

Consultas Realizadas

Licitación 462289 - LLAMADO MOPC N° 4/2025 LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL PARA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL DE FUNCIONARIOS DEL MOPC

Consulta 1 - Pregunta

Consulta	Fecha de Consulta	24-04-2025
Página 17 y 18, donde establece la "CAPACIDAD FINANCIERA" y "LOS REQUISITOS DOCUMENTALES PARA LA EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FINANCIERA" Se solicita considerar los ejercicios fiscales 2019, 2020, 2021, 2022 y 2023 como período de referencia para evaluar las ofertas. Esto permitiría una mayor amplitud y diversidad en la competencia.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	04-06-2025
se mantiene lo establecido en el pliego de bases y condiciones.		

Consulta 2 - Pregunta 2

Consulta	Fecha de Consulta	24-04-2025
Página 19, donde dice "La experiencia en la prestación de servicios de medicina prepaga deberá ser como mínimo de 10 (diez) años, el cual será demostrado a través de la Constancia emitida por el Ministerio de Salud y Bienestar Social" y Pág. 20 donde dice "Constancia emitida por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social". Se solicita que la constancia sea emitida por la SUPERINTENDENCIA DE SALUD, ya que el MSPyBS ya no tiene prerrogativa en las habilitaciones de las Entidades de Medicina Prepaga (Resolución S.G. N° 656).		

Respuesta	Fecha de Respuesta	04-06-2025
El criterio fue modificado teniendo en cuenta su consulta. Favor remitirse a la Adenda N° 2 al PBC.		

Consulta 3 - Pregunta 3

Consulta	Fecha de Consulta	24-04-2025
Página 20, donde dice "Los Oferentes deberán presentar contratos vigentes, y/o pre-acuerdos con cada uno de los Prestadores Adheridos propuestos (sanatoriales, laboratoriales, urgencias, emergencias e imágenes de las diistintas especialiidades) así como de servicios de ambulancias válidos durante el periodo requerido en este llamado a licitación (como míniimo 24 meses contados a partiir del 30/05/2025) mediante una Carta Compromiso" y Pág. 21 donde dice "1) Presentar contratos vigentes, y/o carta de compromiso entre el Oferente y los Prestadores Adheridos propuestos, de cada especialidad, con servicios requeridos con vigencia mínima de 24 meses contados a partir del 30/05/2025.", y demás textos concordantes, se solicita modificar la presentación de contratos de cada uno de los prestadores por una Declaración Jurada de prestadores habilitados. Esta modificación tiene como objetivo agilizar el proceso de entrega de oferta y mejorar la verificación y control de estos.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	04-06-2025
El criterio fue modificado teniendo en cuenta su consulta. Favor remitirse a la Adenda N° 2 al PBC.		

Consulta 4 - Pregunta 4

Consulta	Fecha de Consulta	24-04-2025
Página 20, donde dice “Los oferentes deberán proveer cobertura de hemodiálisis en cada una de las ciudades: de Asunción, Ciudad del Este y Encarnación”, ¿debe entenderse que la cobertura en cuestión se limita a hemodiálisis aguda?.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	04-06-2025
El criterio fue modificado teniendo en cuenta su consulta. Favor remitirse a la Adenda N° 2 al PBC.		

Consulta 5 - Pregunta 5

Consulta	Fecha de Consulta	24-04-2025
Solicitamos que el plazo del contrato de seguro médico sea fijado en 12 meses en vez de 24 meses, ya que el rubro de la salud es altamente fluctuante y los costos pueden variar significativamente en períodos cortos. Cotizar a dos años obliga a prever contingencias económicas inciertas, lo que encarece innecesariamente la prestación. Un plazo anual permitiría condiciones más competitivas y justas, beneficiando tanto al contratante como al proveedor.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	04-06-2025
El criterio fue modificado teniendo en cuenta su consulta. Favor remitirse a la Adenda N° 2 al PBC.		

Consulta 6 - Pregunta 6

Consulta	Fecha de Consulta	24-04-2025
Página 26, donde dice “EL PROVEEDOR, deberá habilitar Sanatorios y/o Centros Prestadores de Servicios Adheridos con capacidad de atención y especialidades en todo el país, todos certificados por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social”. Se sugiere considerar la mesa de entrada del proceso de habilitación ante el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, debido que muchos de los centros asistenciales del interior del país se encuentran en proceso de habilitación. Del mismo modo se solicita que en las ciudades pertinentes al PBC, en que no se cuente con Sanatorios y/o Centros, sea permitido ofrecer los más próximos.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	04-06-2025
Con respecto a esta consulta, informamos que se mantiene lo establecido en el Pliego de Bases y Condiciones.		

