveedor, consultor o contratista podrá proceder a la suspensión del cumplimiento del contrato, debiendo comunicar a la contratante con un mes de antelación tal circunstancia, a efectos del reconocimiento de los derechos que puedan derivarse de dicha suspensión, en los términos establecidos en la Ley. En este supuesto, el pago total de lo adeudado por la contratante determinará la continuidad del cumplimiento del contrato.

Anticipo MIPYMES

Se otorgará Anticipo MIPYMES:

No Aplica

Solicitud de Pago de Anticipo

El plazo dentro del cual se solicitará el anticipo será (en días corridos) de:

No Aplica

Forma de Instrumentación de Garantía de anticipo

La forma de instrumentación de la Garantía de Anticipo será:

No Aplica

Reajuste

El precio del contrato estará sujeto a reajustes. La fórmula y el procedimiento para el reajuste serán los siguientes:

Siempre y cuando la variación del IPC publicado por el BCP haya sufrido una variación igual o mayor al quince por ciento (15%) referente a la fecha de apertura de ofertas: Será por nota de solicitud por parte del adjudicado.

$$Pr = P \times IPC1$$

IPC0

Donde:

Pr: Precio Reajustado.

P: Precio Adjudicado.

IPC1: Índice de Precios al Consumidor publicado por el Banco Central del Paraguay, correspondiente al mes de la prestación del servicio.

IPC0: Índice de Precios al Consumidor publicado por el Banco Central del Paraguay, correspondiente al mes de la apertura de ofertas.

No se reconocerán reajustes de precios si la prestación del servicio se encuentra retrasado respecto al Plan de entregas del PBC. Los precios reajustados, solo tendrán incidencia sobre los servicios no prestados y no tendrán ningún efecto retroactivo respecto a los servicios ya prestados antes de la verificación del reajuste.

El reajuste deberá ser solicitado por escrito a la Contraloría General de la República por el proveedor. La solicitud debe realizarse indefectiblemente dentro del mes siguiente en el cual se produjeron las variaciones, bajo pena de no poder solicitarlo posteriormente.

La variación del valor del contrato por reajuste de precios, no constituye modificación del contrato en los términos de la Ley N° 7021/22 "De Suministro y Contrataciones Públicas", sin embargo, deberá contar con un Código de Contratación, para cuya

obtención se deberá cumplir con los requerimientos establecidos por la DNCP.

Porcentaje de multas

El valor del porcentaje de multas que será aplicado por el atraso en la entrega de los bienes, prestación de servicios será de:

0,10 %

La contratante podrá deducir en concepto de multas una suma equivalente al porcentaje del precio de entrega de los bienes atrasados, por cada día de atraso indicado en este apartado.

La aplicación de multas no libera al proveedor del cumplimiento de sus obligaciones contractuales.

Tasa de interés por Mora

En caso de que la contratante incurriera en mora en los pagos, se aplicará una tasa de interés por cada día de atraso, del:

0,01

En ningún caso el porcentaje podrá superar al tope máximo definido en la Resolución MEF N° 12/2025, en cuyo supuesto, se aplicará un ajuste automático al contrato con los topes respectivos, de conformidad a las reglas establecidas en la mencionada resolución, según se traten de contratos en guaraníes o en dólares estadounidenses.

La mora será computada a partir del día siguiente del vencimiento del pago y no incluye el día en el que la contratante realiza el pago.

Si la contratante no efectuara cualquiera de los pagos al proveedor en las fechas de vencimiento correspondiente, la contratante pagará al proveedor interés sobre los montos de los pagos morosos a la tasa establecida en este apartado, por el período de la demora hasta que haya efectuado el pago completo, ya sea antes o después de cualquier juicio.

Si la mora fuera superior a 60 días, el proveedor, consultor o contratista tendrá derecho a la suspensión del contrato, por motivos que no le serán imputables, previa comunicación a la contratante, de acuerdo a lo establecido en el artículo 66 de la Ley N° 7021/22.

