MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

UNIDAD GERENCIAL DEL PROGRAMA
Programa de Desarrollo Infantil Temprano
Contrato de Préstamo 2667/OC-PR

INVITACIÓN A PRESENTAR EXPRESIONES DE INTERÉS Nº 04/2019

"CONTRATACIÓN DE FIRMA CONSULTORA PARA EL RELEVAMIENTO, DIAGNÓSTICO Y DESARROLLO DEL PROYECTO EJECUTIVO PARA 67 ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MSPYBS"

SELECCIÓN BASADA EN LAS CALIFICACIONES DE LOS CONSULTORES (SCC)

octubre, 2019

INVITACIÓN A PRESENTAR EXPRESION DE INTERÉS

Consultoría: "Contratación de Firma Consultora para el Relevamiento, Diagnóstico y Desarrollo del Proyecto Ejecutivo para 67 Establecimientos de Salud del MSPYBS"

República del Paraguay

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Programa de Desarrollo Infantil Temprano – Prestamos Nº 2667/OC-PR

INVITACIÓN A PRESENTAR EXPRESION DE INTERÉS Nº 04/2019 – ID N° 637

El Programa de Desarrollo Infantil Temprano (PDIT) ejecutado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social que cuenta con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo tiene previsto la Ejecución y/o Rehabilitación de Obras Civiles de Unidades de Salud Familiar, en el marco del Fortalecimiento de los establecimientos hospitalarios y de atención materno-Infantil y apoyará la red de los servicios de DIT ofrecidos en los establecimientos del segundo y tercer nivel de atención.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a través del Programa de Desarrollo Infantil Temprano, invita a Empresas Consultoras elegibles para presentar sus antecedentes técnicos-financieros a los efectos de conformar la Lista Corta de 6 empresas que posteriormente serán invitadas a presentar una propuesta técnica y una propuesta de precio, conforme a la modalidad de *Selección Basada en las Calificaciones de los Consultores (SCC), numeral 3.7 y 3.8 de las Políticas del BID para la Selección y Contratación de Consultores – GN-2350-9.*

El alcance del servicio solicitado se describe en los Términos de Referencia preliminares que se acompaña como Anexo 2 del presente documento. Estos Términos de Referencia podrán sufrir modificaciones o ajustes (sin apartarse de la naturaleza de la Consultoría) en la Solicitud de Propuesta a ser remitida a los integrantes de la Lista Corta.

Los interesados deberán proporcionar información que indique que están cualificados para suministrar los servicios, conforme al siguiente detalle: ***i)*** *Carta de Presentación de Expresión de Interés;* ***ii)*** *Identificación del Solicitante (Formularios Nº 1 y 2);* ***iii)*** *Detalle de la experiencia en servicios similares ejecutados, realizados individualmente o en asociación con otras firmas durante los últimos 3 (tres) años (Formulario Nº 3). Se entiende por servicios similares la fiscalización de construcción de obras civiles de vivienda, hospitales, colegios;* ***iv)*** *Situación Financiera (Formulario Nº 4);* ***v)*** *Documentos Legales (Formulario Nº 5) y* ***vi)*** *Fotocopia simple del Balance General y Estados de Resultados, correspondiente al último ejercicio fiscal (2018), acompañado de la Declaración de Renta, del mismo periodo fiscal, presentados en la SET.*

Las firmas consultoras interesadas pueden obtener más información en la dirección indicada al final de este documento en horas de oficina**: 07:00 a 16:00 hs, de lunes a viernes**.

Los Términos de Referencia y Formularios exigidos podrán ser descargados del Portal de Contrataciones Públicas www.contrataciones.gov.py o solicitados al correo electrónico adquisiciones2667@gmail.com

La Carta de Manifestación de Interés deberá ser presentada por escrito acompañada de la documentación solicitada y en sobre cerrado a la dirección indicada a continuación, **a más tardar a las 10:00 hs del día 18 de octubre del 2019**. *No se admitirán Expresiones de Interés en formato digital.*

PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO
Azara 477 entre México y Caballero
Bo. La Encarnación
Asunción, Paraguay
Teléfono: (+595 961) 685959

ANEXO 1 – Formularios

CARTA DE MANIFESTACIÓN DE INTERÉS

Asunción, _____ de _____de 2019.-

Señores
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
Programa de Desarrollo Infantil Temprano - Contrato de Préstamo N° 2667/OC-PR
Asunción-Paraguay

De nuestra mayor consideración:

En atención a la publicación de fecha ___ de _____ del 2019, mediante la cual se realiza una invitación a firmas consultoras para presentar antecedentes relacionados a su especialidad y formular por escrito su Expresión de Interés en participar del proceso de conformación de la "Lista Corta" para la posterior presentación de propuestas técnicas y precios, relacionados con la prestación de una Consultoría **"Contratación de Firma Consultora para el Relevamiento, Diagnóstico y Desarrollo del Proyecto Ejecutivo para 67 Establecimientos de Salud del MSPYBS**, declaramos que:

1. Hemos examinado los formularios del llamado a Expresión de Interés, y no tenemos reservas en proporcionar los antecedentes y datos solicitados, de acuerdo con el formato preestablecido.
2. La veracidad y exactitud de toda la información proporcionada y autorizamos, mediante la presente, que cualquier persona natural o jurídica indicada en los formularios, suministre a requerimiento de la Unidad Coordinadora del Programa, toda la información que considere necesaria para confirmar la veracidad de esta. En caso de comprobarse cualquier falta a la verdad en la información que presentamos, nos damos por notificados que tienen el derecho de no reconocer nuestra "Expresión de Interés".
3. A efectos de evacuar consultas o brindar las aclaraciones que requiera la Unidad Coordinadora del Programa acerca de la "Manifestación de Interés", se nombra al Sr./Sra. _____ para que en representación de la firma, brinde la información complementaria requerida, con domicilio legal en la calle: _____, Nº: ____, ciudad: _____, país: _____telefax: _____, e-mail: _____
4. Nuestra firma, incluyendo todo el personal asignado a la prestación de los servicios de consultoría, cumple con el requisito de nacionalidad de países elegibles del BID.
5. Nuestra firma, sus afiliadas o subsidiarias, incluyendo cualquier firma o profesional especializada contratada, no está sancionada y/o impedida de ejercer la profesión, y no se encuentra involucrada en demandas judiciales en relación con el ejercicio de la profesión objeto de este contrato.

Con este motivo le saludo/saludamos muy atentamente.

Firmado _____

Nombre _____ En calidad de_____

Debidamente autorizado para firmar la solicitud por y en nombre de:

Nombre legal del Solicitante _____

Dirección _____

El día _____ del mes de _____de 2019.

