Ministerio de Relaciones Exteriores

Dirección de la Unidad Operativa de Contrataciones

Addenda Nº 1

Asunción, 22 de octubre de 2012

Señores

OFERENTES

Presente

Se comunica que las bases y condiciones del llamado a Licitación Pública Nacional Nº 11/2012 "Prestación de Seguro Médico y Sanatorial Integral para personal contratados del Servicio Local del Ministerio de Relaciones Exteriores por Contrato Abierto", han sido modificadas, quedando redactado de la siguiente manera:

B- PLAZOS DE LA SUBASTA

Fecha tope de consultas: 24 de octubre de 2012, hasta las 12:00 hs.

Respuestas: 25 de octubre de 2012, hasta las 13:00 hs.

Inicio y fin de Recepción de propuestas de precios: 31 de octubre de 2012 desde las 09:00 hs. hasta las 09:00 del día 01 de noviembre de 2012.-

Inicio de la etapa competitiva: 09:10 del 01 de noviembre de 2012.

La fecha de presentación de las documentaciones es 2 de noviembre de 2012 hasta las 09:00 hs.

La fecha de apertura de los sobres es 2 de noviembre de 2012 a las 09:10 hs.

SECCION II - CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y REQUISITOS DE CALIFICACIÓN – PUNTO 2. REQUISITOS PARA CALIFICACIÓN POSTERIOR

DONDE DICE:

(b) ***Experiencia y Capacidad Técnica***

- Experiencia:

Se estudiará la antigüedad en el ramo que acredita su experiencia (fecha de Certificado de Registro y autorización del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (Art. 245, Ley 836/80 "Código Sanitario"); y la cartera de clientes corporativos. Deberá contar con una experiencia mínima de 5 años en la prestación de servicios similares a los solicitados en el PBC, contados desde la fecha de autorización del MSP y BS.

DEBE DECIR:

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES Dirección General de Administración y Finanzas Dirección de la U.O.C.

(b) ***Experiencia y Capacidad Técnica***

- Experiencia:

Se estudiará la antigüedad en el ramo que acredita su experiencia (fecha de Certificado de Registro y autorización del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (Art. 245, Ley 836/80 "Código Sanitario"); y la cartera de clientes corporativos. Deberá contar con una experiencia mínima de 5 años en la prestación de servicios similares a los solicitados en el PBC, contados desde la fecha de autorización del MSP y BS.

Demostrar la capacidad de haber suministrado los servicios objeto de la presente licitación, como proveedor y en forma satisfactoria. Para lo cual se deberá presentar como mínimo cinco contratos Público o Privado, preferentemente para la prestación de medicina pre paga, con un mínimo de 100 asegurados por cada contrato y sus respectivas constancias de servicio satisfactorio, en los tres últimos años (2009-2010-2011).

Se tendrá en cuenta la propuesta que ofrezca mayores beneficios adicionales (grilla de médicos, centros de diagnósticos, etc.).

Sección III, REQUISITOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS REQUERIDOS –

ESPECIFICACIONES TECNICAS

BENEFICIARIOS: Personal Contratados del Ministerio de Relaciones Exteriores.

DONDE DICE:

La cantidad máxima de titulares es de 170, con sus grupos familiares.

Se entenderá por grupos familiares, al titular casado/a, su cónyuge (ya sea por matrimonio formal o por Unión de hecho), sus hijos/as hasta el día en que cumplan 20 años e hijos discapacitados mentales y/o físicos sin límites de edad.
La Unión de hecho podrá ser acreditada como valida con la presentación de una Declaración Jurada formulada ante el Encargado del Registro del Estado Civil o el Juez de Paz respectivo, cuando la comunidad de hecho es producto de una efectiva convivencia durante el tiempo mínimo indicado en la Ley Civil. Durante la vigencia del contrato el titular no podrá sustituir al Beneficiario declarado inicialmente, salvo que contraiga Matrimonio con una persona distinta.

Asimismo, para los titulares solteros/as, serán tomados como miembros y/o grupos familiar a su padre, madre (sin limite de edad) e hijos/as hasta el día que cumplan 20 años.

El divorcio vincular declarado podrá extinguir la calidad de BENEFICIARIO/A, a decisión del titular, volviendo este a la equiparación de soltero.
La persona viuda, previa verificación documental que demuestre dicha situación, queda equiparada al estado de soltero.

En caso de existir algún personal contratado/a casado/a también con otro personal contratado/a de la Institución uno de ellos puede solicitar incluir como beneficiario a su/s hijo/s. Su cónyuge puede incluir como beneficiario a su/s padre/s y hermanos hasta el día que cumplan los 20 años.

La comunicación de la incorporación de nuevos titulares personal contratados/as y su grupo familiar deberá ser realizada por la contratante antes de finalizar el mes, a efectos de iniciar la

cobertura el día 1 del siguiente mes.

