

Consultas Realizadas

Licitación 394773 - SEGURO MEDICO CORPORATIVO - AD REFERENDUM

Consulta 1 - Consulta pag. 22

Consulta	Fecha de Consulta	17-01-2022
En el Pbc en el ítem de Experiencia Técnica: Con el objetivo de calificar la experiencia del oferente, se considerarán los siguientes índices: Califica si la facturación para demostrar la experiencia es tanto en Servicio de Seguro Médico y Servicios Sanatoriales con facturaciones de venta y/o recepciones finales por un monto equivalente al 50 (cincuenta) % como mínimo del monto máximo de la presente licitación, de los: 3 años 2018, 2019 y 2020.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	27-01-2022
Remitirse a la Adenda N° 03		

Consulta 2 - Consulta pag. 23

Consulta	Fecha de Consulta	17-01-2022
En el PBC en el ítem de Requisitos documentales, para evaluar el criterio de experiencia requerida califica si presentan las siguientes documentaciones: 1. Copia de Contratos y/u órdenes de compra/servicio suscriptos y/o facturas, referentes a prestación de Servicio de Seguro Médico y Servicios Sanatoriales de los años 2018, 2019 y 2020, acreditar su capacidad de suministro, donde la sumatoria de dichos contratos deberá ser por un valor igual o mayor al 50 (cincuenta) % del monto máximo a ser contratado. 2. Constancia satisfactoria de haber prestado servicios de seguro médico a Instituciones Públicas y/o Privadas con por lo menos 1 contrato por año, ejecutados en los últimos 3 (tres) años (2018, 2019 y 2020). Podrán presentar la cantidad que fueren necesarias, siempre y cuando dichos servicios hayan sido realizados dentro del periodo mencionado.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	27-01-2022
Remitirse a la Adenda N° 03		

Consulta 3 - Pag. 40 y 41. Beneficiarios Adherentes:

Consulta	Fecha de Consulta	18-01-2022
<p>La opción de incluir beneficiarios adherentes será de iniciativa exclusiva de cada titular y el pago por su cobertura correrá por cuenta del mismo. El plazo máximo para las incorporaciones será hasta 30 (treinta) días posteriores a la fecha de la incorporación del titular dentro de los servicios contratados y su vinculación deberá ser como mínimo de 12 (doce) meses desde la inclusión, y podrá renovarse por los siguientes meses hasta la finalización del contrato. Pasado los 12 meses desde la firma del contrato, se reabrirá el periodo de inclusión de adherentes pagos por 30 días. La Prestadora de Servicios deberá aceptar la inclusión de nuevos beneficiarios adherentes. El ingreso y permanencia de los adherentes, será negociado por el titular directamente con la Prestadora de Servicios, mientras que en otro punto dice: Los adherentes deberán permanecer en esta condición desde su incorporación hasta el fenecimiento del presente contrato o en su caso hasta el día en que el titular del seguro sea desvinculado de la Institución por cualquiera de los motivos previstos en la Ley. Favor aclarar el periodo de permanencia.</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	27-01-2022
<p>La vinculación deberá ser como mínimo de 12 (doce) meses desde la inclusión, y podrá renovarse por los siguientes meses hasta la finalización del contrato, aclarando que los que renuevan o inician el trámite para su inclusión, a los 12 meses desde la firma, deberán permanecer en esta condición desde su incorporación/renovación hasta el fenecimiento del presente contrato conforme se indica en el Pliego de Bases y Condiciones del llamado, específicamente en la Sección SUMINISTROS REQUERIDOS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, en el apartado: Detalles de los productos y/o servicios con las respectivas especificaciones técnicas CPS, en el punto 2. BENEFICIARIOS ADHERENTES, que establece:</p> <p>2. BENEFICIARIOS ADHERENTES.</p> <p>La opción de incluir beneficiarios adherentes será de iniciativa exclusiva de cada titular y el pago por su cobertura correrá por cuenta del mismo. El plazo máximo para las incorporaciones será hasta 30 (treinta) días posteriores a la fecha de la incorporación del titular dentro de los servicios contratados y su vinculación deberá ser como mínimo de 12 (doce) meses desde la inclusión, y podrá renovarse por los siguientes meses hasta la finalización del contrato. Pasado los 12 meses desde la firma del contrato, se reabrirá el periodo de inclusión de adherentes pagos por 30 días. La Prestadora de Servicios deberá aceptar la inclusión de nuevos beneficiarios adherentes. El ingreso y permanencia de los adherentes, será negociado por el titular directamente con la Prestadora de Servicios.</p> <p>Los adherentes deberán permanecer en esta condición desde su incorporación hasta el fenecimiento del presente contrato o en su caso hasta el día en que el titular del seguro sea desvinculado de la Institución por cualquiera de los motivos previstos en la Ley.</p>		

Consulta 4 - Pag. 29, 37 y 43.