Consulta 7 - Página 26

Consulta	Fecha de Consulta	24-04-2025
Página 26, donde dice “Un mínimo de 4 (cuatro) Sanatorios o Centros Asistenciales, estos Sanatorios deberán contar con Capacidad Instalada para la atención de Nivel III, certificada por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y de libre elección para los Asegurados. Un mínimo de 4 (Cuatro) Centros de Estudios por Imágenes, certificado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y de Libre Elección para el Asegurado. Un mínimo de 6 (seis) Laboratorios de Análisis certificados por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Debiendo indicar cuales serán los 4 (cuatro) de Libre Elección.” Se solicita la disminución de las cantidades de sanatorios, centros de diagnósticos y laboratorios ya que algunos de los centros asistenciales no cumplen con los estándares de calidad y seguridad requeridos, lo que puede poner en riesgo la salud y el bienestar de los pacientes. Esta medida permitiría enfocarse en los centros asistenciales que ofrecen servicios de alta calidad y seguridad.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	04-06-2025
Con respecto a esta consulta, informamos que se mantiene lo establecido en el Pliego de Bases y Condiciones.		

Consulta 8 - Página 29

Consulta	Fecha de Consulta	24-04-2025
Página 29, donde dice “La provisión de los servicios de salud y los suministros contemplados, deberá incluir todos aquellos ítems que no hubiesen sido expresamente indicados en el presente Pliego de Bases y Condiciones, pero que puedan ser necesarios para satisfacer los requerimientos de suministro contemplados, por lo tanto dichos suministros y/o servicios serán proveídos por el PROVEEDOR hasta el límite de cobertura establecida, como si hubiesen sido expresamente mencionados, salvo aquellas disposiciones contrarias establecidas en el presente Pliego de Bases y Condiciones.” Se solicita la eliminación de la cláusula que establece la obligación del proveedor de proporcionar servicios y suministros no expresamente mencionados en el Pliego de Bases y Condiciones. La eliminación de esta cláusula se justifica debido a que puede generar incertidumbre y riesgos para el proveedor, ya que no se establecen límites claros y precisos sobre los servicios y suministros que deben ser proporcionados.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	04-06-2025
Con respecto a esta consulta, informamos que se mantiene lo establecido en el Pliego de Bases y Condiciones.		

Consulta 9 - Cobertura total

Consulta	Fecha de Consulta	24-04-2025
En reiteradas partes del PBC se hace referencia a “Cobertura total”. Al respecto, debemos entender que ello corresponde a la cobertura total, pero dentro de los límites indicados expresamente en el pliego de bases y condiciones, conforme a las coberturas indicadas en los mismos.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	04-06-2025
con relación a esta consulta, informamos que es correcta la interpretación establecida. El mismo se amplía en la Adenda N° 2 en la sección "Glosario - Cobertura total"		

Consulta 10 - Página 30

Consulta	Fecha de Consulta	24-04-2025
Página 30, en la sección de “ASEGURADO ADHERENTES”, se solicita que esto se limite sólo a hijos mayores de 25 años y padres. Así también, que sea modificado el PBC estableciendo que con 1 (una) cuota vencida el servicio ya será suspendido y, en el caso del vencimiento de una cuota más, o sea, con 2 (dos) cuotas vencidas, será dado de baja definitivamente el adherente.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	04-06-2025
El criterio fue modificado teniendo en cuenta su consulta. Favor remitirse a la Adenda N° 2 al PBC.		

Consulta 11 - Página 31

Consulta	Fecha de Consulta	24-04-2025
Página 31, en el apartado “DE LA TABLA DE ARANCELES PARA ADHERENTES DEL ASEGURADO TITULAR”. Atendiendo a que el precio referencial del presente llamado se encuentra muy por debajo del rango del mercado, se solicita que en lo que respecta a los porcentajes a pagar por adherente, conforme a dicha tabla, se ajusten los porcentajes sumando un 25% mas en cada punto. Esto considerando que no resulta económicamente factible prestar los servicios a los valores estipulados y/o en su defecto, prestarlo con los estándares de calidad requeridos.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	04-06-2025
El criterio fue modificado teniendo en cuenta su consulta. Favor remitirse a la Adenda N° 2 al PBC.		

Consulta 12 - Página 31

Consulta	Fecha de Consulta	24-04-2025
Página 31, donde dice: “DE LOS PLAZOS DE INCLUSION Y EXCLUSION DE ASEGURADOS BENEFICIARIOS Y ASEGURADOS ADHERENTES: 1. No se aplicará plazo, ni limitaciones de ninguna índole para las inclusiones y/o exclusiones de Asegurados Beneficiarios o Grupo Familiar y Asegurados Adherentes, con excepción de aquellas expresamente establecidas en las Especificaciones del presente Pliego de Bases y Condiciones.”. Solicitamos establecer un plazo máximo de 60 días para la inclusión de adherentes ya que de otro modo, permitiendo que puedan ser incluidos en cualquier momento, afectaría el equilibrio económico del contrato y esto es una situación que debe ser previsionada, impactando directamente en los precios ofertados. Así también, solicitamos establecer que una vez incluido los mismos, deben permanecer hasta la finalización del contrato.		
Respuesta	Fecha de Respuesta	04-06-2025
El requisito fue modificado. Favor tener en cuenta lo establecido en la Adenda N° 2 al PBC.		

