

PLIEGO DE BASES Y CONDICIONES

OBRA SOCIAL DE LAS FUERZAS FEDERALES DE SEGURIDAD (OSFFESEG)- MINISTERIO DE SEGURIDAD NACIONAL
DOMICILIO: México 12 – PB – C1097AAB - CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
CORREO ELECTRÓNICO: contrataciones.osffeseg@minseg.gob.ar
TELÉFONO: (+54 11) 5278-9800 – interno 3232/3286/3376

Objeto: Convocatoria a presentar ofertas para la elección de un prestador de salud para la OBRA SOCIAL DE LAS FUERZAS FEDERALES DE SEGURIDAD (OSFFESEG)
--

N° de Expediente: EX-2026-28300658- -APN-D#OSFFESEG
Costo del Pliego: Sin valor

CONSULTAS

LUGAR	PLAZO Y HORARIO
A la dirección de e-mail: contrataciones.osffeseg@minseg.gob.ar	Hasta CINCO (5) días hábiles previos a la apertura de ofertas.

PRESENTACIÓN DE OFERTAS

Lugar / Dirección	Plazo y Horario
Mexico 12 – Planta Baja - CABA	Hasta las 11:30 hs. del 16 de Abril de 2026

ACTO DE APERTURA

Lugar / Dirección	Día y Hora
DIRECCIÓN DE COMPRAS Y CONTRATACIONES – MINISTERIO DE SEGURIDAD NACIONAL México 12 – PB – CABA	Hasta las 12:00 hs. del 16 de Abril de 2026

CLÁUSULAS GENERALES

ARTÍCULO 1°.- Objeto. El presente pliego tiene por objeto regir el procedimiento especial, transitorio y excepcional de selección destinado a la contratación de una empresa de medicina prepaga o prestadora integral de cobertura médico-asistencial para asegurar, con alcance nacional, la continuidad, regularidad y suficiencia de las prestaciones de salud correspondientes a la población beneficiaria de la OBRA SOCIAL DE LAS FUERZAS FEDERALES DE SEGURIDAD (OSFFESEG), durante la etapa inicial de implementación del régimen creado por el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 88/26.

ARTÍCULO 2°.- Autoridad contratante y encuadre. La parte contratante originaria es la OBRA SOCIAL DE LAS FUERZAS FEDERALES DE SEGURIDAD (OSFFESEG) y, lleva adelante el presente procedimiento de selección. El mismo será sustanciado y resuelto de acuerdo a la Resolución N° 229/26.

La OSFFESEG intervendrá en los términos previstos en la resolución ministerial N° 229/26, suscribiendo el acto administrativo de convocatoria, el acto administrativo aprobatorio y asumirá la administración, contralor y ejecución del contrato conforme el presente pliego.

El MINISTERIO DE SEGURIDAD NACIONAL, a los efectos del presente procedimiento de contratación, constituye domicilio electrónico en: contrataciones.osffeseg@minseg.gob.ar.

ARTÍCULO 3°.- Régimen aplicable. El procedimiento se regirá por la resolución aprobatoria, el presente pliego, sus circulares, la oferta y el contrato. Serán de aplicación los principios de legalidad, razonabilidad, publicidad, transparencia, concurrencia, igualdad de trato, responsabilidad y selección de la oferta más conveniente, en tanto resulten compatibles con la naturaleza excepcional y transitoria del procedimiento.

Resultarán de aplicación supletoria, en todo cuanto fuere pertinente, las disposiciones del Decreto N° 1023/01, su Decreto Reglamentario N° 1030/16 y sus respectivas normas modificatorias y complementarias.

ARTÍCULO 4°.- Difusión y obtención del pliego. La convocatoria se publicará en el Boletín Oficial y el Pliego podrá ser descargado en el sitio web institucional del MINISTERIO DE SEGURIDAD NACIONAL y en el sitio institucional de la OSFFESEG, si se encontrare operativo. El uso del portal COMPR.AR podrá disponerse únicamente como medio complementario de difusión, sin alterar el carácter especial del procedimiento.

ARTÍCULO 5°.- Consultas y circulares. Las consultas deberán formularse exclusivamente por correo electrónico a la casilla que se indique en la convocatoria, hasta CINCO (5) días hábiles administrativos antes de la fecha fijada para la apertura. Las respuestas y aclaraciones serán comunicadas mediante circulares al mismo universo de interesados y pasarán a integrar el pliego. Serán difundidas mediante los canales previstos en el artículo 4°.