(este formulario requiere la firma del representante legal)

Formulario 1
Información sobre el Solicitante

Fecha: _____

Nombre legal del Solicitante: *[Incluir el Nombre del Solicitante: Persona Jurídica, Consorcio o Asociación]*
En el caso de ser un Consorcio o Asociación, nombre legal de cada miembro **se debe especificar cuál de los miembros es el representante del Consorcio o Asociación y su nacionalidad:** *[En caso de Consorcio o Asociación Incluir el Nombre de cada miembro y especificar cual miembro es el representante]*
País de constitución actual o previsto del Solicitante: *[Incluir el país de constitución del Solicitante, en caso de Consorcio o Asociación el país previsto para la constitución]*
Año de constitución efectivo o previsto del Solicitante: *[Incluir el año de constitución del Solicitante, en caso de Consorcio o Asociación el año previsto para la constitución]*
Domicilio legal del Solicitante en el país de constitución: *[Incluir la dirección, ciudad y país del domicilio del solicitante]*
Información sobre el representante autorizado (persona física) del Solicitante Nombre: *[Incluir nombre del representante del solicitante]* Dirección: *[Incluir la dirección, ciudad y país del domicilio del representante del solicitante]* Números de teléfono y de fax: *[Incluir número de teléfono del representante del solicitante]* Dirección de correo electrónico: *[Incluir dirección de correo electrónico del representante del solicitante]*

Adjuntar copia de los documentos relativos a la constitución o condición jurídica del Solicitante, en caso de Consorcio o Asociación adjuntar la Carta de Intención en donde se exprese las condiciones del Consorcio o Asociación (integrantes, responsabilidad mancomunada, porcentajes de participación y la designación de la firma representante de la misma).

La nacionalidad del APCA debe ser la nacionalidad de la firma que se designe como representante de la asociación en participación.

Formulario 2
Información sobre el Solicitante para cada Miembro de un Consorcio o Asociación (solo para el caso de APCAs)

Fecha: _____

Nombre legal del Solicitante: *[Incluir el Nombre del Solicitante: Consorcio o Asociación]*
Nombre legal del miembro integrante del Consorcio o Asociación: *[Incluir el Nombre del integrante del Consorcio o Asociación]*
País de constitución del miembro del Consorcio o Asociación: *[Identificar el país de constitución del integrante del Consorcio o Asociación]*
Año de constitución del miembro del Consorcio o Asociación: *[incluir el año de constitución del integrante del Consorcio o Asociación]*
Domicilio legal del miembro del Consorcio en el país de constitución o Asociación: *[incluir dirección, ciudad y país sede del integrante del Consorcio o Asociación]*
Información sobre el representante autorizado del miembro del Consorcio o Asociación: Nombre: *[Incluir nombre del representante del representante del Integrante del Consorcio o Asociación]* Dirección: *[Incluir la dirección, ciudad y país del domicilio del representante del integrante del Consorcio o Asociación]* Números de teléfono y de fax: *[Incluir número de teléfono del representante del integrante del Consorcio o Asociación]* Dirección de correo electrónico: *[Incluir dirección de correo electrónico del representante del integrante del Consorcio o Asociación*

Adjuntar copia de los documentos relativos a la constitución o condición jurídica de cada miembro del Consorcio o Asociación

Formulario 3
Detalle de Experiencia en Servicios Similares

Nombre legal del Solicitante: _____ Fecha: _____
Nombre legal del miembro de un Consorcio o Asociación: _____

Número de contrato similar:	**Información**		
Identificación del contrato	*[Indicar nombre y número de contrato, si procede]*		
Lugar donde se realizó el Servicio	*[indicar país, ciudad si procede]*		
Fecha de inicio del Servicio Fecha de terminación del Servicio	*[indicar mes/año]* *[indicar mes/año]*		
Plazo original del Servicio	*[indicar mes/año]*		
Monto total del contrato	*[Indicar el monto total en la o las monedas del Contrato]*		*[Indicar el Monto Total del Contrato equivalente en US$]* Tasa de Conversión: *(indicar la tasa utilizada para conversión de monedas]*
Si es miembro de un Consorcio o Asociación, especificar la participación en el monto total del contrato.	*[Indicar porcentaje de participación]* _____%	*[Indicar el monto total en la o las monedas del Contrato]*	*[Indicar el Monto Total del Contrato equivalente en US$]*
Nombre del Contratante:	*[Indicar el nombre de la entidad contratante]*		
Dirección: Números de teléfono/fax: Correo electrónico:	*[Indicar la dirección/ciudad/país de la entidad contratante]* *[Indicar número de teléfono de la entidad contratante]* *[Indicar la correo electrónico de la entidad contratante o el contacto]*		
Breve descripción del Servicio:			
[realizar una breve descripción del servicio donde se indique las actividades ejecutadas similares]			

Yo, ……representante de la firma…… DECLARO BAJO FE JURAMENTO la veracidad de las informaciones contenidas en el presente formulario.

[El solicitante deberá preparar un formulario por cada servicio]

Formulario 4
Situación Financiera

Información Financiera	Información histórica correspondiente al último año (equivalente en Gs o US$)		
	Año 2018		Formula de Coeficiente
	Total	Coeficiente	
Información del Balance			
Total, del Activo (TA)			**Coeficiente de Endeudamiento General:** (Total Pasivo/Total Activo) **No deberá ser mayor a 0,80**
Total, del Pasivo (TP)			
Activo Corriente (AC)			**Coeficiente de Liquidez**: (Activo a corto plazo/ Pasivo a corto plazo) **Deberá ser igual o mayor que 1**
Pasivo Corriente (PC)			

Criterio de Evaluación: para la calificación de la situación financiera de las Consultoras se utilizará el sistema Cumple/No Cumple. Los índices financieros mínimos son:

- **Coeficiente de Endeudamiento General:** (Total Pasivo/Total Activo)
- **Coeficiente de Liquidez:** (Activo a corto plazo/Pasivo a corto plazo)

Para el caso de Consorcios, cada uno de los miembros del APCA deben cumplir con el requisito.

Se deben adjuntar copias simples del Balance General y Estados de Resultados y Renta, correspondiente al ejercicio fiscal declarado.

Deberá reflejar la situación financiera del Solicitante o y de cada miembro integrante de un Consorcio, y no de una sociedad matriz u otra perteneciente al mismo grupo.

No se aceptarán estados financieros de períodos parciales.

Formulario 5
Documentos legales requeridos
Documentos legales requeridos para oferentes domiciliados en la República del Paraguay

1. **PERSONAS JURÍDICAS**
   - **a.** Documentos que acrediten la existencia legal de la persona, tales como la Escritura Pública de Constitución y protocolización de los Estatutos Sociales. Los estatutos deberán estar inscriptos en la Sección Personas Jurídicas de la Dirección de Registros Públicos.
   - **b.** Documentos que acrediten las facultades del firmante de la oferta para comprometer al oferente. Estos documentos pueden consistir en:
     - Un poder suficiente 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.
   - **c.** Copia simple del Balance General y Estados de Resultados, correspondiente al último ejercicio fiscal.

