ADENDA N° 2

LICITACION PÚBLICA NACIONAL N° 02 / 2016 – ID: 314740

SERVICIO DE SEGURO ODONTOLOGICO

Donde Dice:

Sección II. Criterios de Evaluación y Requisitos de Calificación

2. Requisitos para Calificación Posterior (IAO 36)

(b) Experiencia y Capacidad Técnica

El Oferente deberá proporcionar evidencia documentada que demuestre su cumplimiento con los siguientes requisitos de experiencia y capacidad:

2. El oferente deberá contar como mínimo con tres centros odontológicos habilitados por el Ministerio de la salud pública y bienestar social en Asunción, Ciudad del Este, y Encarnación, que deberá contar con radiografía panorámica digital en cada centro odontológico. Adjuntar copia de convenio de servicios con dichos centros.

Debe Decir:

Sección II. Criterios de Evaluación y Requisitos de Calificación

2. Requisitos para Calificación Posterior (IAO 36)

(b) Experiencia y Capacidad Técnica

El Oferente deberá proporcionar evidencia documentada que demuestre su cumplimiento con los siguientes requisitos de experiencia y capacidad:

2. El Oferente debe contar como mínimo con un centro odontológico habilitado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en las siguientes ciudades: Asunción, Ciudad del Este, y Encarnación, que deberá contar con radiografía panorámica digital en cada centro odontológico. Adjuntar copia de convenio de servicios con dichos centros.

Lic. MANUEL ALARCÓN
GERENTE FINANCIERO

Donde Dice:

Sección III. Suministros Requeridos

COBERTURA ODONTOLOGICA BASICA
OTRAS CONDICIONES

D) CLINICAS ODONTOLOGICAS DE GRAN ASUNCIÓN E INTERIOR

1. En las ciudades de San Lorenzo, Luque, Lambaré, Fernando de la Mora, Mariano Roque Alonso, Limpio, Ñemby, Capiatá, Caacupe, Villeta y Villa Elisa; así como las grandes ciudades del país, en Ciudad del Este, Salto del Guairá, Encarnación, Villarrica, Coronel Oviedo, Caazapa, misiones, Caaguazu, Hoenau, Canindeyu y Filadelfia u otro lugar dentro de la Región Occidental (Chaco Paraguayo).-

4. La PRESTADORA DE SERVICIOS deberá presentar como mínimo un profesional odontólogo por cada especialidad en las ciudades mencionadas más arriba, presentando a LA CAJA el listado de dichos profesionales en convenio.

ASISTENCIA ODONTOLOGICA

GRAN ASUNCION E INTERIOR DEL PAIS

Asimismo, deberá contar como mínimo con 1 centros asistenciales y/o profesionales odontólogos, en las ciudades que componen el gran Asunción, en San Lorenzo, Luque, Lambaré, Fernando de la Mora, Mariano Roque Alonso, Limpio, Ñemby, Capiatá, Caacupe, Villeta y Villa Elisa; así como las grandes ciudades del país, en Ciudad del Este, Salto del Guairá, Encarnación, Villarrica, Coronel Oviedo, Caazapa, Misiones, Caaguazu, Hoenau, Canindeyu y Filadelfia u otro lugar dentro de la Región Occidental (Chaco Paraguayo).-
La contratante se reserva el derecho de verificar dicha situación.

Debe Decir:

Sección III. Suministros Requeridos

COBERTURA ODONTOLOGICA BASICA
OTRAS CONDICIONES

D) CLINICAS ODONTOLOGICAS DE GRAN ASUNCIÓN E INTERIOR

1. El Oferente deberá presentar una cobertura como mínimo en 2 ciudades del Gran Asunción, y en 3 ciudades del interior del país, del siguiente listado de ciudades: Gran Asunción: San Lorenzo, Luque, Lambaré, Fernando de la Mora, Mariano Roque Alonso, Ñemby, Capiatá, Caacupe, Villeta, Villa Elisa; Ciudades del Interior: Ciudad del Este, Encarnación, Villarrica, Pedro Juan Caballero.-

4. La PRESTADORA DE SERVICIOS deberá presentar como mínimo un profesional odontólogo en las ciudades propuestas, presentando a LA CAJA BANCARIA el listado de dichos profesionales con los que tenga convenio, cuya copia autenticada deberá ir adjunta.-

CAJA BANCARIA S.A.C. Caja de Jubilaciones y Pensiones de Empleados de Bancos y Afines

MANUEL ALARCÓN
GERENTE FINANCIERO

CAJA BANCARIA
CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES DE EMPLEADOS DE BANCOS Y AFINES

ASISTENCIA ODONTOLOGICA

GRAN ASUNCION E INTERIOR DEL PAIS

Asimismo, deberá contar como mínimo con centros asistenciales y/o profesionales odontólogos, para la cobertura como mínimo en 2 ciudades del Gran Asunción, y en 3 ciudades del interior del país, del siguiente listado de ciudades: Gran Asunción: San Lorenzo, Luque, Lambaré, Fernando de la Mora, Mariano Roque Alonso, Ñemby, Capiatá, Caacupe, Villeta, Villa Elisa; Ciudades del Interior: Ciudad del Este, Encarnación, Villarrica, Pedro Juan Caballero.-

La contratante se reserva el derecho de verificar dicha situación.

Donde Dice:

Sección VII. Anexos

G) Documentos adicionales a la oferta que demuestren que los Bienes o Servicios ofertados cumplen con las especificaciones de la Sección III, Suministros Requeridos.