La Obra Social y el Ministerio se reservan el derecho de no responder aquellas consultas que no se refieran al Pliego, las consultas redundantes o cuya respuesta se deduzca fácilmente de la lectura e interpretación.

ARTÍCULO 6°.- Presentación de las ofertas. Modalidad, contenido y soporte. Las ofertas deberán presentarse en sobre cerrado, debidamente identificado en su exterior con la siguiente información mínima:

- a) Denominación completa del procedimiento de selección.

- b) Nombre o razón social del oferente.
- c) Número de expediente o identificación del proceso, si lo hubiere.
- d) Fecha y hora del acto de apertura de ofertas.

El sobre deberá contener:

- Documentación en soporte papel.

Un documento impreso, firmado en forma ológrafa por el representante legal del oferente, que contenga:

- a) Índice detallado de la documentación que integra la oferta.
- b) Identificación de los soportes digitales presentados, indicando marca, modelo y número de serie de cada uno de los dispositivos de almacenamiento (pendrive).
- c) Código HASH correspondiente al archivo comprimido (.zip) contenido en cada uno de los dispositivos, el cual deberá ser idéntico en ambos casos.

El documento deberá consignar expresamente que ambos dispositivos contienen una copia íntegra y exacta de la misma oferta.

- Soporte digital.

Dentro del sobre deberán incluirse DOS (2) dispositivos de almacenamiento USB (pendrive), debidamente rotulados, que contengan cada uno un único archivo comprimido en formato .zip, cuyo contenido deberá ser idéntico y poseer el mismo código HASH.

Dentro del archivo .zip deberá incorporarse la totalidad de la documentación de la oferta en formato PDF.

Asimismo, cuando la oferta incluya documentos que hubieren sido elaborados originalmente en formatos editables (por ejemplo, planillas de cálculo, presupuestos o cuadros comparativos), deberán adjuntarse los archivos de trabajo correspondientes (por ejemplo .xls, .xlsx u otros equivalentes), a efectos de facilitar su verificación y análisis por parte de la Comisión Evaluadora.

La ausencia de alguno de los dispositivos o la discrepancia entre los archivos contenidos en ellos podrá ser considerada causal de inadmisibilidad formal de la oferta.

Custodia y utilización de los soportes

Recibidas las ofertas:

- a) UNO (1) de los pendrive permanecerá en custodia en la caja fuerte de la Tesorería del organismo, a fin de resguardar una copia íntegra e inalterada de la presentación efectuada por el oferente.
- b) El segundo dispositivo será utilizado por el organismo para proceder a la descarga de la documentación, su digitalización y la incorporación de la oferta al expediente electrónico correspondiente.

Generación del código HASH

A efectos de garantizar la integridad de la documentación presentada, cada oferente deberá generar el código HASH del archivo .zip que contenga su oferta, utilizando un algoritmo de uso extendido (por ejemplo, SHA-256).

A modo orientativo, el código HASH puede generarse mediante cualquiera de los siguientes procedimientos:

– Utilizando herramientas disponibles en sistemas operativos (por ejemplo, el comando `certutil -hashfile archivo.zip SHA256` en sistemas Windows), o – Mediante programas de verificación de integridad de archivos ampliamente disponibles.

El valor resultante deberá consignarse en el documento impreso en el soporte papel mencionado anteriormente, el cual deberá encontrarse dentro del sobre.

La coincidencia entre el código HASH consignado y el correspondiente al archivo contenido en los dispositivos permitirá verificar que la documentación digital no ha sido alterada desde su generación por el oferente.

No se admitirán ofertas alternativas ni condicionadas.

ARTÍCULO 7°.- Recepción, custodia y apertura de ofertas. Las ofertas serán recibidas hasta las ONCE TREINTA horas (11:30 hs.) del día 16 de abril de 2026 en la sede ministerial sita en la calle México N° 12 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en la oficina de la DIRECCIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS GENERALES, la cual que dejará constancia de la fecha y hora de ingreso y será responsable de su posterior remisión a la COORDINACIÓN DE TESORERÍA del MINISTERIO DE SEGURIDAD NACIONAL a los efectos de su resguardo, inviolabilidad y cadena de custodia.

El acta de apertura será pública, identificará oferentes, documentación esencial presentada y observaciones formales relevantes.