Consulta	Fecha de Consulta	18-01-2022
<p>En el punto: El oferente adjudicatario deberá especificar en cuales centros se realizan los siguientes estudios: ELECTROENCEFALOGRAFÍA, Estudios Tomográficos MULTISLICE DE 64 CORTES y Estudios de Resonancia Magnética Nuclear con CAMPO ABIERTO y con equipo de 3 Tesla, Radiografías, Ecografías, Ecocardiografía, Mamografía, Radioterapia con fuentes de braquiterapia, sobre el punto: la radioterapia con fuente de braquiterapia solamente se realiza en el Instituto Nacional del Cancer por lo que sugerimos la siguiente redacción: El oferente adjudicatario deberá especificar en cuales centros se realizan los siguientes estudios: ELECTROENCEFALOGRAFÍA, Estudios Tomográficos MULTISLICE DE 64 CORTES y Estudios de Resonancia Magnética Nuclear con CAMPO ABIERTO y con equipo de 3 Tesla, Radiografías, Ecografías, Ecocardiografía, Mamografía y Radioterapia.</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	27-01-2022
<p>Remitirse a la Adenda N° 03 En la Sección REQUISITOS DE CALIFICACIÓN Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN, en el apartado CAPACIDAD TÉCNICA, se modifica donde dice: Deberá contar, en la Capital, como mínimo, con 5 (cinco) Centros de Medicina por Imágenes propios o contratados, y los que formen parte del Centro Asistencial: Deberán contar con el Certificado de Registro y Habilitación, otorgado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, de los cuales al menos uno (1) deberá contar con servicio de atención las 24 horas. Debe tener cobertura integral en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables, desechables y las determinaciones químicas y microbiológicas. El oferente adjudicatario deberá especificar en cuales centros se realizan los siguientes estudios: ELECTROENCEFALOGRAFÍA, Estudios tomográficos MULTISLICE DE 64 CORTES y Estudios de Resonancia Magnética Nuclear con CAMPO ABIERTO y con equipo de 3 Tesla, Radiografía, Ecografías, Ecocardiografía, Mamografía, Radioterapia con fuente de braquiterapia. Queda redactado: Deberá contar, en la Capital, como mínimo, con 5 (cinco) Centros de Medicina por Imágenes propios o contratados, y los que formen parte del Centro Asistencial: Deberán contar con el Certificado de Registro y Habilitación, otorgado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, de los cuales al menos uno (1) deberá contar con servicio de atención las 24 horas. Debe tener cobertura integral en concepto de honorarios profesionales, materiales descartables, desechables y las determinaciones químicas y microbiológicas. El oferente adjudicatario deberá especificar en cuales centros se realizan los siguientes estudios: ELECTROENCEFALOGRAFÍA, Estudios tomográficos MULTISLICE DE 64 CORTES y Estudios de Resonancia Magnética Nuclear con CAMPO ABIERTO y con equipo de 3 Tesla, Radiografía, Ecografías, Ecocardiografía, Mamografía, Radioterapia.</p>		

Consulta 5 - Pag. 45. Punto 6.1.1.36.