2. **DOCUMENTOS LEGALES REQUERIDOS PARA OFERENTES (EN CASO DE CONSORCIO)**
   - **a.** Cada integrante deberá presentar los documentos requeridos para oferentes individuales especificados en los incisos (a), (b), y (c) del numeral 1.1. precedente.
   - **b.** Consorcio constituido o acuerdo de intención de constituir el consorcio en caso de resultar adjudicados y antes de la firma del contrato. El acuerdo de intención deberá estar suscripto por los representantes legales de cada uno de los integrantes del Consorcio.
   - **c.** Poder suficiente del firmante de la oferta. El firmante debe contar con facultades suficientes para firmar la oferta y asumir solidariamente en representación de los integrantes los compromisos emergentes de la presentación de la oferta.

3. **En caso de empresas no domiciliadas en la República del Paraguay adicionalmente deberán presentar: NO APLICA**
   - **a.** Documento que acredite que no se encuentra en mora con el fisco, expedido por la autoridad competente del país de origen, expedido dentro de un plazo no mayor a 60 días antes de la fecha de la apertura de solicitudes de precalificación.
   - **b.** Los documentos que no se encuentren redactados en idioma español, deberán estar acompañados de una traducción realizada por un traductor profesional.

DECLARACION JURADA
DE NO ENCONTRARSE COMPRENDIDO EN LAS INHABILIDADES PREVISTAS EN EL ARTÍCULO 40 Y DE INTEGRIDAD ESTABLECIDA EN EL ARTICULO 20, INCISO "w", AMBOS DE LA LEY 2051/03 de CONTRATACIONES PUBLICAS

Fecha: …….

Proceso de Contratación: Modalidad:
Descripción del llamado:
ID (Portal):
A la Convocante:

Yo/Nosotros, quien/es suscribe/suscribimos, declaro/amos Bajo Fe de Juramento que, no me/nos encuentro/encontramos comprendido/s en ninguna de las inhabilidades previstas por el Artículo 40 de la Ley N° 2.051/03 para presentar propuestas y/o contratar con el Estado Paraguayo en general, y con esta Convocante en particular y al proceso de contratación arriba individualizado. -

Asimismo, declaro/amos Bajo Fe de Juramento, que me/nos abstengo/abstenemos de adoptar conductas orientadas a que los funcionarios o empleados de la Convocante en el presente llamado, induzcan o alteren las exigencias del llamado, las evaluaciones de las propuestas, el resultado del procedimiento, la ejecución contractual u otros aspectos que pudiera/n otorgarme/nos condiciones más ventajosas con relación a los demás participantes, como por ejemplo, y de manera enunciativa yo no limitativa, el soborno y la colusión.-

Asumo/Asumimos el compromiso de comunicar por medios fehacientes a la Entidad Convocante, de manera inmediata a su surgimiento, cualquier alteración en la situación jurídica respecto de las citadas inhabilidades, dejando expresa constancia que independiente a esta situación, automática mente resta eficacia y validez a la presente. -

La presente declaración jurada, la hago/hacernos, en los términos y condiciones del Artículo 47 del Decreto Reglamentario N° 21.909/03 Y el artículo 20, inciso "w", de la Ley 2051/03, de "Contrataciones Públicas". Así mismo, declaro conocer y aceptar el contenido y las disposiciones de la Resolución N° 330 de la Dirección General de Contrataciones Públicas.

Firma El/los Oferente/s Aclaración de Firma/s

ANEXO 2 - TÉRMINOS DE REFERENCIA

(Preliminares para la Etapa de manifestación de Interés. Los mismos podrán ser ajustados al momento de la Solicitud de Propuesta a los Integrantes de la Lista Corta, pero sin modificar la naturaleza de la Consultoría)

Programa	PR-L1051 Programa de Desarrollo Infantil Temprano" Préstamo Nº 2667/OC-PR
Componente	1. Implementación del Modelo de Atención Integral de Desarrollo Infantil Temprano (MAIDIT).
Consultoría	**Contratación de Firma Consultora para el Relevamiento, Diagnóstico y Desarrollo del Proyecto Ejecutivo para 67 Establecimientos de Salud del MSPyBS.**

1. ANTECEDENTES

La República del Paraguay ha recibido un financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para financiar parcialmente el Programa de Desarrollo Infantil Temprano, mediante el Contrato de Préstamo N° 2667/OC-PR. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es el responsable de la ejecución del programa, en el marco del cual se llevará a cabo la consultoría contenida en estos Términos de Referencia.

El objetivo general del indicado programa es contribuir a mejorar los niveles de desarrollo cognitivo, emocional y físico de los niños/as menores de 5 años, detectando precozmente trastornos en el desarrollo y facilitando el acceso oportuno a intervenciones para su tratamiento.

El programa está estructurado en 3 componentes principales orientados a: (i) implementación del Modelo de Atención Integral de Desarrollo Infantil Temprano (MAIDIT) en el sector salud; (ii) fortalecimiento de los servicios de cuidado infantil; y (iii) gestión de los programas de DIT, monitoreo y evaluación.

En este contexto, se considera necesario, en relación al subcomponente 1.1: Fortalecimiento de los servicios de atención temprana en el primer nivel de atención; una consultoría para la elaboración de las especificaciones técnicas de obras, con base en el relevamiento realizado en campo.

2. OBJETIVO

Apoyar a la Dirección de Recursos Físicos en las actividades de Relevamiento, Diagnostico, Elaboración de Propuesta y Desarrollo de Proyecto Ejecutivo para la intervención de 67 establecimientos sanitarios mediante la reconversión de su infraestructura a Modelos Estándar de Unidades de Salud de la Familia (USF).

2.1 Objetivos Específicos:

2.1.1 Verificar in situ el cumplimiento del modelo USF (anexo a este TDR).

2.1.2 Definir las necesidades en infraestructura (Diagnóstico) que requiere cada una de las 67 USF

2.1.3 Elaborar las especificaciones técnicas y proyecto ejecutivo para cada una de las 67 USF con base en la información recabada (diagnóstico del numeral anterior) las cuales serán la base para los procesos de contratación de obras y que son requeridas por el MSP y BS.

2.1.4 Entregar los proyectos ejecutivos de las 67 USF con aprobación municipal del Municipio que corresponda.

2.1.5 Entregar los proyectos ejecutivos de las 67 USF con licencia ambiental aprobada por el Ministerio del Ambiente y Desarrollo Sostenible.

2.1.6 Entregar los proyectos ejecutivos de las 67 USF, con aprobación de la Dirección de Establecimientos de Salud, Afines y Tecnología Sanitaria del MSPBS y Gerencia del Programa a través de la Coordinación de Infraestructura.