Consulta 13 - Página 32

Consulta	Fecha de Consulta	24-04-2025
Página 32, donde dice “El Asegurado Titular podrá incluir a un nuevo Asegurado Beneficiario bajo el régimen de Unión de Hecho, siempre y cuando se cumplan las condiciones establecidas en los puntos 1. inciso F) o G) y en el punto 3.6.2 de este Pliego de Bases y Condiciones”. Solicitamos reformular este punto ya que los incisos F) y G) únicamente aplican para el caso de un matrimonio civil, no así para el caso de “union de hecho”. Esto, considerando que dichos incisos hacen referencia a “divorcio” (inciso F) y “enviudar” (inciso G). Entendemos que lo que correspondería, y solicitamos modificar el PBC en este sentido, es que dicha inclusión de un nuevo beneficiario (sustitución del declarado inicialmente), sea únicamente si es que el titular contrae matrimonio.		
Respuesta	Fecha de Respuesta	04-06-2025
El punto fue modificado. Favor tener en cuenta lo establecido en la Adenda N° 2 al PBC.		

Consulta 14 - En la Página 34

Consulta	Fecha de Consulta	24-04-2025
En la Página 34, dice que “EL PROVEEDOR garantizará que los precios de los medicamentos y materiales descartables cubiertos y no cubiertos en todos los servicios ofrecidos, no podrán ser superiores a los precios de venta al público fijado por la Cámara de Farmacias del Paraguay (CAFAPAR) de acuerdo a la marca y procedencia de los mismos.”. Al respecto, debemos aclarar que los materiales y descartables cubiertos y no cubiertos no están regulados ni fijados por la CAFAPAR.		
Respuesta	Fecha de Respuesta	04-06-2025
Este requisito fue ajustado. Favor recurrir a lo establecido en la Adenda N° 2 al PBC.		

Consulta 15 - Página 34

Consulta	Fecha de Consulta	24-04-2025
Página 34, donde dice: “EL PROVEEDOR expedirá con cada cobertura solicitada por los Asegurados, un presupuesto detallado de los servicios, medicamentos, materiales quirúrgicos, protésicos o de osteosíntesis no contemplados en la cobertura, de acuerdo a la especialidad o procedimiento requerido, lo más exacto que pueda ser posible.” Es de imposible cumplimiento ya que la complejidad y especificidad de los materiales requeridos en cada caso hacen imposible proporcionar un presupuesto detallado preciso sin conocer los detalles específicos del procedimiento. Además, la expresión “lo más exacto que pueda ser posible” es sumamente ambigua y se prestaría a interpretaciones diversas al momento de ser realizado.		
Respuesta	Fecha de Respuesta	04-06-2025
Este punto fue ajustado. Favor tener en cuenta la modificación establecida en la Adenda N° 2 al PBC.		

Consulta 16 - Página 34

Consulta	Fecha de Consulta	24-04-2025
Página 34, “En caso de que el Asegurado cuente con seguro del Instituto de Previsión Social y se encuentre internado en Sanatorios o Centros Prestadores de Servicios Adheridos, EL PROVEEDOR autorizará el ingreso de medicamentos y otros insumos, equipos y dispositivos de tratamientos mediante documento expedido por el Instituto de Previsión Social (IPS).”, Consideramos que esta solicitud es de imposible cumplimiento, ya que la responsabilidad de la autorización recae en el centro asistencial (sanatorio). El proveedor, no tiene control ni injerencia en las políticas de sanidad y autorización que el centro asistencial pueda tener en relación con este tema.		
Respuesta	Fecha de Respuesta	04-06-2025
Con relación a este punto, el mismo fue ajustado. Favor tener en cuenta lo establecido en la Adenda N° 2 del PBC.		

Consulta 17 - Página 35

Consulta	Fecha de Consulta	24-04-2025
Página 35, donde dice “En caso de que el Centro habilitado Adherido al Servicio, no cuente con las vacunas con cobertura contempladas en este Pliego de Bases y Condiciones, el asegurado deberá comunicar a EL PROVEEDOR para que esta le asigne otro centro de vacunación (En zona no superior a 20 kilómetros del lugar donde reside el Asegurado) y si no cuenta con vacunas podrá recurrir a un Centro Privado, debiendo EL PROVEEDOR realizar el reembolso respectivo en el plazo máximo de treinta (30) días contados a partir de la solicitud de Reembolso” Consideramos que la cláusula que establece la obligación de proporcionar vacunas con cobertura y realizar reembolsos en caso de no contar con ellas es de imposible cumplimiento. Esto se debe a que las vacunas autorizadas están sujetas al programa del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) y solo pueden ser administradas en centros vacunatorios autorizados por el Ministerio. El PROVEEDOR no tiene control sobre la disponibilidad de vacunas en los centros autorizados ni sobre las políticas de vacunación establecidas por el Ministerio. Por lo tanto, no puede garantizar la disponibilidad de vacunas específicas ni asumir la responsabilidad de reembolsos por vacunas obtenidas en centros privados.		
Respuesta	Fecha de Respuesta	04-06-2025
Este punto fue modificado. Favor tener en cuenta lo establecido en la Adenda N° 2 al PBC.		