Consulta	Fecha de Consulta	18-01-2022
<p>Las vacunas que son las obligatorias y provistas por el Ministerio de Salud Pública (listado enunciativo no limitativo) sin cargo para el asegurado, tales como: BCG, SABÍN, ANTITETÁNICA, ANTISARAMPIONOSA, TRIPLE, DPT, HEPATITIS, MENINGITIS Y ANTIAMARILICA, conforme a la edad establecida por el Ministerio de Salud, favor aclarar si es correcta la siguiente interpretación Las vacunas serán sin cargo para el asegurado, para los casos determinados obligatorios por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, según disponibilidad de éste y serán aplicadas en el vacunatorio habilitado por la prestadora.</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	27-01-2022
<p>Remitirse a la Adenda N° 3</p> <p>En la Sección SUMINISTROS REQUERIDOS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, en el apartado: Detalles de los productos y/o servicios con las respectivas especificaciones técnicas CPS, en el punto ASISTENCIA MÉDICA Y SANATORIAL, se modifica el numeral 6.1.1.36:</p> <p>Pediatría y Neonatología, Inspección Médica en general. Incluye: Inyecciones, vacunas y su aplicación en vacunatorio del sanatorio cabecera de la Prestación de servicios (en caso de contar con uno) o el que sea determinado por la prestadora para proveer el servicio, con las vacunas que son las obligatorias y provistas por el Ministerio de Salud Pública (listado enunciativo no limitativo) sin cargo para el asegurado, tales como: BCG, SABIN, ANTITETÁNICA, ANTISARAMPIONOSA, TRIPE, DPT, HEPATITIS, MENINGITIS Y ANTIAMARILICA, conforme a la edad establecida por el Ministerio de Salud, como así también las vacunas para el tratamiento de ASMA hasta 10 por grupo familiar, como también las vacunas contra la influenza, varicela, hepatitis, con cobertura del 100% (cien por ciento) para el beneficiario titular, su grupo familiar y adherentes.</p> <p>Queda redactado: Pediatría y Neonatología, Inspección Médica en general. Incluye: Inyecciones, vacunas y su aplicación en vacunatorio del sanatorio cabecera de la Prestación de servicios (en caso de contar con uno) o el que sea determinado por la prestadora para proveer el servicio, con las vacunas que son las obligatorias y provistas por el Ministerio de Salud Pública, según la disponibilidad de éste último, (listado enunciativo no limitativo) sin cargo para el asegurado, tales como: BCG, SABIN, ANTITETÁNICA, ANTISARAMPIONOSA, TRIPE, DPT, HEPATITIS, MENINGITIS Y ANTIAMARILICA, conforme a la edad establecida por el Ministerio de Salud, como así también las vacunas para el tratamiento de ASMA hasta 10 por grupo familiar, como también las vacunas contra la influenza, varicela, hepatitis, con cobertura del 100% (cien por ciento) para el beneficiario titular, su grupo familiar y adherentes</p>		

Consulta 6 - Experiencia requerida. Pag.22

Consulta	Fecha de Consulta	18-01-2022
<p>¿Cada comprobante de experiencia debe ser como mínimo 50% del monto total ofertado o por cada año por separado debe acumularse el 50%?</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	27-01-2022
<p>Remitirse a la Adenda N° 03 en la cual se establece: Copia de Contratos y/u órdenes de compra/servicio y/o facturas, referentes a prestación de Servicio de Seguro Médico Corporativo de los años 2019, 2020 y 2021, de al menos 900 asegurados al mes, que deberán acreditar la capacidad de suministro, donde la sumatoria de dichos contratos deberá ser por un valor igual o mayor al 50 (cincuenta)% del monto máximo a ser contratado.</p>		

Consulta 7 - 6.3 HONORARIOS MÉDICOS EN INTERNACIONES CLÍNICAS Y/O QUIRÚRGICAS.

Consulta	Fecha de Consulta	18-01-2022
Honorarios profesionales para hemodiálisis por insuficiencia renal aguda hasta 06 (seis) sesiones, por cada beneficiario titular, componentes de su grupo familiar y adherente. Se entiende que son 6 sesiones para todos, tanto titular, el grupo familiar y adherentes en conjunto por año?		

Respuesta	Fecha de Respuesta	27-01-2022
Remitirse a la Adenda N° 03		
En la Sección SUMINISTROS REQUERIDOS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, en el apartado Detalle de los productos y/o servicios con las respectivas especificaciones técnicas CPS, en el numeral 6.3 HONORARIOS MÉDICOS EN INTERNACIONES CLÍNICAS Y/O QUIRÚRGICAS, se modifica donde dice: Honorarios profesionales para hemodiálisis por insuficiencia renal aguda hasta 06 (seis) sesiones, por cada beneficiario titular, componente de su grupo familiar y adherente y año. Luego arancel preferencial.		
Queda redactado: Honorarios profesionales para hemodiálisis por insuficiencia renal aguda hasta 06 (seis) sesiones por cada integrante del beneficiario y adherentes, entiéndase: por cada beneficiario titular, componente de su grupo familiar y adherente y año. Luego arancel preferencial.		