ARTÍCULO 8°.- Documentación a presentar:

Los oferentes deberán presentar junto con la oferta, como mínimo, la siguiente documentación:

- a) Documentación constitutiva y estatutaria vigente de la persona jurídica, incluyendo estatuto, contrato social y sus modificaciones.
- b) Documentación que acredite la personería y facultades suficientes del firmante de la oferta.
- c) Constitución de domicilio especial y domicilio electrónico, ambos serán válidas todas las notificaciones que se cursen en el marco del presente procedimiento.
- d) Acreditación de inscripción y habilitación vigente para operar en el rubro, incluyendo constancia de inscripción en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (RNEMP).
- e) Oferta prestacional que cubra como mínimo las prestaciones previstas en el Programa Médico Obligatorio (PMO) aprobado por la Resolución del Ministerio de Salud N° 201/02 y sus modificatorias o las normas que en el futuro lo reemplacen. El conjunto de prestaciones ofrecidas podrá ser mejorado, pero no disminuido durante la ejecución del contrato, de acuerdo a lo establecido en el Anexo I de la presente.
- f) Red prestacional detallada por provincia y localidad, acompañando cartilla de prestadores o soporte equivalente que identifique profesionales, clínicas, sanatorios, farmacias, centros de diagnóstico, centros de análisis clínicos y demás prestadores adheridos.
- g) Plan de implementación operativa de la prestación del servicio en caso de resultar adjudicatario, el cual no podrá exceder el plazo de TREINTA (30) días corridos computados a partir de la adjudicación, y su posterior notificación.
- h) Descripción del modelo de atención al beneficiario y de procesos de auditoría médico prestacional.

- i) Indicadores de gestión, calidad de atención al beneficiario y resultados sanitarios que permitan su seguimiento y auditoría por parte del organismo contratante.
- j) Planilla de cotización correspondiente al ANEXO III.
- k) Declaración jurada de indemnidad conforme ANEXO V.
- l) Acuerdo de confidencialidad conforme ANEXO VI.
- m) Declaración jurada de intereses conforme ANEXO VII.
- n) Constancia de seguros vigentes de responsabilidad civil, responsabilidad profesional, o compromiso de su contratación y mantenimiento durante toda la vigencia contractual.
- o) Acreditación de antecedentes que demuestren una antigüedad en el rubro no menor a CINCO (5) años en la provisión de servicios integrales de salud de naturaleza y complejidad comparable a los requeridos en el presente Pliego de Bases y Condiciones Particulares.
- p) Acreditación documentada de contar al 31 de diciembre de 2025, con una cartera administrada no inferior a CIENTO CINCUENTA MIL (150.000) afiliados y/o beneficiarios desregulados y/o directos, mediante certificación suscripta por la autoridad pública competente en la materia y acompañada de la documentación respaldatoria pertinente.
- q) Acompañar PLANILLA EXCEL identificada como "RED PRESTACIONAL", con la información debidamente cargada.

Aclaración: Toda la información proporcionada por los oferentes reviste carácter de DECLARACIÓN JURADA, por lo que el falseamiento de los datos podrá ser susceptible de responsabilidad civil o penal según corresponda.

Asimismo, el Organismo contratante se reserva el derecho de validar la información suministrada por los oferentes cuando así lo estime pertinente.

El Organismo contratante se reserva el derecho de solicitar información adicional no solicitada específicamente en este Documento al efecto de verificar el cumplimiento de los recaudos previstos en el mismo.

ARTÍCULO 9°.- Evaluación de ofertas. La evaluación de las ofertas estará a cargo de la Comisión Evaluadora designada por el artículo 3° de la Resolución del Ministerio de Seguridad Nacional N° 229/26, la que analizará los cumplimientos de los requisitos formales, de admisibilidad, técnicos, económicos y prestacionales previstos en el presente Pliego y sus Anexos.

La Comisión Evaluadora podrá requerir a los oferentes aclaraciones, precisiones o subsanaciones de defectos no sustanciales, siempre que ello no implique alterar la esencia de la oferta, modificar sus elementos sustanciales ni vulnerar el principio de igualdad entre oferentes.

Para el desempeño de su función la Comisión Evaluadora podrá requerir la intervención de peritos técnicos o solicitar informes a instituciones estatales o privadas con tales conocimientos específicos para la evaluación de aspectos que requieran conocimientos técnicos o especializados o bien para garantizar la correcta apreciación de criterios de sustentabilidad.

El dictamen de evaluación tendrá carácter no vinculante.