Impuestos y derechos

En el caso de bienes de origen extranjero, el proveedor será totalmente responsable del pago de todos los impuestos, derechos, gravámenes, timbres, comisiones por licencias y otros cargos similares que sean exigibles fuera y dentro de la República del Paraguay, hasta el momento en que los bienes contratados sean entregados al contratante.

En el caso de origen nacional, el proveedor será totalmente responsable por todos los impuestos, gravámenes, comisiones por licencias y otros cargos similares incurridos hasta el momento en que los bienes contratados sean entregados a la contratante.

El proveedor será responsable del pago de todos los impuestos y otros tributos o gravámenes con excepción de los siguientes:

No Aplica

Convenios Modificatorios

La contratante podrá acordar modificaciones al contrato conforme al artículo N° 67 de la Ley N° 7021/22 “De Suministro y Contrataciones Públicas”.

1. Cuando el sistema de adjudicación adoptado sea de abastecimiento simultáneo las ampliaciones de los contratos se registrarán por las disposiciones contenidas en la Ley N° 7021/22, sus modificaciones y reglamentaciones, que para el efecto emita la DNCP.
2. Tratándose de contratos abiertos, las modificaciones a ser introducidas se registrarán atendiendo a la reglamentación vigente.
3. La celebración de un convenio modificatorio conforme a las reglas establecidas en el artículo N° 67 de la Ley N° 7021/22, que constituyan condiciones de agravación del riesgo cuando la Garantía de Cumplimiento de Contrato sea formalizada a través de póliza de seguro, obliga al proveedor a informar a la compañía aseguradora sobre las modificaciones a ser realizadas y en su caso, presentar ante la contratante los endosos por ajustes que se realicen a la póliza original en razón al convenio celebrado con la contratante.

Limitación de responsabilidad

Excepto en casos de negligencia grave o actuación de mala fe, el proveedor no tendrá ninguna responsabilidad contractual de agravio o de otra índole frente a la contratante por pérdidas o daños indirectos o consiguientes, pérdidas de utilización, pérdidas de producción, o pérdidas de ganancias o por costo de intereses, estipulándose que esta exclusión no se aplicará a ninguna de las obligaciones del proveedor de pagar a la contratante las multas previstas en el contrato.

Responsabilidad del proveedor

El proveedor deberá suministrar todos los bienes o servicios de acuerdo con las condiciones establecidas en el pliego de bases y condiciones, sin perjuicio de las responsabilidades establecidas en la Ley N° 7021/22.

Caso Fortuito o Fuerza Mayor

El proveedor no estará sujeto a la ejecución de su Garantía de Cumplimiento, liquidación por daños y perjuicios o terminación por incumplimiento en la medida en que la demora o el incumplimiento de sus obligaciones en virtud del

contrato sea el resultado de un evento de Caso fortuito o Fuerza Mayor.

Para fines de esta cláusula, "Fuerza Mayor" significa un evento o situación fuera del control del proveedor que es imprevisible, inevitable y no se origina por descuido o negligencia del mismo. Tales eventos pueden incluir sin que éstos sean los únicos actos de la autoridad en su capacidad soberana, catástrofes naturales, incendios, inundaciones, epidemias, pandemias, restricciones de cuarentena, embargos de cargamentos, explosiones, guerras, insurrección, movilización, huelgas, temblores de tierras y decisiones gubernamentales.

Para fines de esta cláusula, "Caso Fortuito" significa es un evento extraordinario, imprevisto, inevitable, que imposibilita absolutamente el cumplimiento de la prestación y/u obligación.

El proveedor deberá demostrar el nexo existente entre el caso notorio y la obligación pendiente de cumplimiento. El caso fortuito o la fuerza mayor solamente podrá afectar a la parte del contrato cuyo cumplimiento imposible fue demostrado.

Por consiguiente, no se considerarán como casos fortuitos o de Fuerza Mayor los actos o acontecimientos cuya ocurrencia podría preverse y cuyas consecuencias podrían evitarse actuando con diligencia razonable. De la misma manera, no se considerarán caso fortuito o fuerza mayor los actos o acontecimientos que hagan el cumplimiento de una obligación únicamente más difícil o más onerosa para la parte correspondiente.