Consulta 18 - Página 36

Consulta	Fecha de Consulta	24-04-2025
Página 36, donde dice "Todas las especialidades en Salud deberán contar con un mínimo de 10 (diez) profesionales, cuyo listado en carácter de Declaración Jurada, deberá formar parte de la Oferta del Proveedor, a excepción de aquellas especialidades cuya sociedad científica no acredita la disponibilidad requerida en este Pliego, que cuenten con 5 (cinco) años o más de experiencia en la especialidad, debiéndose aclarar en la oferta cuando se presenten estos casos.", se solicita se agregue las especialidades médicas certificadas por las sociedades médicas respectivas.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	04-06-2025
Con respecto a esta consulta, se mantiene lo establecido en el Pliego de Bases y Condiciones.		

Consulta 19 - Consulta

Consulta	Fecha de Consulta	24-04-2025
Página 37, donde dice "En ningún caso, el Prestador de Servicios Adherido, podrá requerir garante o aval alguno ya sea personal, documental o en efectivo al Asegurado por la prestación de los servicios.". Favor modificar el PBC estableciendo que esta prohibición aplica únicamente mientras los servicios se encuentren dentro de la cobertura brindada ya que, una vez que se exceda esta, resulta necesario exigir garantías para la continuidad en la prestación de los servicios. Caso contrario, esta es una contingencia que debe ser prevista al momento de cotizar e impactará en el monto.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	04-06-2025
Con respecto a esta consulta, se mantiene lo establecido en el Pliego de Bases y Condiciones.		

Consulta 20 - consulta

Consulta	Fecha de Consulta	24-04-2025
Página 37, en los puntos 5.5.13 y 5.5.15, la no limitación de estos puntos encarecen en tiene un impacto significativo en los costos, lo que a su vez encarece el precio del servicio más allá del límite presupuestario establecido por ley.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	04-06-2025
Con respecto a esta consulta, se mantiene lo establecido en el Pliego de Bases y Condiciones.		

Consulta 21 - pregunta

Consulta	Fecha de Consulta	24-04-2025
Página 35, donde dice "Todo Asegurado, podrá eventualmente consultar con un profesional de salud que no se encuentre en el listado de profesionales proveído por EL PROVEEDOR, no más de 20 (veinte) veces durante la vigencia del contrato por grupo familiar", Se considera que el cumplimiento de la cantidad de reembolsos establecida tendría un impacto significativo en los costos, lo que a su vez encarecería el precio del servicio más allá del límite presupuestario establecido por ley. Se recomienda la reduccion a 8 reembolsos.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	04-06-2025
Este criterio ha sido modificado. Favor tener en cuenta lo establecido en la Adenda N° 2 al PBC.		

Consulta 22 - Pregunta

Consulta	Fecha de Consulta	24-04-2025
Las coberturas tanto en ambulatorio como en internaciones clínicas, quirúrgicas, terapia y alta complejidad son genéricas y no tienen límites específicos. Como resultado, los costos asociados con estas coberturas exceden significativamente el presupuesto establecido, lo que a su vez encarece el precio del servicio más allá del límite permitido por la ley. Las coberturas en medicamentos, materiales descartables y desechables, así como materiales de osteosíntesis son muy amplias respecto al precio referencial, ya que sus costos son fluctuantes. El detalle genérico sin limitaciones en los medios auxiliares de diagnóstico, ya sea en análisis laboratoriales como en diagnóstico por imágenes, exceden del costo presupuestado, y encarecen en demasía el precio sobrepasando el límite indicado.		
Respuesta	Fecha de Respuesta	04-06-2025
Los requisitos para este punto han sido ajustados. Favor tener en cuenta las modificaciones establecidas en la Adenda N° 2 al PBC.		

Consulta 23 - Preguntas

Consulta	Fecha de Consulta	24-04-2025
Página 38 donde dice: "4. En caso de dudas o discrepancias de criterios en la interpretación, definición y/o aplicación de las coberturas y otras prestaciones o servicios emergentes del presente contrato, se solicitará la intermediación de la dependencia especializada del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y/o la Superintendencia de Salud, cuyo dictamen o posición, deberá ser acatada por ambas partes." Se solicita la eliminación de esta cláusula debido a que el procedimiento para resolver dudas o discrepancias en la interpretación y aplicación de las coberturas y prestaciones ya se encuentra establecido en la Ley N° 7021 de Suministro y Contrataciones Públicas. En las Páginas 38 y 39 se establecen las "SANCIONES" y allí se solicita reformularlas cuando haya casos de incumplimiento de alguna o varias cláusulas establecidas en este Pliego de Bases y condiciones y/o en el contrato, fehacientemente comprobadas por la CONTRATANTE, por causa imputable al PROVEEDOR o sus Prestadoras de Servicios Adheridos, apercibiendo -primeramente- al PROVEEDOR la cantidad de cuatro (4) veces consecutivas antes de una multa, en caso de reiterarse una misma falta una quinta vez, se procederá a la aplicación de una multa equivalente al 0,1% del valor del Servicio mensual facturado, sin perjuicio de las obligaciones de subsanar el inconveniente y/o eliminar las causales de incumplimiento.		
Respuesta	Fecha de Respuesta	04-06-2025
Estos puntos han sido modificados en la Adenda N° 2 del Pliego de Bases y Condiciones. Favor tener en cuenta lo establecido en la misma.		