Al considerarse un acto preparatorio, a los efectos de este procedimiento el mismo no será susceptible de observaciones o impugnaciones.

La recomendación de adjudicación deberá fundarse en criterios objetivos y verificables de conformidad al criterio establecido en el artículo 10.

ARTÍCULO 10. - Criterio de selección. La adjudicación recaerá en la oferta más conveniente para el interés público comprometido, considerando primeramente la admisibilidad formal y sustancial de la oferta, y luego los factores económicos, la suficiencia y extensión de la red prestacional, la calidad de la implementación, la continuidad asistencial, los antecedentes, los indicadores de gestión ofrecidos, la aptitud para absorber la población alcanzada sin menoscabo de derechos, entre otros, conforme surge de la planilla de evaluación obrante en el ANEXO IV a la presente.

La comparación de ofertas se efectuará sobre la base de criterios verificables, razonables y congruentes con el objeto contractual. No podrá adjudicarse una oferta inadmisibles ni una que no satisfaga los requerimientos mínimos obligatorios establecidos en el presente Pliego y sus Anexos.

En aquellos casos en que, como resultado de la aplicación de la matriz de evaluación prevista en el ANEXO IV, dos o más ofertas obtuvieran una diferencia de hasta CINCO (5) puntos inclusive, la Comisión Evaluadora podrá recomendar la adjudicación a cualquiera de ellas, siempre que dicha recomendación se encuentre debidamente fundada en consideraciones vinculadas con la calidad de la propuesta, la suficiencia de la red prestacional, la continuidad asistencial u otros aspectos relevantes para el interés público comprometido.

ARTÍCULO 11.- Cobertura mínima obligatoria. La cobertura comprometida deberá garantizar, como piso inderogable, la totalidad de las prestaciones médico-asistenciales obligatorias vigentes durante la ejecución contractual, incluyendo, sin limitación:

- a) el Programa Médico Obligatorio (PMO), sus modificatorias, ampliaciones y normas complementarias, o el régimen que en el futuro lo reemplace;
- b) el Plan Materno Infantil;
- c) el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad;
- d) las prestaciones de salud mental y consumos problemáticos;
- e) las prestaciones, tratamientos, medicamentos, insumos, dispositivos y prácticas de cobertura obligatoria específica por patologías de alto costo y baja incidencia, enfermedades poco frecuentes u otros regímenes especiales;
- f) toda otra cobertura exigida por leyes, decretos, reglamentos, resoluciones, disposiciones, programas, actos de autoridad competente o decisiones jurisdiccionales o administrativas obligatorias aplicables al contrato.

Se entenderán comprendidas no sólo las prestaciones principales, sino también aquellas accesorias, instrumentales, complementarias o conexas que resulten necesarias para la efectividad de la cobertura, la continuidad terapéutica y la adecuada atención de la población beneficiaria.

ARTÍCULO 12.- Actualización normativa de coberturas obligatorias. Las modificaciones normativas sobrevinientes que amplíen, sustituyan, redefinan o especifiquen las coberturas obligatorias incorporadas al artículo anterior, así como la creación de nuevas prestaciones obligatorias por leyes futuras, decretos, reglamentos, resoluciones, disposiciones, programas o actos de autoridad competente, se entenderán integradas de pleno derecho al contrato desde su entrada en vigencia o desde que su cumplimiento resulte exigible. El adjudicatario no podrá suspender, diferir ni restringir su cumplimiento por ausencia de readecuación previa del valor capitado, sin perjuicio del derecho a promover la revisión económica prevista en el artículo 14.

ARTÍCULO 13.- Cotización capitada, padrón de beneficiarios y variaciones cuantitativas. A los efectos de la presente contratación, el organismo contratante establece un valor económico fijo de referencia para la prestación integral de los servicios objeto del presente procedimiento, conforme se detalla en el presente Pliego y sus Anexos. Las ofertas deberán formularse considerando dicho valor como base económica de la contratación, no admitiéndose cotizaciones alternativas ni modificaciones sobre el mismo.

En consecuencia, la propuesta económica de los oferentes se limitará a los aspectos previstos en la planilla de cotización correspondiente, incluyendo en particular el valor de los copagos que, en su caso, deba abonar el beneficiario por determinadas prestaciones, el cual constituirá una de las variables a considerar en la evaluación de las ofertas conforme los criterios establecidos en el presente Pliego.

