INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

TETÃ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL

LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL N° 39/17
"CONTRATACIÓN DE SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA EL I.P.S"
ACLARACIÓN N° 1

Asunción, 15 de diciembre de 2017

AL OFERENTE:

Con relación al proceso licitatorio individualizado como **LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL N° 39/17 "CONTRATACION DE SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA EL I.P.S"**, con ID N° **327.683**, se realiza la siguiente aclaración a la consulta:

1. Consulta 1
Reparación de la Ofertas
IAO 11.1 (e) – Margen de Solvencia
En los ítems 19 y 20 del mismo establecen:
19. ultima Planilla de Margen de Solvencia presentada a la Superintencia de Seguros, con el respectivo sello de recepción.
20. Planilla de Declaración Jurada de Cumplimiento de Margen de Solvencia, al 30 de Junio de 2016 presentada por la compañía Aseguradora oferente de Superintendencia de Seguros del Banco Central del Paraguay, con sello de presentación o acuse de recibo (Planillas de acuerdo a las Resoluciones SS.SG N° 133/15 y su actualización ss.sg N° 174/16).

Encontramos que hay una ambigüedad en los puntos expuestos anteriormente.
Al respecto, Cual sería la fecha de corte a tener en cuenta para la presentación de la planilla solicitada?
Respuesta: El oferente deberá remitirse a lo establecido en el Pliego de Bases y Condiciones.

2. Consulta:
IAO 34 (c) Experiencia y Capacidad Técnica
j) Constancia de Visita e Inspección.
Entendemos que la Constancia de visita e Inspección no corresponde por las características del objeto del llamado
Respuesta:
El Oferente deberá remitirse a lo establecido en la Adenda N° 5.
Se aclara que será emitida una Constancia de Visita e Inspección.

3. Consulta:
Que, en las especificaciones Técnicas del Pliego de Bases y Condiciones se mencionan que recién para la firma del Contrato la Contratante proveerá la lista de funcionarios del personal de blanco, al respecto tras reiteradas consultas por parte de Reaseguradores referente al mismo, solicitamos puede proveerse anticipadamente dicho listado, de modo a analizarse la cantidad actual de cada Doctor/a en Medicina, Licenciado/a en Medicina y Cirugía, Médico Cirujano, Doctor/a en Medicina y Cirugía, Licenciado/a Medico Cirujano que prestan servicios al IPS a fin de realizar una mejor cotización.

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Blás Roberto Núñez
JEFE DE SECCIÓN GESTION DE OFERTAS
DIRECCIÓN OPERATIVA DE CONTRATACIONES

Cantidad de reclamaciones, denuncias y/o demandas judiciales o extrajudiciales recibidas en los últimos 5 años referentes a los riesgos a ser asegurados, especificando fecha, especialidad del médico y monto reclamado.
Respuesta: El oferente deberá remitirse a lo establecido en el Pliego de Bases y Condiciones.

4. Consulta:
- Listado de los individuos a cubrir con desglose entre las Especialidades.
- Detalles de los siniestros de los últimos años, aun si no ha tenido una póliza de RC – Mala Praxis anterior.
Respuesta: El oferente deberá remitirse a lo establecido en el Pliego de Bases y Condiciones.

5. Consulta:
a. **Capacidad Financiera:** Con el objetivo de calificar la situación financiera actual del oferente, se consideraran los siguientes índices:

CALIFICACION DE LA ASEGURADORA: MINIMO A.

Que las compañías acrediten, a la fecha del acto de apertura, una calificación mínima de A, conforme a la última publicación del Banco Central del Paraguay.

CAPITAL MÍNIMO, AL CIERRE DE LOS 4 (CUATRO) ÚLTIMOS EJERCICIOS:

Junio de 2014 un mínimo de G. 15.000.000.000.-
Junio de 2015 un mínimo de G. 20.000.000.000.-
Junio de 2016 un mínimo de G. 25.000.000.000.-
Junio de 2017 un mínimo de G. 30.000.000.000.-

DISPONIBILIDADES MÍNIMAS AL CIERRE DEL ÚLTIMO TRIMESTRE AL 30 DE JUNIO DE 2016:

Los Oferentes deberán cumplir con una disponibilidad mínima de G. 11.000.000.000.- en el último trimestre al 30 de junio de 2016. Por disponibilidad se entiende todo recurso monetario de disponibilidad inmediata incluyendo todo lo colocado en Bancos y Financieras (cuenta de ahorro y cuentas corrientes) y sobre el cual no pesa ningún tipo de restricción.
MARGEN DE SOLVENCIA
Margen de solvencia: 2

Ultima planilla de Margen de Solvencia presentada a la Superintendencia de Seguros, con el respectivo sello de recepción.
Planilla de Declaración Jurada de Cumplimiento de Margen de Solvencia, al 30 de junio 2016, presentada por la compañía Aseguradora oferente a la Superintendencia de Seguros del Banco Central del Paraguay, con sello de presentación o acuse de recibo (Planillas presentadas de acuerdo a las Resoluciones SS.SG N° 133/15 y su actualización SS.SG. N° 174/16);

Respetuosamente solicitamos que los mencionados requisitos queden redactados de la siguiente manera:
CAPITAL MÍNIMO, AL CIERRE DE LOS 4 (CUATRO) ÚLTIMOS EJERCICIOS:

Junio de 2014 un mínimo de G. 5.000.000.000.-
Junio de 2015 un mínimo de G. 7.000.000.000.-
Junio de 2016 un mínimo de G. 7.000.000.000.-

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Blás Roberto Núñez
JEFE DE SECCIÓN GESTIÓN DE OFERTAS
DIRECCIÓN OPERATIVA DE CONTRATACIONES

Junio de 2017 un mínimo de G. 7.000.000.000.-

DISPONIBILIDADES MÍNIMAS AL CIERRE DEL ÚLTIMO TRIMESTRE AL 30 DE JUNIO DE 2016:

Los Oferentes deberán cumplir con una disponibilidad mínima de G. 6.000.000.000.- en el último trimestre al 30 de junio de 2016. Por disponibilidad se entiende todo recurso monetario de disponibilidad inmediata incluyendo todo lo colocado en Bancos y Financieras (cuenta de ahorro y cuentas corrientes) y sobre el cual no pesa ningún tipo de restricción.

MARGEN DE SOLVENCIA
Margen de solvencia: 1,50

Ultima planilla de Margen de Solvencia presentada a la Superintendencia de Seguros, con el respectivo sello de recepción.
Planilla de Declaración Jurada de Cumplimiento de Margen de Solvencia, al 30 de junio 2016, presentada por la compañía Aseguradora oferente a la Superintendencia de Seguros del Banco Central del Paraguay, con sello de presentación o acuse de recibo (Planillas presentadas de acuerdo a las Resoluciones SS.SG N° 133/15 y su actualización SS.SG. N° 174/16);

Esta solicitud la presentamos porque en las condiciones actuales estamos restringidos en participar como potenciales oferentes en vuestro llamado, siendo de nuestro interés el de presentar ofertas.

Se funda la presente solicitud en la Ley N° 2051/03, específicamente en el Artículo 4°.- PRINCIPIOS GENERALES inc. b) Igual y Libre Competencia: Permitirán que todo potencial proveedor o contratista que tenga solvencia técnica, económica y legal necesaria y que cumpla con los requisitos establecidos en esta ley, en su reglamento, en las bases o pliegos de requisitos y en las demás disposiciones administrativas, este en posibilidad de participar sin restricción y en igualdad de oportunidades en los procedimientos de contratación pública. Asimismo, el Art. 20.-Bases o Pliegos de requisitos de la licitación pública, reza: Para la participación, contratación o adjudicación en adquisiciones, locaciones, servicios u obras públicas, no se podrán exigir a los participantes requisitos distintos a los señalados por esta ley, ni se podrán establecer elementos que no resulten técnicamente indispensables, si con ello se limitan las posibilidades de concurrencia a eventuales proveedores o contratistas. Las especificaciones técnicas, plazos, tolerancias, porcentajes u otras disposiciones de similar naturaleza que deban contener las bases o los pliegos de requisitos de licitación, se establecerán con la mayor amplitud de acuerdo con la naturaleza especifica del contrato, con el objeto de que concurra el mayor número de oferentes. En las condiciones actuales, como podrán corroborar en convocatorias anteriores, son muy pocas las Aseguradoras que participan en los llamados, y sobre todo la mayoría son "socios", lo que eventualmente puede facilitar hechos de colusión.
Respuesta: El oferente deberá remitirse a lo establecido en el Pliego de Bases y Condiciones.