Consulta 24 - Preguntas

Consulta	Fecha de Consulta	24-04-2025
Página 40, en el punto de los honorarios médicos quirúrgicos, entendemos que, en las especialidades descriptas con sus diferentes nomencladores establecidos son taxativos. Página 45, sugerimos que la cirugía maxilofacial sea eliminada dado que eleva en demasía el costo presupuestado, así como también solicitamos que las cigurías torácicas sean incluidas en servicios contemplados como Alta Complejidad en el PBC.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	04-06-2025
Página 40, en el punto de los honorarios médicos quirúrgicos, entendemos que, en las especialidades descriptas con sus diferentes nomencladores establecidos son taxativos. Respuesta: Informamos que la interpretación asumida es correcta. Página 45, sugerimos que la cirugía maxilofacial sea eliminada dado que eleva en demasía el costo presupuestado, así como también solicitamos que las cigurías torácicas sean incluidas en servicios contemplados como Alta Complejidad en el PBC. Respuesta: Este punto ha sido modificado. Favor tener en cuenta lo establecido en la Adenda N°2 al PBC.		

Consulta 25 - Preguntas

Consulta	Fecha de Consulta	24-04-2025
Página 69, en la sección de "Cirugías y procedimientos terapéuticos de alta complejidad", se sugiere reformular la cobertura citada pues su amplitud sin límites en las especialidades cubiertas exceden del costo presupuestado, encareciendo enormemente la cobertura del PBC.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	04-06-2025
Este punto ha sido modificado . Favor tener en cuenta lo establecido en la Adenda N° 2 al PBC.		

Consulta 26 - Pregunta

Consulta	Fecha de Consulta	24-04-2025
Página 70, en la sección de "SERVICIO DE SALUD BUCODENTAL", la cobertura contemplada es muy amplia por lo tanto exceden del costo presupuestado, y encarecen en demasía el precio sobrepasando el límite presupuestario previsto.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	04-06-2025
Considerando la consulta a este punto, el requisito ha sufrido una modificación. Favor tener en cuenta lo establecido en la Adenda N° 2 al PBC.		

Consulta 27 - preguntas

Consulta	Fecha de Consulta	24-04-2025
Página 73, donde dice "COBERTURA TOTAL: Se entenderá por cobertura total, la inclusión de los honorarios profesionales, que estarán cubiertos en consultorios e internaciones, tratamientos, procedimientos, control y estudios propios de las especialidades. La utilización de los equipos, instrumentales y elementos de fijación de osteosíntesis y protésicas, incluidos los equipos proveídos por los médicos sean descartables o no, empleados en las especialidades médicas del presente contrato." entendemos que es dentro de los límites de cobertura de cada servicio establecido en el PBC.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	04-06-2025
Con relación a esta consulta, informamos que es correcta la interpretación establecida. El mismo se amplía en la Adenda N° 2 en la Sección "Glosario - Cobertura Total".		

Consulta 28 - Especificaciones Tecnicas

Consulta	Fecha de Consulta	02-07-2025
2.5.2. Gran Asunción e Interior: El PROVEEDOR, deberá habilitar Centros Asistenciales, certificados por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social o con mesa de entrada de este, que cubran mínimamente los servicios requeridos, tales como consultas, Fisioterapias, internaciones adultos y pediátricos, Cirugías, urgencias adultas, pediátricos y gineco-obstetricias, centros de laboratorios de análisis, Estudios por Imágenes. Los Prestadores pueden complementarse entre sí y la cantidad deberá ser hasta cubrir los servicios requeridos en este Pliego de Bases y Condiciones, exceptuando aquellas localidades donde la infraestructura o habilitación correspondiente sea inferior a la solicitada, en las zonas que abarcan las ciudades de: según cuadro de ciudades solicitadas CONSULTA; Atendiendo a que el oferente solicita centros asistenciales, certificados por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en ciudades como Capiatá, Itagua y Aregua, y según el listado emitido por el MSPBS, no figura ningún centro en dichas ciudades, solicitamos a la convocante, que se excluya dichas ciudades y se incluya a la ciudad de Ita, en el cuadro de los centros. El pedido también obedece a que en la localidad de Ita, existen dependencias del MOPC y existe un centro asistencial que cumple con todos los requisitos que solicita el pliego de bases y condiciones.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	17-07-2025
Con respecto a esta consulta, se mantiene lo establecido en el Pliego de Bases y Condiciones.		

Consulta 29 - PBC

Consulta	Fecha de Consulta	17-07-2025
En varias secciones del PBC se hace referencia a "BENEFICIARIOS", por lo que se solicita aclarar si, como parte del "GRUPO FAMILIAR" o de asegurados, también se considera a los "ADHERENTES", ya que, al no mencionarse específicamente en las coberturas indicadas, podría interpretarse que no cuentan con cobertura. Es necesario ajustar esta información para garantizar la claridad en cuanto a la cobertura de todos los sujetos involucrados.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	18-07-2025
Favor adecuarse al glosario según definición del término Asegurado.		

