## REPORTE GENERAL DE LA CONVOCATORIA EN EL SICP

***Estado del Llamado:*** Publicado
***Fecha de Publicación del llamado:*** 28 nov. 2017
***Observaciones:*** ninguna
***Restricciones:*** INHABILIDADES PREVISTAS EN EL ARTICULO 40 DE LA LEY 2051/03

## INVITADOS

| Nombre | Ruc | Teléfono | Email |
|---|---|---|---|
| ASISMED S.A. | 80016658 | 2887000 | administracion@asismed.com.py |
| ASOCIACION PARAGUAYA DE LOS ADVENTISTAS DEL 7º DIA | 80009734 | 200916 | saa@saa.com.py |
| SERVICIOS MEDICOS MIGONE SOCIEDAD ANONIMA | 80033722 | 214305 | asistcomercial4@smm.com.py |
| ORGANIZACION DE ASISTENCIA MEDICA INTEGRAL SA (O.A.M.I. SA) | 80016120 | 227003 | eventos@oami.com.py |
| ASUNCION SALUD SA | 80029568 | 612156 | |
| MEDI PLAN S.A. | 80025664 | 249-5000/0985-555-661 | ida.chaves@medilifeparaguay.com |
| SANTA CLARA SA CENTRO MEDICO PRIVADO | 80002917 | 4180251/0994 357.619 | mariaq@santaclara.com.py |
| PROTECCION MEDICA S.A. | 80007489 | 021 212 209 | bernipromed@hotmail.com |

## BASES Y CONDICIONES SICP COMPLEMENTO DE LA VERSION IMPRESA

***Entidad:*** Fondo Nacional de la Cultura y las Artes
***Modalidad:*** Concurso de Ofertas
***Subasta:*** No
***UOC/UEP:*** Uoc Fondo Nacional de la Cultura y las Artes
***Plurianual:*** No
***N° de PAC - ID:*** 337572
***Objeto de Gasto:***
***Fuente de Financiamiento:***
***Descripción del llamado y N°:*** SERVICIO DE SEGURO MEDICO - AD REFERENDUM 2018
***Programa:*** 16,3,4
***Objeto del llamado:*** Servicios
***Forma de Adjudicación:*** Por Total
***% de Garantía de Mantenimiento de Ofertas:*** 5

***Fecha y Hora tope de consultas:*** 07-12-2017 08:00
***Lugar de consultas:*** 25 de mayo 972

***Contacto:*** Directora UOC - Paola Ferreira Dos Santos
***Teléfono:*** 490726 / 498128
***Dirección de mail donde se debe consultar:*** uoc@fondec.gov.py
***Fecha y hora tope de presentación de ofertas:*** 12-12-2017 12:00
***Fecha y hora de apertura de ofertas:*** 12-12-2017 12:00
***Lugar de presentación y apertura de ofertas:*** 25 de mayo 972

## CONDICIONES ESPECIALES DEL CONTRATO

***Forma de Pago:*** A Plazos
***Vigencia del Contrato:*** Hasta Cumplimiento Total de Obligaciones
***% de Anticipo a otorgar:*** 0

## Historial de documentos adjuntos modificaciones/aclaraciones

| Fecha de Publicación | Nombre del Archivo |
|---|---|