Consulta 8 - 6.2 CONSULTAS AMBULATORIAS. Pag. 49

Consulta	Fecha de Consulta	18-01-2022
El beneficiario, su grupo familiar y adherentes global podrán consultar con un profesional médico que no pertenezca al plantel de profesionales adheridos a la Prestadora de Servicios, no más de 01 (una) vez por mes y la cobertura se realizará por el sistema de reembolsos hasta ₲ 150.000 (guaraníes ciento cincuenta mil) por consulta, favor confirmar si es correcta la interpretación que podrán consultar con un profesional médico de las especialidades citadas en el PBC		

Respuesta	Fecha de Respuesta	27-01-2022
No se encuentra sujeta a las especialidades citadas en el PBC.		

Consulta 9 - PBC

Consulta	Fecha de Consulta	18-01-2022
Favor solicitamos Instructivo de carga.		

Respuesta	Fecha de Respuesta	27-01-2022
Se adjunta instructivo de carga.		

Consulta 10 - Cobertura

Consulta	Fecha de Consulta	18-01-2022
----------	-------------------	------------

Las coberturas por año son por año calendario o año contrato?

Respuesta	Fecha de Respuesta	27-01-2022
-----------	--------------------	------------

Remitirse a la Adenda N° 03

En la Sección SUMINISTROS REQUERIDOS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, en el apartado Suministros y Especificaciones técnicas, numeral 5 OBLIGACIONES DE LA PRESTADORA PLANTEL MÉDICO, SANATORIAL Y ADMINISTRATIVO, específicamente en el 5.7, se modifica donde dice:

Se entenderá por año de contrato el que va desde la firma del mismo hasta los 24 meses de vigencia y sus prórrogas en el caso que las hubiera. Haciendo la salvedad que para las coberturas contempladas en el presente contrato se reiniciará el conteo de los servicios previstos en el mismo luego del periodo de los primeros 12 meses (año). En caso de que existan una o más coberturas que se contrapongan, siempre se tomará la que más favorezca al beneficiario, específicamente a lo que tenga relación con la reiniciación de los servicios dentro de los 12 meses (año) de la firma del contrato.

Queda redactado:

5.7 Se entenderá por año de contrato el que va desde la firma del mismo hasta los 24 meses de vigencia y sus prórrogas en el caso que las hubiera. Haciendo la salvedad que para las coberturas contempladas en el presente contrato se reiniciará el conteo de los servicios previstos en el mismo luego del periodo de los primeros 12 meses (año). En caso de que existan una o más coberturas que se contrapongan, siempre se tomará la que más favorezca al beneficiario.

En la Sección SUMINISTROS REQUERIDOS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, en el apartado Suministros y Especificaciones técnicas, numeral 6 COBERTURA, se agrega la siguiente aclaración: Las coberturas son desde la firma del contrato por 12 meses y luego se reinicia por los otros 12 meses, ya que el año contrato corresponde a 24 meses.

Consulta 11 - 11. COBERTURA FARMACÉUTICA

Consulta	Fecha de Consulta	18-01-2022
----------	-------------------	------------

Se recomienda incluir la presentación de receta médica, de manera a no incentivar la automedicación, especialmente considerando que en Paraguay existen numerosos medicamentos de alto riesgo que pueden ser adquiridos sin receta medica.

Respuesta	Fecha de Respuesta	27-01-2022
-----------	--------------------	------------

Remitirse a la Adenda N° 03

En la Sección SUMINISTROS REQUERIDOS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, en el apartado: Detalles de los productos y/o servicios con las respectivas especificaciones técnicas CPS, en el punto 11. COBERTURA FARMACÉUTICA, se modifica donde dice:

Cobertura mínima del 25% (veinte y cinco por ciento) de descuento sobre los precios de lista de farmacias, de todo tipo de (Preventivo y curativo) de medicamentos nacionales y 20% (veinte por ciento) en medicamentos importados, en cualquier forma de pago (efectivo, tarjeta de crédito y/o débito). El descuento previsto debe ser computado sin la necesidad de presentar receta médica (salvo aquellos medicamentos controlados), y con la presentación del carnet del seguro médico. La cobertura farmacéutica deberá ser de por lo menos 3 (tres) cadenas de farmacias.

QUEDA REDACTADO : Cobertura mínima del 25% (veinte y cinco por ciento) de descuento sobre los precios de lista de farmacias, de todo tipo de (Preventivo y curativo) de medicamentos nacionales y 20% (veinte por ciento) en medicamentos importados, en cualquier forma de pago (efectivo, tarjeta de crédito y/o débito).

La cobertura farmacéutica deberá ser de por lo menos 3 (tres) cadenas de farmacias.