Consulta 30 - REQUISITOS DE PARTICIPACION Y CRITERIOS DE EVALUACION

Consulta	Fecha de Consulta	17-07-2025
En la página 19 donde dice: d.) Capital Operativo (Activo Corriente - Pasivo Corriente): El oferente deberá poseer un capital positivo, el cual deberá ser corroborado en el último balance. Se solicita aclarar si, en caso de consorcio, las calificaciones de capital operativo se sumarán por cada integrante, o si se evaluará de manera individual. Es necesario ajustar el criterio para garantizar una evaluación clara y justa en el caso de los consorcios.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	18-07-2025
Se mantiene el criterio establecido en el inciso d) del punto A - apartado "CAPACIDAD FINANCIERA".		

Consulta 31 - REQUISITOS DE PARTICIPACION Y CRITERIOS DE EVALUACION

Consulta	Fecha de Consulta	17-07-2025
En la página 19 donde dice: En caso de Consorcios, al menos uno de los integrantes deberá acreditar el cumplimiento de este requisito. Se solicita aclarar si no sería necesario que cada uno de los integrantes cumpla con el 100% de los requisitos financieros, con el fin de demostrar la capacidad de todos los miembros para cumplir con los compromisos asumidos. Por lo tanto, se requiere ajustar estos criterios para garantizar una evaluación más completa y equitativa.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	18-07-2025
Se mantiene el criterio establecido en el inciso d) del punto A - apartado "CAPACIDAD FINANCIERA".		

Consulta 32 - REQUISITOS DE PARTICIPACION Y CRITERIOS DE EVALUACION

Consulta	Fecha de Consulta	17-07-2025
En la página 19 donde dice: a.) Para contribuyentes de IRE General: - Formulario N° 158 de estados financieros y sus anexos (1 al 5) y el Formulario N° 101 o N° 500 Normalizados, extraídos del sistema Marangatu, según correspondencia de años de los ejercicios 2022, 2023 y 2024. Se solicita modificar el texto para que se requiera la presentación conjunta del Formulario N° 101 y N° 500, y no de manera indistinta. Esto permitirá demostrar de manera más clara el cumplimiento efectivo ante la DNIT y garantizará una competencia más transparente.		
Respuesta	Fecha de Respuesta	18-07-2025
Se mantiene el criterio establecido en el inciso a) del apartado "REQUISITOS DOCUMENTALES PARA LA EVALUACION DOCUMENTAL DE LA CAPACIDAD FINANCIERA"		

Consulta 33 - EETT

Consulta	Fecha de Consulta	17-07-2025
En la página 30 donde dice: b) Hasta 2 (dos) adherentes pagos de acuerdo a lo estipulado en la tabla de cálculos de edades y porcentajes (padres, hermanos, nietos). Se solicita aclarar si esta expresión es solo indicativa y no taxativa (es decir, si los términos "padre", "hermano" y "nieto" son meramente ejemplificativos), o si también se pueden incluir otros tipos de parentesco. Dado que no se emplea la conjunción "y" (que indica suma) ni "o" (que indica alternancia o elección), se podría interpretar que el texto es solo explicativo y que, por lo tanto, se podrían considerar distintas combinaciones o incluso otros parentescos.		
Respuesta	Fecha de Respuesta	18-07-2025
Favor adecuarse a lo establecido en el inciso b. del punto 3.1.1. del Pliego de Bases y Condiciones.		

Consulta 34 - EETT

Consulta	Fecha de Consulta	17-07-2025
En la página 32 donde dice: 3.4.2. El Asegurado Titular deberá realizar la gestión de inclusión del recién nacido como su Asegurado Beneficiario o Grupo Familiar, dentro de los 90 días, desde el día de Nacimiento comprobado con el Certificado de Nacimiento. Al respecto, ¿se consulta si se refiere a 90 días corridos o hábiles? Se solicita adecuar.		
Respuesta	Fecha de Respuesta	18-07-2025
Con respecto a esta consulta, se refiere a días corridos, ya que no está expresamente especificada como día hábil. Remitirse a la cláusula "Interpretación" de la sección "Condiciones Contractuales" que indica "día" significa día calendario, salvo que se haya indicado expresamente que se trata de día hábiles.		

Consulta 35 - EETT

Consulta	Fecha de Consulta	17-07-2025
En la página 32 donde dice: 3.7.1. En caso de que la CONTRATANTE de por terminadas las funciones del Asegurado Titular por cualquiera de los motivos previstos en la Ley (Renuncia Jubilación - Despido - Defunción) durante la vigencia del Contrato, la CONTRATANTE comunicará dicha situación a EL PROVEEDOR, en un lapso no superior a 15 días de oficializado el trámite administrativo, debiendo el PROVEEDOR realizar la baja efectiva a partir del mes siguiente. Al respecto, ¿se consulta si son 15 días corridos o hábiles? Se solicita adecuar.		
Respuesta	Fecha de Respuesta	18-07-2025
Con respecto a esta consulta, se refiere a días corridos, ya que no está expresamente especificada como día hábil. Remitirse a la cláusula "Interpretación" de la sección "Condiciones Contractuales" que indica "día" significa día calendario, salvo que se haya indicado expresamente que se trata de día hábiles.		