6. Consulta:

IAO 32.2 (c) Experiencia y Capacidad Técnica
Cantidad de reaseguradores
En este ítem indican quela cantidad de reaseguradores deben ser 3 y en otra parte IAO 11.1 (e) 4.
Indican que deben ser 2.

Consultamos la posibilidad de que la cantidad de reaseguradores requerido se uno, debido a que los reaseguradores especialistas en este tipo de coberturas son pocos y todos son de primera línea y cada uno

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Blás Roberto Núñez
JEFE DE SECCION GESTION DE OFERTAS
DIRECCION OPERATIVA DE CONTRATACIONES

cuenta con la capacidad suficiente de administrar individualmente la cobertura Licitada y el capital asegurado, que en este caso es muy elevado.
Respuesta: El Oferente deberá remitirse a lo establecido en la Adenda N° 5.

7. Consulta:
En atención a lo solicitado en la Sección III, Requisitos para calificación posterior IAO 32.2, (c) experiencia y capacidad técnica, punto j) Constancia de Visita e Inspección, solicitamos se sirvan aclarar los alcances del mencionado requisito.
En ese sentido consultamos si el IPS expedirá algún certificado, y en su defecto favor establecer fecha y hora, o si será válida una Declaración Jurada.
Respuesta:
El Oferente deberá remitirse a lo establecido en la Adenda N°5.
Se aclara que será emitida una Constancia de Visita e Inspección.

8. Consulta:

Nos dirigimos a Ustedes a los efectos de solicitarles una prorroga de 30 días más, en la fecha de recepción y apertura de ofertas de la Licitación de referencia, fijado inicialmente para el día Viernes 17/11/17, debido a la necesidad de culminar, condiciones más ventajosas para ambas partes, las gestiones para la colocación del riesgo con reaseguradoras de primera línea.
Respuesta: El oferente deberá remitirse a lo establecido en los plazos establecidos en el SICP.

9. Consulta:
IAO 32.2 (c) Experiencia y Capacidad Técnica
Cantidad de Reaseguradores
En este ítem indican que la cantidad de reaseguradores deben ser 3 y en otra parte IAO 11.1 (e) 4. Indican que deben ser 2.

Consultamos la posibilidad de que la cantidad de reaseguradores requerido sea uno, debido a que los reasegurados especialistas en este tipo de coberturas son pocos y todos son de primera línea y cada uno cuenta con la capacidad suficiente de administrar individualmente la cobertura Licitada y el capital asegurado, que en este caso, no es muy elevado.
Respuesta: El oferente deberá remitirse a lo establecido en la Adenda N° 5.

10.Consulta:
A continuación les trasladamos las informaciones requeridas por los reaseguradores, solicitamos tengan a bien en responder a las mismas a fin de obtener una mejor y correcta cotización.

- ✓ Completo llenado del Cuestionario que se adjunta. Formulario B.
- ✓ Desglose completo de los medico que serán cubiertos; este desglose deberá ser por especialización en porcentaje o cantidad de médicos por especialidad.
- ✓ Por otra parte, será necesario contar con un historial de siniestros ocurridos en los últimos 10 años; de ser totalmente imposible conseguir el de los 10 años, será aceptado un record siniestral de los últimos 5 años desglosado por año, incluyendo cantidad de demandas, descripción de la demanda y monto total pagado finalmente.
- ✓ **Favor explicar la diferencia entre cada una de las categorías que se mencionan en el Pliego, a saber:**
  Doctor en Medicina
  Licenciado en Medicina y Cirugía

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Blas Roberto Nuñez
JEFE DE SECCION GESTION DE OFERTAS
DIRECCION OPERATIVA DE CONTRATACIONES

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

TETÃ REKUÁI GOBIERNO NACIONAL
Tejapo hande rapera ko aga guive
Construyendo el futuro hoy

Médico Cirujano
Doctor en Medicina y Cirugía
Licenciado Medico Cirujano.