Consulta 12 - MULTAS

Consulta	Fecha de Consulta	18-01-2022
----------	-------------------	------------

El valor de las multas será 0,01% sobre la factura pendiente de pago?

Respuesta	Fecha de Respuesta	27-01-2022
-----------	--------------------	------------

El valor del porcentaje de multas que será aplicado por el atraso en la entrega de los bienes, prestación de servicios será de 0,01% (cero coma cero un por ciento), por cada incumplimiento, a ser aplicada a la factura del mes en el cual se ha registrado el servicio deficiente y/o incumplimiento contractual, debidamente demostrado con el informe técnico emitido por el Administrador del Contrato.

Consulta 13 - MULTAS

Consulta	Fecha de Consulta	18-01-2022
----------	-------------------	------------

Se prevé la posibilidad al oferente adjudicado de presentar un descargo dentro de las 48 hs del reclamo antes de la aplicación de la multa?

Respuesta	Fecha de Respuesta	27-01-2022
-----------	--------------------	------------

Remitirse a lo establecido en el Pliego de Bases y Condiciones del llamado, específicamente en la Sección SUMINISTROS REQUERIDOS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, en el apartado: Detalles de los productos y/o servicios con las respectivas especificaciones técnicas CPS, en el punto 5.15 del numeral 5 OBLIGACIONES DE LA PRESTADORA PLANTEL MÉDICO, SANATORIAL Y ADMINISTRATIVO.

Consulta 14 - REQUISITOS DOCUMENTALES PARA EVALUAR EL CRITERIO DE CAPACIDAD TECNICA. ITEM C)

Consulta	Fecha de Consulta	18-01-2022
----------	-------------------	------------

Debido a que varios prestadores, que no se hallan exceptuados, se encuentran con la renovación en trámite de la inscripción en el registro de empresas prestadoras de servicios de salud de superintendencia de salud, se solicita que el requisito documental para evaluar el criterio sea suficiente con la Habilitación expedida por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de los sanatorios ofrecidos por el oferente.

Respuesta	Fecha de Respuesta	27-01-2022
-----------	--------------------	------------

Remitirse a la Adenda N° 03

En la Sección REQUISITOS DE CALIFICACIÓN Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN, en el apartado Requisitos documentales para evaluar el criterio de capacidad técnica, inciso c, se modifica donde dice:

C. Habilitaciones de Sanatorios ofrecidos, emitidos por el Ministerio de Salud y Bienestar Social e inscripción en el Registro de Empresas Prestadoras de Servicios de Salud de la Superintendencia de Salud que se encuentren vigentes al momento del inicio de la etapa competitiva de la SBE. Se exceptúa éste requisito para el caso de los Centros asistenciales en determinadas localidades detalladas en el listado precedente, en los cuales el oferente se comprometa, a través de una Declaración Jurada, que las coberturas se darán por el sistema de reintegro hasta los límites exigidos en el contrato, como máximo a los quince días hábiles de presentadas las facturas respectivas al proveedor adjudicado. Se aclara que ésta excepción no incluye a los Sanatorios y Centros asistenciales de Asunción y Gran Asunción (Fernando de la Mora, Luque, Lambaré y San Lorenzo), dejando establecido que su incumplimiento será causal de descalificación de la oferta presentada. Queda redactado de la siguiente forma: c. Habilitaciones de Sanatorios ofrecidos, emitidos por el Ministerio de Salud y Bienestar Social y certificación de categorizaciones expedidas por la Superintendencia de Salud, conforme a lo requerido en las Especificaciones técnicas, que se encuentren vigentes al momento del inicio de la etapa competitiva de la SBE. Se exceptúa éste requisito para el caso de los Centros asistenciales en determinadas localidades detalladas en el listado precedente, en los cuales el oferente se comprometa, a través de una Declaración Jurada, que las coberturas se darán por el sistema de reintegro hasta los límites exigidos en el contrato, como máximo a los quince días hábiles de presentadas las facturas respectivas al proveedor adjudicado. Se aclara que ésta excepción no incluye a los Sanatorios y Centros asistenciales de Asunción y Gran Asunción (Fernando de la Mora, Luque, Lambaré y San Lorenzo), dejando establecido que su incumplimiento será causal de descalificación de la oferta presentada.