Consulta 36 - EETT

Consulta	Fecha de Consulta	17-07-2025
En la página 34 donde dice: d) En los Servicios de atención al asegurado en las instalaciones del Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones, en lugares indicados por la Dirección de Recursos Humanos, en horarios de 07:00 a 15:00 horas de lunes a viernes, que EL PROVEEDOR deberá proveer y mantener, con un horario de descanso de 30 minutos para almuerzo al medio día. Se solicita reformular aclarando cuál será el mecanismo de control para garantizar el cumplimiento de los horarios mencionados para el personal designado por EL PROVEEDOR, a fin de evitar vacíos legales que puedan dar lugar a sanciones al proveedor.		
Respuesta	Fecha de Respuesta	18-07-2025
La convocante velará por el cumplimiento de esta y las demás condiciones establecidas en el Pliego de Bases y Condiciones.		

Consulta 37 - EETT

Consulta	Fecha de Consulta	17-07-2025
En la página 34, donde dice: 4.1.1. EL PROVEEDOR garantizará que los precios de los medicamentos cubiertos en los servicios ofrecidos, estén según precio de venta al público fijado por la Cámara de Farmacias del Paraguay (CAFAPAR) de acuerdo a la marca y procedencia de los mismos. Al respecto, se debe aclarar que los materiales y descartables cubiertos y no cubiertos no están regulados ni fijados por la CAFAPAR. Se solicita adecuar.		
Respuesta	Fecha de Respuesta	18-07-2025
Favor adecuarse a lo establecido en el punto 4.1.1 del Pliego de Bases y Condiciones.		

Consulta 38 - EETT

Consulta	Fecha de Consulta	17-07-2025
En la página 34 donde dice: 4.1.3. En caso de que el Asegurado cuente con seguro del Instituto de Previsión Social y se encuentre internado en Sanatorios o Centros Prestadores de Servicios Adheridos, el asegurado podrá gestionar ante el centro sanatorial o prestador de servicio adherido el ingreso de medicamentos mediante documento expedido por el Instituto de Previsión Social (IPS). quedando a criterio del centro asistencial su aprobación. Se solicita aclarar a qué tipo de documento expedido por el IPS se refiere, ya que el IPS no expide documentos sobre medicamentos a sus asegurados, salvo que se trate de recetas médicas.		
Respuesta	Fecha de Respuesta	18-07-2025
Favor adecuarse a lo establecido en el punto 4.1.3 del Pliego de Bases y Condiciones.		

Consulta 39 - EETT

Consulta	Fecha de Consulta	17-07-2025
En la página 35 donde dice: 5.5. En casos de reemplazos o cambios de Plantel de Profesionales, red de Sanatorios y similares, Laboratorios y Centro de Imágenes incluidos en la oferta de EL PROVEEDOR, estos deberán estar debidamente justificados (fallecimiento, mudanza al exterior, o situaciones que lo inhabiliten al ejercicio de la profesión, desvinculación por falta de acuerdo de las partes e incorporación de Prestadores de igual o mayor capacidad instalada) y deberán ser comunicados a la CONTRATANTE, con una anticipación de por lo menos 30 días cuando se trate de Profesionales de la Salud y con una anticipación mínima de 60 días calendarios para cambios de Prestadores de Servicios Sanatoriales, Laboratoriales y de Estudios o Medicina por Imágenes. Al respecto, ¿se consulta si se refiere a 30 días corridos o hábiles? Se solicita adecuar.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	18-07-2025
Con respecto a esta consulta, se refiere a días corridos, ya que no está expresamente especificada como día hábil. Remitirse a la cláusula "Interpretación" de la sección "Condiciones Contractuales" que indica "día" significa día calendario, salvo que se haya indicado expresamente que se trata de día hábiles.		

Consulta 40 - EETT

Consulta	Fecha de Consulta	17-07-2025
En las páginas 39 y 40, en el cuadro de cobertura de consultas, solo se indica la cobertura para beneficiarios y no para los adherentes. Se solicita aclarar si la cobertura es efectivamente solo para los beneficiarios, o si también aplica para los adherentes.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	18-07-2025
Favor adecuarse al glosario según definición del término Asegurado.		

Consulta 41 - EETT

Consulta	Fecha de Consulta	17-07-2025
En la página 41 donde dice: Uso de equipo del especialista o sanatorio hasta Gs. 2.000.000 (Dos millones). Se solicita aclarar a qué se refiere este apartado, dado que el derecho operatorio tiene cobertura del 100%, lo que incluiría los equipos a ser utilizados. Es necesario ajustar esta información para mayor precisión y coherencia, a fin de evitar ambigüedades.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	18-07-2025
Con respecto a esta consulta, Gs. 2.000.000 se aclara que se refiere al uso de equipos de especialista o sanatorio.		

Consulta 42 - EETT

Consulta	Fecha de Consulta	17-07-2025
En la página 41 donde dice: 2.4. INTERNACIONES CLINICAS Y QUIRURGICAS Hasta 15 internaciones (incluye las Internaciones Clínicas; Quirúrgicas; Unidad de Terapia Intensiva adulto y niños; y Alta Complejidad) por grupo familiar por contrato. USO DE EQUIPO DE ESPECIALISTA O DEL SANATORIO HASTA GS. 2.000.000 (Dos millones) POR EVENTO. Se solicita aclarar si la cobertura se limita únicamente a Gs. 2.000.000 para equipos. ¿Cuál es la cobertura para los otros servicios mencionados o no están cubiertos? Es necesario ajustar esta información para mayor claridad al momento de realizar la cotización.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	18-07-2025
Con respecto a esta consulta, Gs. 2.000.000 se aclara que se refiere al uso de equipos de especialista o sanatorio.		