3. ALCANCE

El alcance de la consultoría será en los establecimientos sanitarios de los Departamentos de cobertura del Programa, según detalle:

Departamento	Cantidad USF
Grupo I: CONCEPCION	18
Grupo II: SAN PEDRO	16
Grupo III: CAAZAPA	17
Grupo IV: ALTO PARANÁ	16
TOTAL	**67**

Observación: *El listado final de las unidades o establecimientos a intervenir están sujetas a cambio y pudieran ser definidas en la etapa de Negociación del Contrato.*

4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA CONSULTORÍA

4.1 UNIDAD DE SALUD FAMILIAR

4.1.1 Relevamiento y Diagnóstico

- Medición en campo de la situación actual en infraestructura de las unidades definidas en el *ALCANCE. Utilización de FICHAS DE RELEVAMIENTO (Anexo 4)*
- Elaboración de planos arquitectónicos de cada una de las unidades definidas en el *ALCANCE.* **Se solicitan los siguientes planos:**
  - Plantas Acotadas. Escala 1/50
  - Plantas Equipadas. Escala 1/50
  - Esquema de Instalación Sanitaria Agua, Desagüe Cloacal y Desagüe Pluvial (ubicación de cañerías, llaves, de cámaras y registros, de artefactos sanitarios, grifos de patio, tanques, bombas de agua etc.). Escala 1/50
  - Esquema de Instalación Eléctrica (ubicación y dimensión de registros, tablero general y seccional, acometida, artefactos lumínicos, etc.). Escala 1/50
  - Cortes (como mínimo 2). Longitudinal y trasversal. Escala 1/50
  - Fachadas (como mínimo 2 principales). Escala 1/50
  - Láminas de detalles importantes.
  - Planilla de Locales
- Relevamiento y listado de bienes muebles y enseres existentes, como ser: aire acondicionado,
- ventiladores, bombas de agua. (Formato a ser elaborado por el Consultor y presentado para aprobación)
- Relevamiento y diagnóstico del estado de la infraestructura edilicia en general, además de las instalaciones sanitarias y eléctrica.
- Elaboración de un diagnóstico, análisis y recomendaciones de cada establecimiento y definidas en el ALCANCE - USF sobre la infraestructura faltante para cumplir con los requerimientos según el modelo (anexo 1 USF estándar) y las especificaciones técnicas (anexo 2).

4.1.2 Proyecto Ejecutivo

Elaborar por cada una de las unidades definidas en el *ALCANCE a* partir del relevamiento realizado, el diseño con los espacios necesarios para cumplir con el modelo (Anexo 1) y especificaciones del anexo 2. Cada USF deberá contar indefectiblemente además con su propia Caseta de Residuos Comunes y Patológicos ajustado a diseño del Anexo 3.

- Para el diseño de cada una de las unidades de salud de familiar se deberá tener en cuenta el Reglamento de Construcción del Municipio correspondiente.
- Elaborar el presupuesto de inversión (Planilla de costo y presupuesto) según las necesidades relevadas en cada una de las unidades definidas en el ALCANCE.
- Presentar el análisis de costo actualizado de cada rubro utilizado en las planillas. Incluyendo el beneficio y gastos administrativos.
- Elaborar las Especificaciones Técnicas según anexo 2 a cumplir para la construcción del Modelo para cada una de las unidades definidas en el ALCANCE.
- Elaborar la carpeta técnica de planos debidamente firmados por los profesionales correspondientes, a entregar a la/s firma/s constructora/s que realicen las obras de adecuación.

Dicha carpeta deberá contener los siguientes planos técnicos:

- Planta de localización. Escala 1/1000
- Planta de ubicación. Escala 1/500
- Planta acotada, técnica. Escala 1/50
- Plano altimétrico con cotas de niveles de acuerdo a la topografía del terreno.
- Plano de arborización. Esc. 1/50

- Planta equipada. Escala 1/50.
- Planta de techo con dimensionamiento de la estructura utilizada (vigas, tirantes, correas, pilares) tipos de cobertura (tejas, Ho. Ao. chapa). Escala 1/50
- Planta de estructura (incluir los cálculos). Escala 1/50
- Planta de instalación eléctrica. Escala 1/50
- Planta de instalación sanitaria (cloacal e hidráulica). Escala 1/50
- Planta de desagüe pluvial. Escala 1/50
- Cortes (todos los necesarios). Escala 1/50
- Fachadas (todas las necesarias). Escala 1/50
- Plano georreferenciado.
- Detalles constructivos (vigas, encadenados, pilares, Aberturas). Escala 1/20.
- Murallas en todo el perímetro, portones de acceso y de salida para ambulancias, portón de acceso peatonal, camineros de acceso peatonal y guarda obras.
- Planilla de locales.
- Propuesta de Cronograma de obras físico y financiero.
- Registros fotográficos: Presentar registros fotográficos desde el acceso, y por ambientes, mostrando tipos de mampostería, pisos, techos, instalaciones, aberturas, sanitarios, exteriores, etc.

- Los planos técnicos deberán ser aprobados por el Municipio correspondiente para la finalización de la presente consultoría. (Incluyendo la elaboración de carpeta municipal)
- Elaboración, presentación y aprobación en el MADES del Cuestionario Básico Medioambiental.
- Aprobación del Proyecto Ejecutivo por la Dirección de Recursos Físicos y la Dirección de Establecimientos de Salud, Afines y Tecnología Sanitaria del MSPBS y Gerencia del Programa a través de la Coordinación de Infraestructura.

Observación: es requerimiento indispensable, prever en cada uno de los proyectos ejecutivos anteriormente citados, criterios de adecuación y acceso para PcD (personas con discapacidad). Esto es en: baños, rampas de acceso, barandas, camineros de accesos y perimetrales, cambios de nivel, aberturas, pasillos, entre otros. Acorde a la Ley 4934 de Accesibilidad al Medio Físico para las personas con Discapacidad, PNA 45001 a PNA 45017 del INTN.

5. PRODUCTOS REQUERIDOS Y PLAZOS DE ENTREGA

La consultoría deberá entregar los siguientes productos:

5.1 Productos de Avance

a. Informe de Diagnóstico y Proyecto Ejecutivo de los Grupos I, II, III y IV del ALCANCE del Proyecto; según lo indicado en el *punto "Relevamiento y Diagnóstico" y "Proyecto Ejecutivo"* para cada uno de los establecimientos de salud (USF)

Dichos productos deberán entregarse:

(Relevamiento - Diagnóstico y Propuesta)

- **Grupo I**: 30 días calendario desde la ORDEN DE PROCEDER a ser emitida por la Gerencia del Programa.
- **Grupo II**: 30 días calendario desde la ORDEN DE PROCEDER a ser emitida por la Gerencia del Programa.
- **Grupo III**: 30 días calendario desde la ORDEN DE PROCEDER a ser emitida por la Gerencia del Programa.
- **Grupo IV**: 30 días calendario desde la ORDEN DE PROCEDER a ser emitida por la Gerencia del Programa.