ADHERENTES:

Además, se deberá contemplar como Beneficiarios/as Adherentes a los padres, hermanos/as y otros en relación directa de dependencia del titular, que no fuesen mencionados en los párrafos anteriores. Estos beneficiarios adherentes estarán a cargo de cada titular, y su incorporación al sistema será bajo las siguientes condiciones:

• **Personas mayore**s: se entenderá taxativamente a los Padres, Madres, Hijos mayores de 20 años, quienes abonarán directamente al contratista una prima de hasta el 35% (treinta y cinco por ciento) por persona, del valor abonado por cada titular, en todos los casos sin limites de edad.

• Hermanos: se entenderá los hermanos/as del titular, quienes abonarán directamente al contratista una prima de hasta el 50% (cincuenta por ciento) por persona, del valor abonado por cada titular.

DEBE DECIR:

La cantidad máxima de titulares es de 170, con sus grupos familiares.

Se entenderá por grupos familiares, al titular casado/a, su cónyuge (ya sea por matrimonio formal o por Unión de hecho), sus hijos/as hasta el día en que cumplan 20 años e hijos discapacitados mentales y/o físicos sin límites de edad.

La Unión de hecho podrá ser acreditada como valida con la presentación de una Declaración Jurada formulada ante el Encargado del Registro del Estado Civil o el Juez de Paz respectivo, cuando la comunidad de hecho es producto de una efectiva convivencia durante el tiempo mínimo indicado en la Ley Civil. Durante la vigencia del contrato el titular no podrá sustituir al Beneficiario declarado inicialmente, salvo que contraiga Matrimonio con una persona distinta.

Asimismo, para los titulares solteros/as, serán tomados como miembros y/o grupos familiar a su padre, madre (sin limite de edad) e hijos/as hasta el día que cumplan 20 años.

El divorcio vincular declarado podrá extinguir la calidad de BENEFICIARIO/A, a decisión del titular, volviendo este a la equiparación de soltero.

La persona viuda, previa verificación documental que demuestre dicha situación, queda equiparada al estado de soltero.

En caso de existir algún personal contratado/a casado/a también con otro personal contratado/a de la Institución uno de ellos puede solicitar incluir como beneficiario a su/s hijo/s. Su cónyuge puede incluir como beneficiario a su/s padre/s y hermanos hasta el día que cumplan los 20 años.

La comunicación de la incorporación de nuevos titulares personal contratados/as y su grupo familiar deberá ser realizada por la contratante antes de finalizar el mes, a efectos de iniciar la cobertura el día 1 del siguiente mes.

ADHERENTES:

Además, se deberá contemplar como Beneficiarios/as Adherentes a los padres, hermanos/as e Hijos/as mayores de 20 años, y otros en relación directa de dependencia del titular, que no fuesen mencionados en los párrafos anteriores. Estos beneficiarios adherentes estarán a cargo de cada titular, y su incorporación al sistema será bajo las siguientes condiciones:

• **Personas mayore**s: se entenderá taxativamente a los Padres, Madres, Hijos mayores de 20 años, quienes abonarán directamente al contratista una prima de hasta el 35% (treinta y cinco por ciento) por persona, del valor abonado por cada titular, en todos los casos sin limites de edad.

• **Hermanos**: se entenderá los hermanos/as del titular, quienes abonarán directamente al contratista una prima de hasta el 50% (cincuenta por ciento) por persona, del valor abonado por

cada titular.

Observación: Todos los beneficiarios, cónyuges, hijos y adherentes dependientes tendrán los mismos derechos y extensión de cobertura que figuran en el contrato.

ASITENCIA MÉDICA Y SANATORIAL INTEGRAL

COBERTURA TOTAL:

DONDE DICE:

b- Para los Centros de Diagnósticos y Laboratorio de Análisis Clínico: Este servicio debe cubrir a los pacientes a domicilio o que concurren al laboratorio en forma programada o en casos de urgencias las 24:00 horas del día. Debe tener cobertura integral en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables y las determinaciones químicas y microbiológicas. Debe contar con un mínimo de 3 laboratorios y 3 centros de diagnósticos (Deberán ser de reconocida trayectoria) en todo momento, en caso que existan cambios deben ser reemplazados por otros y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE.

DEBE DECIR:

b- Para los Centros de Diagnósticos y Laboratorio de Análisis Clínico: Este servicio debe cubrir a los pacientes a domicilio o que concurren al laboratorio en forma programada o en casos de urgencias las 24:00 horas del día. Debe tener cobertura integral en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables y las determinaciones químicas y microbiológicas. Debe contar con un mínimo de **5 laboratorios** y **3 centros de diagnósticos** (Deberán ser de reconocida trayectoria) **en todo momento**, en caso que existan cambios deben ser reemplazados por otros y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE.