Si se produjera un acontecimiento de Caso fortuito o fuerza mayor, el contratista tendrá derecho a una prórroga razonable de los plazos de ejecución.

Si se presentara un evento de Caso Fortuito o de Fuerza Mayor, el proveedor notificará por escrito a la contratante sobre dicha condición y causa, en el plazo de siete (7) días calendario a partir del día siguiente en que el proveedor haya tenido conocimiento del evento o debiera haber tenido conocimiento del evento. Transcurrido el mencionado plazo, sin que el proveedor o contratista haya notificado a la convocante la situación que le impide cumplir con las condiciones contractuales, no podrá invocar caso fortuito o fuerza mayor. Excepcionalmente, la convocante bajo su responsabilidad, podrá aceptar la notificación del evento de caso fortuito o de fuerza mayor en un plazo mayor, debiendo acreditar el interés público comprometido.

El caso fortuito o de fuerza mayor debe ser invocado con posterioridad a la suscripción del contrato y durante la vigencia del contrato, siempre y cuando el hecho haya ocurrido dentro del plazo de ejecución contractual.

A menos que la contratante disponga otra cosa por escrito, el proveedor continuará cumpliendo con sus obligaciones en virtud del contrato en la medida que sea razonablemente práctico, y buscará todos los medios alternativos de cumplimiento que no estuviesen afectados por la situación de caso fortuito o fuerza mayor existente

Causales de terminación del contrato

1. Terminación por Incumplimiento

a) La contratante, sin perjuicio de otros recursos a su disposición en caso de incumplimiento del contrato, podrá terminar el contrato, en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- i. Si el proveedor no entrega parte o ninguno de los bienes dentro del período establecido en el contrato, o dentro de alguna prórroga otorgada por la contratante; o
- ii. Si el proveedor no cumple con cualquier otra obligación en virtud del contrato; o
- iii. Si el proveedor, a juicio de la contratante, durante el proceso de licitación o de ejecución del contrato, ha participado en actos de fraude y corrupción;
- iv. Cuando las multas por atraso superen el monto de la Garantía de Cumplimiento de Contrato;
- v. Por suspensión de los trabajos, imputable al proveedor o al contratista, por más de sesenta días calendarios, sin que medie fuerza mayor o caso fortuito;
- vi. En los demás casos previstos en este apartado.

2. Terminación por insolvencia o quiebra

La contratante podrá terminar el contrato mediante comunicación por escrito al proveedor si éste se declarase en quiebra o en estado de insolvencia.

3. Terminación por conveniencia

a) La contratante podrá en cualquier momento terminar total o parcialmente el contrato por razones de interés público

debidamente justificada, mediante notificación escrita al proveedor. La notificación indicará la razón de la terminación, así como el alcance de la terminación con respecto a las obligaciones del proveedor, y la fecha en que se hace efectiva dicha terminación.

b) Los bienes que ya estén fabricados y estuviesen listos para ser enviados a la contratante dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de recibo de la notificación de terminación del contrato deberán ser aceptados por la contratante de acuerdo con los términos y precios establecidos en el contrato. En cuanto al resto de los bienes la contratante podrá elegir entre las siguientes opciones:

-Que se complete alguna porción y se entregue de acuerdo con las condiciones y precios del contrato; y/o

-Que se cancele la entrega restante y se pague al proveedor una suma convenida por aquellos bienes que hubiesen sido parcialmente completados y por los materiales y repuestos adquiridos previamente por el proveedor.

Se podrán establecer otras causales de terminación de contrato, de acuerdo a su naturaleza, y se deberán tener en cuenta además, las previstas en el artículo 72 y concordantes de la Ley N° 7021/22.

Otras causales de terminación del contrato

Además de las ya indicadas en la cláusula anterior, otras causales de terminación de contrato son:

No Aplica

Medio alternativo de Resolución de Conflictos a través del Avenimiento.