(Proyecto Ejecutivo)

- **Grupo I**: 30 días calendario desde la aprobación de la PROPUESTA por la Dirección de Recursos Físicos y la Dirección de Establecimientos de Salud, Afines y Tecnología Sanitaria del MSPBS y Gerencia del Programa a través de la Coordinación de Infraestructura.
- **Grupo II**: 30 días calendario desde la aprobación de la PROPUESTA por la Dirección de Recursos Físicos y la Dirección de Establecimientos de Salud, Afines y Tecnología Sanitaria del MSPBS y Gerencia del Programa a través de la Coordinación de Infraestructura.

- **Grupo III**: 30 días calendario desde la aprobación de la PROPUESTA por la Dirección de Recursos Físicos y la Dirección de Establecimientos de Salud, Afines y Tecnología Sanitaria del MSPBS y Gerencia del Programa a través de la Coordinación de Infraestructura.
- **Grupo IV**: 30 días calendario desde la aprobación de la PROPUESTA por la Dirección de Recursos Físicos y la Dirección de Establecimientos de Salud, Afines y Tecnología Sanitaria del MSPBS y Gerencia del Programa a través de la Coordinación de Infraestructura.

Productos Finales

- Carpeta del proyecto ejecutivo para cada uno de los establecimientos de salud (USF), con aprobación Municipal y el Cuestionario Básico Ambiental presentado y aprobado en el MADES. A los 30 días contados a partir de la aprobación del Proyecto Ejecutivo.

Aprobación de los productos

La aprobación de los productos definidos en los puntos anteriores corresponderá a la Dirección de Recursos Físicos, y serán necesarios para procesar los pagos detallados en el presente TDR.

6. PLAZO Y LUGAR DE TRABAJO

ETAPAS		mes 1		mes 2		mes 3		mes 4		mes 5	
		15 días	15 días	15 días	15 días	15 días	15 días	15 días	15 días	15 días	15 días
Relevamiento - Diagnostico - Propuesta	GRUPO I			Aprobación							
	GRUPO II				Aprobación						
	GRUPO III					Aprobación					
	GRUPO IV						Aprobación				
Proyecto Ejecutivo	GRUPO I						Aprobación				
	GRUPO II							Aprobación			
	GRUPO III								Aprobación		
	GRUPO IV									Aprobación	
Productos Finales (Licencia Ambiental - Aprob. Municipal)	GRUPO I										
	GRUPO II										
	GRUPO III										
	GRUPO IV										

LUGAR DE TRABAJO: el equipo consultor deberá trasladarse a cada USF o establecimiento sanitario asignado las veces que considere necesario para el levantamiento correcto de la infraestructura. Para tareas de Gabinete y Sistematización lo realizará en oficinas propias del equipo consultor.

7. COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN

El consultor coordinará sus actividades y será supervisado por la Gerencia del Programa a través de la Coordinación de Infraestructura del Programa y la Dirección General de Recursos Físicos del MSPYBS.

8. CALIFICACIONES DE LA CONSULTORA

8.1 Experiencia de la firma como mínimo de 5 (cinco) años en trabajos de relevamiento, diagnóstico y diseño de proyectos ejecutivos de centros de atención hospitalaria (unidades de salud, centros y hospitales, etc.) en las áreas de Arquitectura y/o Ingeniería Civil. La comprobación de lo requerido se realizará a través de la presentación como mínimo de 5 (cinco) de contratos con instituciones públicas o privadas en las cuales ha prestación el servicio. Se valorará la Experiencia de trabajos para el sector público.

8.2 Deberá contar con oficinas con equipamiento mínimo (equipos de informática, conectividad a internet, etc.) para procesar informes, planos y cualquier documento o información requerida.

8.3 La firma deberá contar además con movilidad propia para realizar los traslados a los diferentes puntos del país.

8.4 La firma consultora deberá contar con un plantel de profesionales, que ayudarán a la correcta ejecución de las actividades previstas en la consultoría, el cual deberá estar integrado mínimamente por:

a) **Coordinador General de Equipos (líder de Proyecto) (1, 2, 3 y 4)**

b) **Jefe de Equipo (4) (uno por departamento)**

c) **Asistentes Técnicos (6)**

A. COORDINADOR DE EQUIPOS (LÍDER DE PROYECTO):

Mínima de 7 (siete) años de experiencia en liderar equipos de trabajos de proyectos de infraestructura como centros de atención hospitalaria, haber proyectado como mínimo 15.000 m² de edificios hospitalarios o similares para instituciones públicas o privadas. Se considerarán los años a partir de la obtención del título universitario.

Formación Académica:

Título universitario en Arquitectura o Ingeniería Civil. El nivel universitario es excluyente.

✓ **Se valorarán:**

- Cursos de **Maestría en Arquitectura y/o Arquitectura Hospitalaria** con duración mínima de **240 horas cátedras.** No se tendrán en cuenta post grados sin título que acredita su culminación y/o defensa de tesis.
- Cursos de Especialización en Arquitectura Hospitalaria de un mínimo de **40 horas de duración** que tengan relación directa con los requerimientos de los TDR.

B. JEFE DE EQUIPO

Mínima de 5 (cinco) años de experiencia en trabajos de coordinación de equipos de diseño arquitectura y/o proyectos como centros de atención hospitalaria, haber proyectado como mínimo 9.000 m² de edificios hospitalarios o similares para instituciones públicas o privadas. Se considerarán los años a partir de la obtención del título universitario.

Formación Académica:

Título universitario en Arquitectura o Ingeniería Civil. El nivel universitario es excluyente.

✓ **Se valorará:**

- Cursos de Especialización en Arquitectura Hospitalaria de un mínimo de **40 horas de duración** que tengan relación directa con los requerimientos de los TDR.

C. ASISTENTES TÉCNICOS:

Asistentes de Gabinete

Profesional egresado de la carrera de Arquitectura o Ingeniería Civil con 3 (tres) años de experiencia en trabajos de relevamientos y digitaciones de planos. Se considerarán los años a partir de la obtención del título universitario.

***Observación**:* Todo el personal asignado al Contrato deberá ser con carácter de dedicación exclusiva por el tiempo y trabajo asignado. Cualquier modificación antes o durante la prestación del servicio, deberá estar previamente aprobado por el Contratante el perfil del sustituto.

9. PLAZO

Se estima que el plazo para la prestación de los servicios de esta consultoría será de **150 (ciento cincuenta) días**, a partir de la orden de proceder.

10. PRESUPUESTO Y FORMA DE PAGO

El valor estimado de la consultoría asciende a **Gs. 630.000.000.- (guaraníes seiscientos treinta millones) IVA Incluido**, que será financiado con recursos del Préstamo Nº 2667/OC-PR "Programa de Desarrollo Infantil Temprano".