Seguro de Mala praxis Médica
Internacional
Formulario B

GUÍA GENERAL

Este Formulario es para una póliza "Claims Made". Una Póliza Claims Made solo responde a las reclamaciones realizadas contra el Asegurado y notificado a los Reaseguradores durante el periodo de seguro derivados de los tratamientos dispensados en o después de la fecha retroactiva de la póliza. Este Formulario de Propuesta puede completarse electrónicamente o a mano y debe ser firmado y fechado por un representante autorizado del Asegurado. Todas las notas escritas a mano deberán ser claramente legibles y todas las preguntas deben ser respondidas completamente, afirmado "NULA" o "NINGUNA", según corresponda. Respuestas incompletas puede retrasar la cotización.

Por favor adjunte todos los documentos de apoyo e incluir el mayor detalle posible, utilizando las hojas adicionales.

Es deber del proponente comunicar información sobre todos los hechos materiales a los Rea/Aseguradores

Tras la aceptación de los términos y condiciones del suscriptor y el pago de la prima, del mismo, toda la información proporcionada por el Proponente, junto con las notas de orientación se considerara incorporada en el contrato entre los Aseguradores y el Asegurado.

Por favor, asegúrese de que ha firmado y fechado la declaración de garantía al final de este formulario de propuesta

SECCION 1 – INFORMACION GENERAL

1.1 Nombre de la organización

a) Razon Social (si es diferente)

1.2 Principal Dirección
Dirección registrada (si es diferente)

Para ubicaciones adicionales por favor complete Anexo 1 - ubicaciones y direcciones adicionales

1.3
a) Fecha de fundación:
c) Sitio web
b) Contacto Tel
d) Correo electrónico de contacto

1.4 Tipo de Organización (Seleccione):
Centro Médico académico
Sistema de cuidado a la salud intensivo
Hospital comunitario
Instalaciones de Cuidados Intensivos a Largo Pla20
Sistema de Salud publico
Autoridad de salud Regional
Hospital Regional Hospital de rehabilitación
Hospital Universitario

1.5 Situación Fiscal
Ánimo de Lucro
Sin Ánimo de lucro
Publico Entidad Gubernamental

1.6 Por favor enumere las asociaciones, organismos profesionales y organismos reguladores con los que tiene una
Licencia / membrecia:

1.7 Alguna vez ha tenido una dispute con cualquier órgano regulador por un informe de inspección?
Si - dar detalles a continuacion
No

1.8 Proporciona servicios de gestión a otras instituciones, o viceversa?
Si - dar detalles a continuacion
No

SECCION 2 – INFORMACION FINANCIERA

2.1 Por favor proporcione la siguiente información para el pasado, presente y futuro ejercicio financiero:

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Blás Roberto Núñez
JEFE DE SECCIÓN GESTION DE OFERTAS
DIRECCIÓN OPERATIVA DE CONTRATACIONES

Ejercicio financiero pasado ano 2013
Ejercicio actual 2014
Próximo ano (estimado)
Ingresos Brutos
Beneficio Operativo / Perdida
Efectivo neto

SECCION 3 - SERVICIOS PROFESIONALES

3.1 Por favor, proporcione una descripción completa de los servicios de salud profesional para el que se solicita la cobertura:

SECCION 4 - INFORMACION SOBRE LA EXPOSICION

Por favor, complete los cuadros siguientes lo mas completamente posible, con la información mes actualizada disponible

Si es posible complete la información aplicable a la vigencia de la póliza para el cual la cobertura se solicita

4.1 Por favor, complete la siguiente tabla, especificar do cada tipo de visita de paciente / procedimiento realizado por su organización

Para otros tipos de encentras con pacientes por favor complete Anexo 2

4.2 ¿Tiene instalaciones de hospitalización?

a) **Por favor complete lo siguiente con el número total de cada tipo de cama hospitalaria y el porcentaje aproximado de ocupación durante cada año.**

Adulto
Nino
Anciano

4.3 Por favor, estime la división porcentual del total de pacientes:

Nacionales
Extranjeros
USA

Si son extranjeros, favor enumere los países de los que provienen sus pacientes:

4.4 Espera algún cambio material a sus actividades en los próximos 12 meses?
Si - dar detalles a continuación
No

SECCION 5 – PERSONAL MEDICO

5.1 Por favor, complete los detalles de su personal medico para el próximo periodo de seguro.

	Empleados		No empleados	
Cobertura Requerida?	Si	No	Si	No
Doctores				
Medicina General				
Psiquiatria				
Radiologia				
obstétrico				
Ginecologia				
Anestesiologia				
cirujano general				
Cirujano Ortopedia				
Cirujano Plástica				
Juvenil Médicos				
Oftalmologia				
Geriatria				
Dentista				
Enfermeras Registradas				
Enfermeras Parteras				
Enfermera Anestesiologia				
Los técnicos de laboratorio				
Paramédicos				
Complementarios				
Asistente medico				