Consulta 43 - EETT - PBC

Consulta	Fecha de Consulta	17-07-2025
///En la página 41 donde dice: 2.4.1. HONORARIOS MÉDICOS EN INTERNACIÓN 2.4.1.1. Visita en sala convencional y UTI Adulto y Pediátrico 2.4.1.2. Interconsulta en sala convencional y UTI Adulto y Pediátrico 2.4.1.3. Interconsulta en servicio de urgencias Adulto y Pediátrico 2.2.1.5. Honorarios por internación en sala convencional y UTI Adulto y Pediátrico 2.4.2. MONITOREO INTRAOPERATORIO 2.4.2.1. Monitoreo Intraoperatorio Mediana Complejidad Asa III 2.4.2.2. Monitoreo Intraoperatorio Alta Complejidad Asa IV V Se solicita aclarar cuál es el alcance real de la cobertura, ya que no se especifica un porcentaje claro ni se menciona si se trata de cobertura total. Se requiere ajustar esta información para mayor claridad al momento de realizar la cotización. ///En las páginas 41 a 48, en lo referente al Anexo de Cirugías, se solicita aclarar cuál es el alcance real de la cobertura, o si se trata de una cobertura total, ya que no se especifica en ningún apartado. Se requiere ajustar esta información para una mayor claridad al momento de realizar la cotización. ///En la página 49 donde dice: 2.3.2. SALA DE INTERNACION 2.3.2.1. Cobertura según lo estipulado en el presente PBC de internación, hasta un máximo de 25 días, por evento. Se solicita aclarar cuál es la cobertura real estipulada en el PBC, ya que no se especifica el porcentaje de cobertura ni se menciona que será con "COBERTURA TOTAL". Es necesario ajustar esta información para mayor claridad al momento de realizar la cotización. ///En la página 50 donde se listan lo siguiente: - Escherichiacoli Ki - Hemo-philusinfluenzae tipo b - Legionellapneumofila - Nesseriameningitidis grupo a - Nesseriameningitidis grupo b - Nesseriameningitidis grupo c - Stroptococus beta hemolítico grupo a - Stroptococus Pheumoniae ¿Cuál es el porcentaje de cobertura correspondiente, dado que no se especifica claramente, a diferencia de los demás ítems? Se solicita ajustar esta información ///Por favor, modificar el PBC en relación con las coberturas en todos los apartados, especificando que las coberturas son aplicables tanto al titular como a su grupo familiar, incluyendo beneficiarios y adherentes. Actualmente, el PBC solo menciona a los beneficiarios en los puntos detallados. Es esencial que se clarifique el alcance de las coberturas para todos los sujetos involucrados. ///Por favor, modificar el PBC en lo referente a los tiempos y plazos, ya que en varios apartados solo se menciona "días" sin especificar si se trata de días hábiles o corridos. Es imprescindible aclarar este punto para evitar ambigüedades o vacíos legales. ///Por favor, modificar el PBC en lo relativo a las coberturas, ya que en varios apartados no se especifica claramente su alcance (límites, montos, porcentajes, etc.). Es fundamental contar con esta información detallada al momento de realizar la cotización. ///Se solicita modificar el PBC para que se utilice de manera consistente la denominación "ASEGURADOS" cuando se haga referencia a todos los sujetos partes involucrados. Esta modificación busca evitar ambigüedades y vacíos legales, ya que "ASEGURADOS" está claramente definido en el glosario del PBC.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	18-07-2025
Con respecto a esta consulta, entiéndase: Cobertura total a todas las coberturas que no especifican (limite, monto, porcentaje). Con respecto a esta consulta, se refiere a días corridos, ya que no está expresamente especificada como día hábil. Remitirse a la cláusula "Interpretación" de la sección "Condiciones Contractuales" que indica "día" significa día calendario, salvo que se haya indicado expresamente que se trata de día hábiles.		

Favor adecuarse al glosario según definición del término Asegurado.

Consulta 44 - PBC

Consulta	Fecha de Consulta	17-07-2025
Se solicita modificar el PBC para que se utilice de manera consistente la denominación “ASEGURADOS” cuando se haga referencia a todos los sujetos partes involucrados. Esta modificación busca evitar ambigüedades y vacíos legales, ya que “ASEGURADOS” está claramente definido en el glosario del PBC.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	18-07-2025
Favor adecuarse al glosario según definición del término Asegurado.		

Consulta 45 - PBC

Consulta	Fecha de Consulta	17-07-2025
Favor, modificar el PBC en lo relativo a las coberturas, ya que en varios apartados no se especifica claramente su alcance (límites, montos, porcentajes, etc.). Es fundamental contar con esta información detallada al momento de realizar la cotización.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	18-07-2025
Con respecto a esta consulta, entiéndase Cobertura total a todas las coberturas que no especifican (límites, montos, porcentaje).		