El importe incluye el IVA que será financiado con fondos del Aporte Local. El pago final será abonado contra aprobación del informe final por el Contratante y la No Objeción del BID.

El monto del contrato incluye todos los impuestos contemplados en la ley y el consultor será responsable de su cumplimiento y todos los gastos inherentes al cumplimiento de las actividades a ser desarrolladas en el marco de la consultoría.

10.1 FORMA DE PAGO:

Anticipo: el pago del 20% del total del contrato se realizará dentro de los 60 días calendarios, previa presentación de la factura y la garantía bancaria de pago anticipado aceptable al Contratante. Dicha garantía (i) será válida hasta que el pago anticipado sea compensado completamente, y (ii) será en la forma que el Contratante haya aprobado por escrito.

Primer pago: se pagará el 30% del total del contrato contra presentación del RELEVAMIENTO Y ESQUEMA DE PROPUESTA.

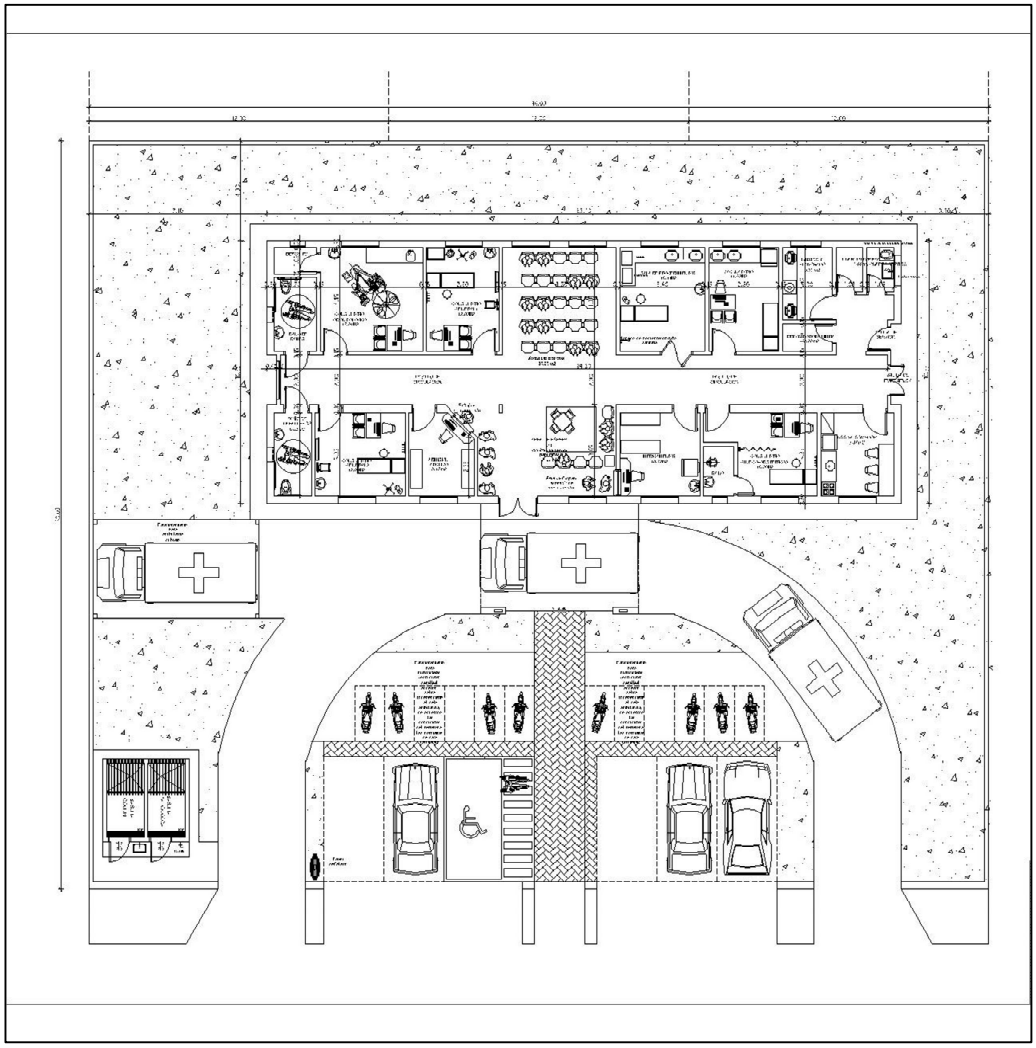
Segundo pago: se pagará el 40% del total del contrato contra presentación y aprobación del PROYECTO Y DESARROLLO EJECUTIVO.

Pago Final: El pago final del 10% de la suma global contra aprobación de la LICENCIA AMBIENTAL Y HABILITACION MUNICIPAL.

11. PROPIEDAD DE LOS DOCUMENTOS

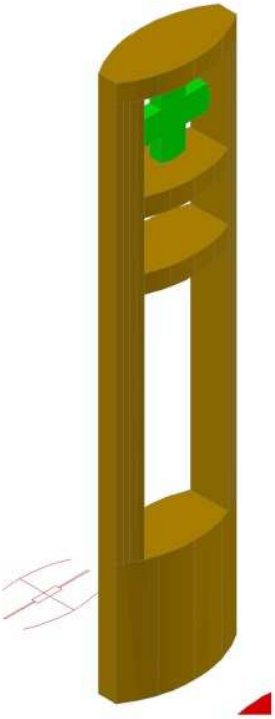
Los documentos, informes y otros que sean realizados por el consultor, así como todo el material que se genere durante el desempeño de sus funciones son propiedad del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, y, en consecuencia, deberán ser entregados a la institución. Queda expresamente prohibida su divulgación a terceros exceptuando las situaciones propias del Programa.

ANEXO I



MODELO USF ESTÁNDAR

MODELO TOTTEM para incorporar en el frente de las USF



ANEXO 2

DESCRIPCIÓN USF (Estándar TIPO A)