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Blás Roberto Nuñez
JEFE DE SECCION GESTION DE OFERTAS
DIRECCION OPERATIVA DE CONTRATACIONES

Otros (especificar)				
Otros (especificar)				
Otros (especificar)				
Otros (especificar)				
Otros (especificar)				
Otros (especificar)				

Por favor, complete la tabla anterior usando equivalentes de tiempo completo (FTE). Un FTE es equivalente a una semana de 40 horas, una vez al año

5.2 Tiene el número de personal médico que cambió significativamente en los últimos 5 anos?
Si No

5.3 Requiere que todo el personal médico cualificado profesionalmente:

a) Están registrados con o autorizada por el organismo pertinente del gobierno de regulación o de licencia y cuerpo de registro? Si No

b) Cuentan con la formación adecuada y competente para su papel?

c) Estén debidamente supervisados bajo la dirección adecuada?

d) Sean re-acreditados por lo menos una vez al año?

- En caso negativo, con qué frecuencia están los miembros del personal médico re-acreditados?

5.4 Se requiere que todo el personal médico no empleado:

a) Lleven su propio seguro de responsabilidad profesional medica o mantener indemnización a través de una Organización de Defensa Médica Si No
- En caso afirmativo, por favor especifique los límites exigidos: N/A

b) Presentar pruebas de esta cobertura una vez al año, como parte de su proceso de acreditación profesional.

SECCION 6 – GESTION DE RIESGOS Y CONTROL DE CALIDAD

6.1 miembro responsable de la gestión del riesgo personal:
Nombre:
Position:

6.2 Tiene un programa de gestión de riesgos documentada? Si No
- En caso afirmativo adjunte detalles-

6.3 Proporciona instalaciones para la esterilización de los instrumentos, de acuerdo con las directrices actuales y se puede asegurar que se emplean métodos de control de la infección cruzada?
Si No

6.4 cumple con las directrices actuales para la recolección segura y eliminación de los productos clínicos / de desechos medicos?

6.5 Son sus registros médicos
Escritos
Electrónicos

6.6 Por cuánto tiempo se retienen los registros médicos de la fecha del tratamiento?

6.7 Es el consentimiento informado obtenido de cada paciente y documentado en la historia clínica? Si No
Si no, con que frecuencia se obtiene el consentimiento informado?

6.8 Tiene unos programas formales para el aseguramiento de la calidad clínica?
Si No
- En caso afirmativo adjunte detalles

6.9 Por favor comente a continuación sobre c6mo la calidad clínica se mantiene en línea con las mejores prácticas dentro de su industria y como se comparan con sus pares:
Si No

SECCION 7 ~ INCIDENTES, RECLAMACIONES Y QUEJAS

7.1 Tiene un procedimiento escrito para la notificación de incidentes y eventos adversos? Si No

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Blás Roberto Núñez
JEFE DE SECCION GESTION DE OFERTAS
DIRECCION OPERATIVA DE CONTRATACIONES

- En caso afirmativo adjunte detalles

7.2 Tiene un administrador de reclamaciones y un procedimiento escrito para el manejo de las quejas de los pacientes? Si No - *En caso afirmativo adjunte detalles*

Si No, de más detalles sobre cómo se manejan las quejas del paciente en su organización:

7.3 Actualmente gestiona las reclamaciones internas? Si No
- En caso afirmativo adjunte detalles de su acercamiento a las reclamaciones que reservan

7.4 Durante los últimos 10 anos, se ha hecho algún reclamo, defendido o liquidado, o se ha alegado alguna mala praxis o negligencia en contra de usted? Si No

7.5 Existen circunstancias que pueden dar lugar a una reclamación contra usted o cualquier práctica empresarial previa, predecesores en los negocios o cualquier socio actual o antiguo. Director o Director o profesional practicante?
Si No

7.6 ha declarado a algún socio, director o directora o miembro del personal alguna vez haber sido objeto de un expediente disciplinario por falta profesional? Si / No
Si ha respondido "Si" a cualquiera de los anteriores, por favor indique todas circunstancias/reclamaciones en los últimos 10 anos, en un plazo perdida por separado en formato Excel. Para una plantilla de ejecución de perdida por favor, véase Anexo 4

7.7 Si ha respondido "Si" a cualquiera de las preguntas anteriores, indique los detalles completos a continuación de la información completa sobre todas las reclamaciones y circunstancias, incluyendo detalles financieros completos. Hagan el favor también de proporcionar copias fechadas de las hojas de reclamaciones de cualquiera de los aseguradores anteriores.