“Los contratistas, proveedores, consultores y contratantes, podrán solicitar la intervención de la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas alegando el incumplimiento de los términos y condiciones pactados en los contratos regidos por la Ley N° 7021/22. Una vez recibida la solicitud respectiva, dentro de los 15 (quince) días hábiles siguientes a la fecha de su recepción, la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas señalará día y hora para audiencia de avenimiento a la que serán citadas las partes. Los requisitos y formalidades para admitir o rechazar la solicitud de intervención, así como los demás trámites del procedimiento de avenimiento serán dispuestos en la reglamentación. Serán aplicables al procedimiento de Avenimiento las disposiciones contenidas en la sección I del Capítulo XVI “PROCEDIMIENTOS JURIDICOS SUSTANCIADOS ANTE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE CONTRATACIONES PÚBLICAS” de la Ley N° 7021/22.

Medio Alternativo de Resolución de Conflictos a través de la Mediación

El procedimiento de Mediación se podrá llevar a cabo ante:

- El Poder Judicial.

El mediador deberá pertenecer a las Listas del Poder Judicial o del CAMP, según la selección de sede establecida.

Todas las controversias que deriven del presente contrato o que guarden relación con éste y sean susceptibles de transacción o conciliación, podrán ser resueltas por mediación, conforme con las disposiciones de la Ley N° 7021/22 "De Suministro y Contrataciones Públicas", de la Ley N° 1879/02 "De Arbitraje y Mediación" y las condiciones del contrato. El proceso será presidido mediante la asistencia de un tercero neutral, denominado mediador, de conformidad a la sede establecida. Se aplicará el reglamento respectivo y demás disposiciones que regulen dicho procedimiento al momento de ser requerido, declarando las partes conocer y aceptar los vigentes, incluso en orden a su régimen de gastos y costas, considerándolos parte integrante del presente contrato. Para la ejecución del acta de Mediación, o para dirimir cuestiones que no sean arbitrables, las partes se someterán a la jurisdicción de los tribunales de la ciudad de Asunción, República del Paraguay.

Medio alternativo de Resolución de Conflictos a través del Arbitraje

El procedimiento arbitral se podrá llevar a cabo ante las sedes del Centro de Arbitraje y Mediación del Paraguay (en adelante, "CAMP"). El tribunal será conformado por:

- Árbitro único

El o los árbitros designados deberán pertenecer a la lista del cuerpo arbitral del CAMP, que decidirá conforme a derecho, siendo el laudo definitivo y vinculante para las partes.

Todas las controversias que deriven del presente contrato o que guarden relación con éste serán resueltas definitivamente por arbitraje, conforme con las disposiciones de la Ley N° 7021/22 "De Suministro y Contrataciones Públicas", de la Ley N° 1879/02 "De arbitraje y mediación" y las condiciones del Contrato. Se aplicará el reglamento respectivo y demás disposiciones que regule dicho procedimiento al momento de ser requerido, declarando las partes conocer y aceptar los vigentes, incluso en orden a su régimen de gastos y costas, considerándolos parte integrante del presente contrato. Para la ejecución del laudo arbitral, o para dirimir cuestiones que no sean arbitrables, las partes se someterán a la jurisdicción de los tribunales de la ciudad de Asunción, República del Paraguay".

MODELO DE CONTRATO

Este modelo de contrato, constituye la proforma del contrato a ser utilizado una vez adjudicado al proveedor y en los plazos dispuestos para el efecto por la normativa vigente.

EL MODELO DE CONTRATO SE ENCUENTRA EN UN ARCHIVO ANEXO A ESTE DOCUMENTO.

FORMULARIOS

Los formularios dispuestos en esta sección son los estándar a ser utilizados por los potenciales oferentes para la preparación de sus ofertas.

ESTA SECCIÓN DE FORMULARIOS SE ENCUENTRA EN UN ARCHIVO ANEXO A ESTE DOCUMENTO, DEBIENDO LA CONVOCANTE MANTENERLO EN FORMATO EDITABLE A FIN DE QUE EL OFERENTE LO PUEDA UTILIZAR EN LA PREPARACION DE SU OFERTA.