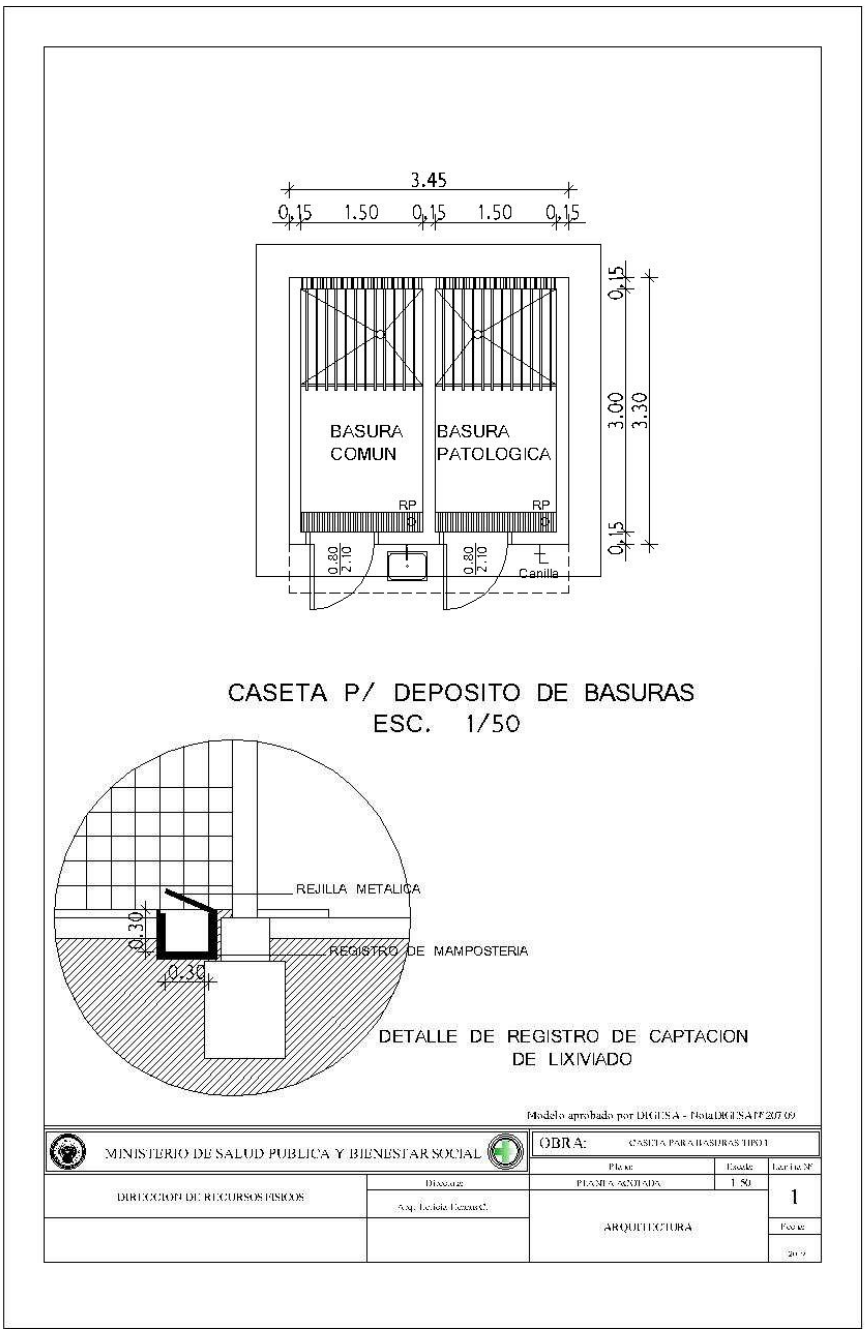
Al momento de realizar el Diagnóstico y especificaciones técnicas de cada unidad solicitada, deberán tener en cuenta los siguientes requerimientos:

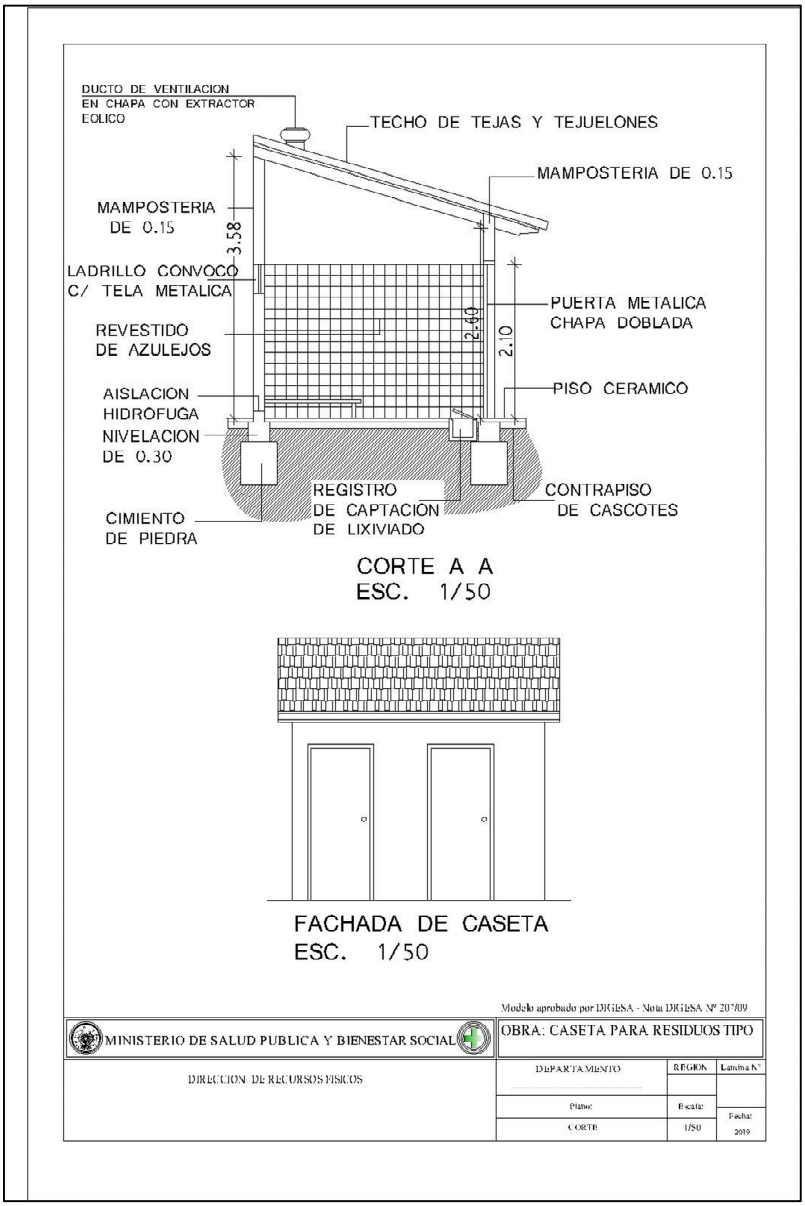
UNIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA ESTÁNDAR

El MSPyBS desarrolló un *Modelo Estándar (se adjunta el plano Anexo I)* al cual deberán ceñirse todas las USF, principalmente teniendo en cuenta los siguientes requerimientos:

- Acceso cubierto de Ambulancias
- Admisión y Archivo
- Sala de Espera
- Sala de Medicamentos
- Sala de Urgencias
- Enfermería y Vacunación
- Consultorio Gral. 1
- Consultorio Gral. 2
- Consultorio Gineco-Obstétrico c/ baño
- Consultorio Odontológico
- Cocina - comedor
- Lavadero –espacio de servicio
- Baño caballeros
- Baño damas
- Baño inclusivo
- Circulación interna
- Espacio externo. Muralla perimetral
- Acceso peatonal desde el exterior
- Veredas
- Áreas verdes- empastado