Consulta 15 - BENEFICIARIOS ADHERENTES

Consulta	Fecha de Consulta	18-01-2022
<p>Aclare la convocante la contradicción en cuanto a la permanencia del beneficiario adherente, ya que se menciona primeramente: "su vinculación deberá ser como mínimo de 12 (doce) meses desde la inclusión, y podrá renovarse por los siguientes meses hasta la finalización del contrato" y luego menciona "Los adherentes deberán permanecer en esta condición desde su incorporación hasta el fenecimiento del presente contrato o en su caso hasta el día en que el titular del seguro sea desvinculado de la Institución por cualquiera de los motivos previstos en la Ley"</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	27-01-2022
<p>La vinculación deberá ser como mínimo de 12 (doce) meses desde la inclusión, y podrá renovarse por los siguientes meses hasta la finalización del contrato, aclarando que los que renuevan o inician el trámite para su inclusión, a los 12 meses desde la firma, deberán permanecer en esta condición desde su incorporación/renovación hasta el fenecimiento del presente contrato conforme se indica en el Pliego de Bases y Condiciones del llamado, específicamente en la Sección SUMINISTROS REQUERIDOS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, en el apartado: Detalles de los productos y/o servicios con las respectivas especificaciones técnicas CPS, en el punto 2. BENEFICIARIOS ADHERENTES, que establece:</p> <p>2. BENEFICIARIOS ADHERENTES.</p> <p>La opción de incluir beneficiarios adherentes será de iniciativa exclusiva de cada titular y el pago por su cobertura correrá por cuenta del mismo. El plazo máximo para las incorporaciones será hasta 30 (treinta) días posteriores a la fecha de la incorporación del titular dentro de los servicios contratados y su vinculación deberá ser como mínimo de 12 (doce) meses desde la inclusión, y podrá renovarse por los siguientes meses hasta la finalización del contrato. Pasado los 12 meses desde la firma del contrato, se reabrirá el periodo de inclusión de adherentes pagos por 30 días. La Prestadora de Servicios deberá aceptar la inclusión de nuevos beneficiarios adherentes. El ingreso y permanencia de los adherentes, será negociado por el titular directamente con la Prestadora de Servicios.</p> <p>Los adherentes deberán permanecer en esta condición desde su incorporación hasta el fenecimiento del presente contrato o en su caso hasta el día en que el titular del seguro sea desvinculado de la Institución por cualquiera de los motivos previstos en la Ley.</p>		

Consulta 16 - BENEFICIARIOS ADHERENTES

Consulta	Fecha de Consulta	18-01-2022
<p>Teniendo en cuenta que se establece que los adherentes deberán permanecer en esta condición desde su incorporación hasta el fenecimiento del presente contrato o en su caso hasta el día en que el titular del seguro sea desvinculado de la Institución por cualquiera de los motivos previstos en la Ley. Ante el caso de que el beneficiario adherente se vuelva beneficiario titular, como queda la condición de permanencia del adherente hasta el fenecimiento del contrato?</p>		

Respuesta	Fecha de Respuesta	27-01-2022
<p>Remitirse a la Adenda N° 03</p> <p>En la Sección SUMINISTROS REQUERIDOS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, en el apartado: Detalles de los productos y/o servicios con las respectivas especificaciones técnicas CPS, en el punto 2. BENEFICIARIOS ADHERENTES se agrega la siguiente aclaración: Ante el caso que el adherente se vuelva titular (funcionario de la CGR) o se produzca su fallecimiento, serian otras de las causales del término de contrato (directo) entre la prestadora de Servicios y el adherente.</p>		

Consulta 17 - BENEFICIARIOS ADHERENTES

Consulta	Fecha de Consulta	18-01-2022
----------	-------------------	------------

En caso de fallecimiento del beneficiario adherente, como aplica la siguiente condición establecida en el PBC: "Los adherentes deberán permanecer en esta condición desde su incorporación hasta el fenecimiento del presente contrato o en su caso hasta el día en que el titular del seguro sea desvinculado de la Institución por cualquiera de los motivos previstos en la Ley".

Respuesta	Fecha de Respuesta	27-01-2022
-----------	--------------------	------------

Remitirse a la Adenda N° 03

En la Sección SUMINISTROS REQUERIDOS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, en el apartado: Detalles de los productos y/o servicios con las respectivas especificaciones técnicas CPS, en el punto 2. BENEFICIARIOS ADHERENTES se agrega la siguiente aclaración: Ante el caso que el adherente se vuelva titular (funcionario de la CGR) o se produzca su fallecimiento, serian otras de las causales del término de contrato (directo) entre la prestadora de Servicios y el adherente.