El padrón base de beneficiarios alcanzados por la prestación será el informado en el ANEXO II. Durante la ejecución contractual el padrón tendrá carácter dinámico y podrá variar por altas, bajas, modificaciones de grupo familiar, transferencias, depuraciones, recategorizaciones u otras causas propias del régimen de afiliación.

El adjudicatario deberá procesar las altas urgentes o inmediatas en un plazo no mayor de CUARENTA Y OCHO (48) horas y las restantes conforme el cronograma operativo aprobado. Las bajas y demás modificaciones producirán efectos conforme el padrón consolidado de corte del último día hábil de cada mes, sin perjuicio de la liquidación a prorrata diaria de las altas o bajas que deban impactar en el mes en curso o en el inmediato siguiente.

La OSFFESEG comunicará mensualmente las novedades de padrón y aprobará la conciliación respectiva previo a la facturación.

ARTÍCULO 14.- Revisión de la ecuación económico-financiera. El precio capitado por beneficiario y por mes podrá ser objeto de revisión a fin de preservar la ecuación económico-financiera del contrato.

La revisión ordinaria procederá con periodicidad trimestral, a pedido de parte o de oficio, sobre la base de la variación del Índice de Precios al Consumidor (IPC) – Nivel General, publicado por el INDEC, o del índice oficial que en el futuro lo reemplace, pudiendo reconocerse hasta un máximo del NOVENTA POR CIENTO (90 %) de la variación operada en el período considerado.

También procederá revisión extraordinaria cuando sobrevengan:

- a) modificaciones normativas obligatorias que amplíen, sustituyan o tornen más gravosas o mas económicas las coberturas exigibles;
- b) alteraciones sustanciales y acreditadas en la composición, volumen o utilización del padrón;
- c) incorporación de nuevas prestaciones obligatorias;
- d) decisiones del Directorio de la OSFFESEG que amplíen el plan prestacional por encima del piso obligatorio;
- e) circunstancias extraordinarias e imprevisibles que alteren en forma significativa la ecuación económico-financiera del contrato.

Toda revisión deberá ser solicitada en forma fundada, con expresión de causas, cuantificación del impacto y documentación respaldatoria, y sólo producirá efectos a partir de su aprobación por la autoridad competente. En ningún caso procederá actualización, adecuación o recomposición automática o unilateral por parte del adjudicatario, ni la paralización de la prestación del servicio por tal motivo.

ARTÍCULO 15.- Preexistencias, carencias, exclusiones y copagos. No se admitirán restricciones incompatibles con el orden público sanitario. En particular, la oferta no podrá introducir períodos de carencia, exclusiones generales, limitaciones por enfermedades preexistentes ni copagos respecto del núcleo obligatorio de cobertura que resulten incompatibles con el marco normativo aplicable. Toda exclusión o limitación excepcional deberá ser expresa, específica, razonable, compatible con dicho marco y aprobada en el acto de adjudicación.

ARTÍCULO 16.- Perfeccionamiento y plazo. El contrato se perfeccionará con la suscripción del instrumento respectivo por el funcionario competente o delegado que actúe en nombre y representación del MINISTERIO DE SEGURIDAD NACIONAL y por el adjudicatario. El plazo de vigencia del contrato será de TREINTA Y SEIS (36) meses contados desde la fecha de inicio efectivo de las prestaciones, con opción de prórroga por única vez por hasta DOCE (12) meses adicionales, a exclusivo criterio de la parte contratante originaria y/o de la OSFFESEG.

Desde el inicio de ejecución la OSFFESEG asumirá la administración, control y ejecución del contrato.

ARTÍCULO 17.- Administración del contrato, modificaciones prestacionales y adendas. La OSFFESEG ejercerá el contralor integral de la ejecución, aprobará el plan de implementación, verificará el cumplimiento de indicadores, conformará padrón, autorizará novedades operativas y aplicará el régimen de penalidades. El Directorio de la OSFFESEG podrá, mediante decisión fundada y en ejercicio de sus competencias propias, modificar el plan prestacional contratado, incorporar prácticas, tratamientos o coberturas adicionales a las obligatorias, o redefinir modalidades de gestión sanitaria, siempre que tales modificaciones se formalicen mediante adenda contractual, con determinación previa de su impacto técnico, operativo y económico y resguardo de la ecuación económico-financiera del contrato.