ANEXO 3


3.45
0.15
1.50
0.15
1.50
0.15
BASURA COMUN
BASURA PATOLOGICA
RP
RP
0.80
2.10
0.80
2.10
Canilla
0.15
3.00
3.30
0.15
CASETA P/ DEPOSITO DE BASURAS
ESC. 1/50
REJILLA METALICA
REGISTRO DE MAMPOSTERIA
0.30
0.30
DETALLE DE REGISTRO DE CAPTACION DE LIXIVIADO
Modelo aprobado por DIGESA - NotaDIGESA Nº 207/09
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
OBRA:
CASETA PARA BASURAS TIPO I
Plano
Escala
1:50
PLANTA ACOTADA
DIRECCION DE RECURSOS FISICOS
Dibujado
Arq. Leticia Escurra C.
ARQUITECTURA
1
Fecha
2009


DUCTO DE VENTILACION EN CHAPA CON EXTRACTOR EOLICO
TECHO DE TEJAS Y TEJUELONES
MAMPOSTERIA DE 0.15
MAMPOSTERIA DE 0.15
3.58
LADRILLO CONVOCO C/ TELA METALICA
PUERTA METALICA CHAPA DOBLADA
2.40
2.10
REVESTIDO DE AZULEJOS
PISO CERAMICO
AISLACION HIDROFUGA
NIVELACION DE 0.30
REGISTRO DE CAPTACION DE LIXIVIADO
CONTRAPISO DE CASCOTES
CIMIENTO DE PIEDRA
CORTE A A
ESC. 1/50
FACHADA DE CASETA
ESC. 1/50
Modelo aprobado por DIGIESA - Nota DIGIESA Nº 207/09
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
OBRA: CASETA PARA RESIDUOS TIPO
DIRECCION DE RECURSOS FISICOS
DEPARTAMENTO
REGION
Lamina Nº
Plano
Escala:
CORTE
1/50
Fecha:
2019

ANEXO 4

FICHAS DE RELEVAMIENTO

"Bicentenario de la Epopeya Nacional 1864 – 1870"

Ministerio de SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

D. RECURSOS FÍSICOS

GOBIERNO NACIONAL

CATEGORIA DE ESTABLECIMIENTO	REGION SANITARIA	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	

2. INFORMACION GRAFICA

2.1 ELEMENTOS A DIBUJAR	ESQUEMA DE UBICACIÓN EN EL ENTORI
NORTE, MUROS, CERCA, CURSO DE, PILARES, VENTANA, DUCHAS, PUERTA, INODORO, LAVAMANOS	* Indicar sitios referenciales en el entorno
2.3 AREA CONSTRUIDA _____ M2	

2. 4 ESQUEMA GRAFICO - PLANO DE ARQUITECTURA

Fecha : Año ☐☐ Mes ☐☐ Día ☐☐ **Responsable del levantamiento:** _____

"Bicentenario de la Epopeya Nacional 1864 – 1870"

Ministerio de SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

D. RECURSOS FISICOS

GOBIERNO NACIONAL

[redacted]

CATEGORIA DE ESTABLECIMIENTO	REGION SANITARIA	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	

4. SERVICIOS PUBLICOS: AGUA Y DESAGÜE - ALCANTARILLADO

.1 AGUA POTABLI

SUMINISTRO DE AGUA	FUENTES DE AGUA	PLANTA DE TRATAMIENTO
Conexión red pública: ☐	Superficiales ☐	SI ☐ NO ☐
Instalación propia: ☐	Red barrial ☐	SISTEMA DE DISTRIBUCION
Otro: ☐	Pozo Tubular ☐	Gravedad: ☐
Cual? _____	Pozo Artesiano ☐	Bombeo: ☐
FRECUENCIA DE DISTRIBUCION	Otro: ☐	
Horas / Dia ☐☐	Cual? _____	PRESION RED
Dias / semana ☐		B ☐ R ☐ M ☐

ALMACENAMIENTO			CAPACIDAD	ESTADO
TANQUE NO ☐	SI ☐	Elevado ☐	☐☐☐ M3	B ☐ R ☐ M ☐
		Subterráneo ☐		

4.2 DESAGÜES

ELIMINACION DE EFLUENTES	CONDUCCION AGUAS LLUVIAS	MANEJO DE AGUAS RESIDUALES	
Conexión a la red: ☐	Conexión a la red: ☐	Planta tratamiento: ☐	Pozo séptico: ☐
Eliminación propia: ☐	Eliminación propia: ☐	Filtración: ☐	Ninguno: ☐
	Escurrimiento libre: ☐	Campo libre: ☐	Otro: ☐
		Cual: _____	

TIPO DE ELIMINACION	TRATAMIENTO	ELIMINACION PROPIA DE AGUA RESIDUALES
Gravedad: ☐	SI ☐	Pozo negro ☐ Otro / especificar: _____
Bombeo: ☐	NO ☐	

4.3 RESIDUOS SOLIDOS

ELIMINACION DE RESIDUOS	CLASIFICACION DE RESIDUOS	OBSERVACIONES
Recolección pública: ☐	Residuos organicos/patologicos: ☐	_____
Quema: ☐	Residuos comunes: ☐	_____
Incineración ☐	Residuos reciclados: ☐	_____
Campo abierto: ☐	Ninguno: ☐	_____
Relleno: ☐		_____

Fecha:	Año	Mes	Dia	Responsable del levantamiento:
	☐☐	☐☐	☐☐	_____

* se indica BLOQUE en caso de que el establecimiento este dividido asi.

Fecha :	Año	Mes	Día	Responsable del levantamiento:
	☐☐	☐☐	☐☐	_____

"Empoderamiento de la Gestión Nacional 2014 – 2018"

Ministerio de SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

RF D. RECURSOS FISICOS

GOBIERNO NACIONAL

[redacted]

CATEGORIA DE ESTABLECIMIENTO	REGION SANITARIA	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	

5. INSTALACIONES ELECTRICAS

5.1 SISTEMA ELECTRICO

SUMINISTRO DE ENERGIA	TRANSFORMADOR ELECTRICO	GENERADOR PROPIO
Conexión red pública: ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
Planta propia: ☐	PROPIO SI ☐ NO ☐	CAPACIDAD ☐☐☐ KVA
Otro: ☐	CAPACIDAD ☐☐☐ KVA	ESTADO:
Cual? _____	MEDIDOR: SI ☐ NO ☐	B ☐ R ☐ M ☐

5.2 OBSERVACIONES (ENERGIA ELECTRICA)

_____

_____

Fecha : Año ☐☐ Mes ☐☐ Día ☐☐ **Responsable del levantamiento:** _____