3. Autorización y habilitación actualizada del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y la Superintendencia de Salud del Oferente, para funcionar en el ramo de Prestación de servicios odontológicos.

Debe Decir:

Sección VII. Anexos

G) Documentos adicionales a la oferta que demuestren que los Bienes o Servicios ofertados cumplen con las especificaciones de la Sección III, Suministros Requeridos.

3. Autorización y habilitación actualizada del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y la Superintendencia de Salud del Oferente, para funcionar en el ramo de Prestación de servicios odontológicos en la categoría de Odontología Pre Paga.

CAJA BANCARIA CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES DE EMPLEADOS DE BANCOS Y AFINES

LIC. MANUEL ALARCÓN
GERENTE FINANCIERO

Donde Dice:

FORMULARIO Nº 3

Formulario de Oferta

f) Ofrecemos proveer los siguientes *[Bienes / Servicios]* de conformidad con los Documentos de la Licitación y de acuerdo con el Plan de Entregas y nos comprometemos a que estos *[Bienes / Servicios]* cumplan a cabalidad con las Especificaciones Técnicas y Requerimientos del Pliego de Bases y Condiciones, siendo e**l precio de nuestra oferta el que se indica en la siguiente Lista de Precios:**

ÍTEM	CODIGO DE CATALOGO	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	(A) PRECIO UNITARIO IVA INCL (*).	(B) CANT. MINIMA	(C) CANT. MAXIMA	(D) MESES	(E) PRECIO TOTAL (mínimo) IVA INCL.	(F) PRECIO TOTAL (máximo) IVA INCL.
1	85122003-001	SEGURO ODONTOLOGICO	UNIDAD		1900	2800	12		

Instructivo del llenado:
(E) = (A*B*D)
(F) = (A*C*D)
(*) Corresponde al Grupo beneficiario.

OBSERVACION: En cumplimiento de lo establecido en el Decreto 1107/14, queda prohibida la utilización de decimales **en los precios unitarios y totales que componen las ofertas formuladas en moneda local.**

Firma: *[indicar el nombre completo de la persona cuyo nombre y calidad se indican]* En calidad de *[indicar la calidad jurídica de la persona que firma el Formulario de la Oferta]*
Nombre: *[indicar el nombre completo de la persona que firma el Formulario de la Oferta]*
Debidamente autorizado para firmar la oferta por y en nombre de: [*indicar el nombre completo del Oferente]*
El día _____ del mes _____ del año _____ *[indicar la fecha de la firma*

CAJA BANCARIA
Caja de Jubilaciones y Pensiones de Empleados de Bancos y Afines

ING. MANUEL ALARCÓN
GERENTE FINANCIERO

Debe Decir:

FORMULARIO Nº 3

Formulario de Oferta

g) Ofrecemos proveer los siguientes *[Bienes / Servicios]* de conformidad con los Documentos de la Licitación y de acuerdo con el Plan de Entregas y nos comprometemos a que estos *[Bienes / Servicios]* cumplan a cabalidad con las Especificaciones Técnicas y Requerimientos del Pliego de Bases y Condiciones, siendo e**l precio de nuestra oferta el que se indica en la siguiente Lista de Precios:**

ÍTEM	CODIGO DE CATALOGO	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	(A) PRECIO UNITARIO IVA INCL (*).	(B) CANT. MINIMA	(C) CANT. MAXIMA	(D) MESES	(E) PRECIO TOTAL (mínimo) IVA INCL.	(F) PRECIO TOTAL (máximo) IVA INCL.
1	85122003-001	SEGURO ODONTOLOGICO	UNIDAD		1900	2800	24		

Instructivo del llenado:
(E) = (A*B*D)
(F) = (A*C*D)
(*) Corresponde al Grupo beneficiario.

OBSERVACION: En cumplimiento de lo establecido en el Decreto 1107/14, queda prohibida la utilización de decimales **en los precios unitarios y totales que componen las ofertas formuladas en moneda local.**

Firma: *[indicar el nombre completo de la persona cuyo nombre y calidad se indican]* En calidad de *[indicar la calidad jurídica de la persona que firma el Formulario de la Oferta]*
Nombre: *[indicar el nombre completo de la persona que firma el Formulario de la Oferta]*
Debidamente autorizado para firmar la oferta por y en nombre de: [*indicar el nombre completo del Oferente]*

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

Lic. MANUEL ALARCÓN
GERENTE FINANCIERO

Donde Dice:

SECCION V MODELO DEL CONTRATO

Contrato N° CJB/ADM XX / 2016

6. VIGENCIA DEL CONTRATO

6.1. El plazo de vigencia de este Contrato será por 12 meses desde su suscripción.-

6.2. La validez de la contratación del ejercicio 2017 queda sujeta a la aprobación de la partida presupuestaria correspondiente, de conformidad al Art. 14 de la Ley N° 2051/03.

Debe Decir:

SECCION V MODELO DEL CONTRATO

Contrato N° CJB/ADM XX / 2016

6. VIGENCIA DEL CONTRATO

6.1. El plazo de vigencia de este Contrato será por 24 meses desde su suscripción.-

6.2. La validez de la contratación del ejercicio 2017, y 2018, quedara sujeta a la aprobación de las partidas presupuestarias correspondientes, de conformidad al Art. 14 de la Ley N° 2051/03.

Los demás puntos del Pliego de Bases y Condiciones quedan inalterables.-

Lic. MANUEL ALARCÓN
GERENTE FINANCIERO