ASISTENCIA MÉDICA Y SANATORIAL INTEGRAL

a) INTERNACIONES:

DONDE DICE:

Respecto a los **Sanatorios para Asunción (mínimo 5) y gran Asunción (mínimo 3): de los cuales cinco (5)** establecimientos deberán tener categoría correspondientes al "**Nivel 3**", **y mínimo tres (3)** Establecimientos con categoría **"nivel 2"** de acuerdo a la clasificación establecida por la Superintendencia de Salud, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

DEBE DECIR:

Respecto a los **Sanatorios para Asunción (mínimo 5) y gran Asunción (mínimo 3): de los cuales tres (3)** establecimientos deberán tener categoría correspondientes al "**Nivel 3**", **y cinco (5)** Establecimientos con categoría **"nivel 2"** de acuerdo a la clasificación establecida por la Superintendencia de Salud, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

DIRECCIÓN GENERAL DE RELACIONES EXTERIORES
Dirección General de Administración y Finanzas
Dirección de la U.O.C.

b) HONORARIOS PROFESIONALES:

DONDE DICE:

El beneficiario y su grupo familiar, podrán eventualmente consultar con un médico que no se encuentre en el listado de profesionales del seguro (Consultorio externo), y cuyo reembolso el prestador del servicio esta obligado a retribuir no más de 2 (dos) veces por mes, hasta G. 120.000 por cada consulta.

La solicitud de reembolso por parte del asegurado, podrá efectuarlo hasta 10 días posteriores de la consulta; y el pago o reembolso se realizará dentro de los 30 días posteriores a la solicitud de reembolso.

DEBE DECIR:

El beneficiario y su grupo familiar, podrán consultar con un médico que no se encuentre en el listado de profesionales del seguro (Consultorio externo), y cuyo reembolso el prestador del servicio esta obligado a retribuir no más de 2 (dos) veces por mes, hasta G. 120.000 por cada consulta.

La solicitud de reembolso por parte del asegurado, podrá efectuarlo hasta 10 días posteriores de la consulta; y el pago o reembolso se realizará dentro de los 30 días posteriores a la solicitud de reembolso.

ASISTENCIA MÉDICA Y SANATORIAL
G. OTROS SERVICIOS CUBIERTOS INTEGRAMENTE.

DONDE DICE:

Además las especialidades de gastroenterología, urología, neumología, ginecología, otorrinolaringología, traumatología, reumotologia, oftalmología, laparoscopia y artroscopía, fisioterapia en general, kinesiología, hidroterapia. **Debe de contar por lo menos con 2 (dos) centros de fisioterapia y rehabilitación en todo momento.**

DEBE DECIR:

Además las especialidades de gastroenterología, urología, neumología, ginecología, otorrinolaringología, traumatología, reumotologia, oftalmología, laparoscopia y artroscopía, fisioterapia en general, kinesiología, hidroterapia. **Debe de contar por lo menos con 2 (dos) centros de fisioterapia y rehabilitación.**

Q. MEDICINA POR IMÁGENES (Cobertura Total)

DONDE DICE:

Este punto comprende todos los métodos auxiliares de diagnóstico 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 profesionales, materiales

descartables, sustancias de contraste, a cargo de la empresa prestadora de servicios. Se adjunta la lista de los exámenes contemplados en esta cobertura.

Debe contar como un mínimo de 3 centros de diagnostico en todo momento, en caso que existan cambios deben ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE con 48 hs. de anticipación.

DEBE DECIR:

Este punto comprende todos los métodos auxiliares de diagnóstico 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 profesionales, materiales descartables, sustancias de contraste, a cargo de la empresa prestadora de servicios. Se adjunta la lista de los exámenes contemplados en esta cobertura. Los estudios de Medicina por Imágenes, con fines de diagnósticos, que no figuren en el listado adjunto tendrán una cobertura total del 100% por evento.

Debe contar como un mínimo de 3 centros de diagnostico en todo momento, en caso que existan cambios deben ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE con 48 hs. de anticipación.

R. LABORATORIOS DE ANALISIS CLINICOS (Cobertura Total)

DONDE DICE:

Este servicio debe cubrir a los pacientes a domicilio en caso de pacientes físicamente imposibilitados o a aquellos que concurren al laboratorio forma programada o en casos de urgencias las 24:00 horas del día. Debe tener cobertura integral en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables y las determinaciones químicas y microbiológicas. Se adjunta la lista de los exámenes contemplados en esta cobertura.

Debe contar como un mínimo de 5 laboratorios, 5 centros de diagnostico y 2 Centros de Fisioterapia y Rehabilitación en todo momento, en caso que existan cambios deben ser reemplazados por otros y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE con 48 hs. de anticipación.

DEBE DECIR:

Este servicio debe cubrir a los pacientes a domicilio en caso de pacientes físicamente imposibilitados o a aquellos que concurren al laboratorio forma programada o en casos de urgencias las 24:00 horas del día. Debe tener cobertura integral en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables y las determinaciones químicas y microbiológicas. Se adjunta la lista de los exámenes contemplados en esta cobertura. Los Análisis de Laboratorio, con fines de diagnósticos, que no figuren en el listado adjunto tendrán una cobertura del 100% por

evento.

Debe contar como un mínimo de 5 laboratorios, 3 centros de diagnostico, en todo momento y 2 Centros de Fisioterapia y Rehabilitación en horarios sanatorial normal, en caso que existan cambios deben ser reemplazados por otros y ser comunicados por escrito a la CONTRATANTE con 48 hs. de anticipación.

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
Dirección General de Administración y Finanzas
Dirección de la U.O.C.

Señor ***Rodrigo Irala***
Director de la UOC