7.8 Proporcione detalles de cualquier administrador de terceros, ajustador de pérdida o firma legal que se utiliza actualmente en el manejo de sus reclamos.

SECCION 8 - REQUISITOS PE COBERTURA DE RESPONSABILIPAD PROFESIONAL MEDICA

8.1 Informe al primer día en que se requiere la cobertura
8.2 Por favor proporcione los detalles de su cobertura de responsabilidad profesional médica para los últimos 5 años:

Ano	Asegurador	Vigencia de cobertura	Limite de indemnización	Exceso	Prima
2014					
2012					
2011					
2010					
2009					

8.3 Tiene cobertura previa en una base CLAIMS MADE? Si No

8.4 Por favor proporcione detalles de la cobertura solicitada:
a) En caso afirmativo, cual es la fecha retroactiva actual?
a) Límite de Indemnización:
b) Exceso/ Deducible:

8.5 Tiene alguna propuesta de seguro similar realizada en nombre de la empresa del proponente, cualquier predecesor de la empresa, o cualquier socio, director, ha rechazado o ha cancelado tal seguro, ha sido rechazada la renovación o le fue impuesto cualquiera de los t6rminos especiales (aparte de los aumentos generales de mercado)?
Si No
- En caso afirmativo indique los detalles:

8.6 Proporcione información sobre los territorios / jurisdicción legal (es) en que se requiere la cobertura:

8.7 Describa cualquier disposición legal, judicial o administrativo que pueda servir para limitar o afectar la responsabilidad o pérdida de exposición de la institución (por ejemplo, limites legales sobre daños, por reforma del agravio, etc.)

8.8 Por favor indicar cualquier otra información que usted cree que puede influir sobre la consideración de los aseguradores en el riesgo.

SECCION 9 – DECLARACION

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Blás Roberto Núñez
JEFE DE SECCIÓN GESTIÓN DE OFERTAS
DIRECCIÓN OPERATIVA DE CONTRATACIONES

Yo / nosotros declaro que las informaciones y datos que figuran en la propuesta son verdaderas y que yo / nosotros no he tergiversado a suprimido ningun hecho sustancial

Yo/ nosotros estoy/estamos de acuerdo que esta propuesta, junto con cualquier otra información proporcionada por mi / nosotros será la base de cualquier contrato de seguro efectuada del mismo.

Yo / nosotros me comprometo a informar a los aseguradores de cualquier altercación material a estos hechos ocurridos antes de la finalización del contrato de seguro. Sin embargo el deber de revelar hechos materiales continúa después de la finalización del formulario de propuesta y durante cualquier periodo de seguro (y cualquier extensión del mismo), en la que se utilizo este formato de la propuesta como base del contrato de seguro.

La firma de este formulario de propuesta no obliga al proponente a completar este seguro.

Firma de la persona autorizada / Socio / Director

SECCION 10 – INFORMACION COMPLEMENTARIA

Por favor use este espacio para registrar las respuestas a algunas preguntas para la cual usted requiera espacio adicional, anotando el número de pregunta apropiada.

Respuesta: El Oferente deberá remitirse a lo establecido en la Adenda N° 5.

11.Consulta:

En atención a los requerimientos de nuestros reaseguradores, solicitamos favor proporcione la siguiente información con respecto a el pasado, presente y futuro ejercicio financiero de vuestra institución:

- Ingresos Brutos
- Beneficio Operativo / Perdida
- Efectivo neto

Respuesta: El Oferente deberá remitirse a lo establecido en la Adenda N° 5.

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Blás Roberto Núñez
JEFE DE SECCIÓN GESTIÓN DE OFERTAS
DIRECCIÓN OPERATIVA DE CONTRATACIONES