ARTÍCULO 18.- Implementación e inicio de prestaciones. El adjudicatario deberá garantizar el inicio efectivo de las prestaciones en la fecha indicada en la convocatoria o en el acta de inicio, sin solución de continuidad para la población alcanzada. Dentro de los CINCO (5) días hábiles administrativos de la adjudicación deberá presentar un cronograma operativo de implementación, migración de padrón, emisión de credenciales, habilitación de canales de atención y comunicación a beneficiarios.

ARTÍCULO 19.- Facturación y pago. Las facturas se emitirán a nombre de la OSFFESEG. La facturación mensual se presentará dentro de los CINCO (5) días hábiles siguientes al mes vencido y deberá acompañarse con la conciliación de padrón aprobada y toda la documentación respaldatoria que se exija contractualmente a fin de permitir un adecuado control de los importes facturados.

El pago se realizará dentro de los TREINTA (30) días corridos de conformada la factura.

ARTÍCULO 20.- Indemnidad integral y defensa. El adjudicatario deberá mantener indemnes al MINISTERIO DE SEGURIDAD NACIONAL, a la OSFFESEG, a sus autoridades, funcionarios, agentes y representantes frente a todo reclamo, acción, denuncia, amparo, medida cautelar, mediación, actuación administrativa, arbitral o judicial, sanción, multa, daño, costo, gasto, honorario, aporte, contribución, condena, transacción o erogación de cualquier naturaleza promovidos por beneficiarios, afiliados, terceros, dependientes, prestadores, subcontratistas, proveedores, co-contratantes o autoridades públicas, que deriven, se vinculen o guarden conexidad con el procedimiento, el contrato o su ejecución. La indemnidad comprenderá también los supuestos en los que el reclamo no sea encuadrado formalmente como incumplimiento contractual, los costos litigiosos de su defensa, los casos de acogimiento total o parcial por razones de tutela del derecho a la salud, humanidad,

equidad, urgencia o medidas cautelares, y toda contingencia proveniente de la red prestacional o de relaciones laborales, previsionales, impositivas, de confidencialidad o de tratamiento de datos vinculadas a la prestación. El adjudicatario deberá asumir a su exclusivo cargo la defensa, cumplir de inmediato las medidas de cobertura que se dispongan, intervenir en todo proceso al solo requerimiento de la autoridad contratante, reintegrar dentro de los DIEZ (10) días hábiles administrativos toda suma que el Ministerio o la OSFFESEG deban afrontar por tales conceptos y mantener vigentes los seguros correspondientes.

La única exclusión será la contingencia originada exclusiva y directamente en una conducta o instrucción escrita del Ministerio o de la OSFFESEG ajena al ámbito obligacional del adjudicatario y emitida pese a oposición previa, expresa y documentada de éste.

ARTÍCULO 21.- Seguimiento del contrato, incumplimientos y régimen de penalidades.

La OBRA SOCIAL DE LAS FUERZAS FEDERALES DE SEGURIDAD (OSFFESEG) contará con un área técnica responsable del seguimiento, control y verificación del cumplimiento de las obligaciones asumidas por el adjudicatario en el marco del presente contrato.

Dicha área tendrá, entre otras, las siguientes funciones:

- a) Monitorear la correcta ejecución de las prestaciones contratadas.
- b) Recibir, registrar y gestionar los reclamos, denuncias o quejas formuladas por beneficiarios, prestadores, dependencias del organismo o cualquier otra fuente vinculada a la prestación del servicio, que no fueran resultas por la adjudicataria.
- c) Analizar y verificar la veracidad de los hechos denunciados.
- d) Clasificar los incumplimientos conforme su gravedad.
- e) Elaborar informes técnicos de seguimiento y emitir recomendaciones al Directorio respecto de la eventual configuración de incumplimientos contractuales y la procedencia de sanciones.

Recepcionado un reclamo o detectada una posible irregularidad, el área técnica procederá a su registro y apertura de un expediente interno de seguimiento, en el cual se realizará la verificación de los hechos denunciados mediante auditorías, requerimientos de información, análisis documental o cualquier otro medio técnico que resulte pertinente.

Concluido dicho análisis, el área técnica elaborará un informe fundado en el que determinará:

- a) si el hecho denunciado se encuentra debidamente verificado;
- b) si el mismo configura un incumplimiento contractual;
- c) la clasificación del incumplimiento según su gravedad;
- d) las medidas correctivas necesarias;
- e) la recomendación de las eventuales penalidades aplicables.

Previo a la adopción de una penalidad, la OSFFESEG notificará al adjudicatario de los hechos observados y del informe técnico preliminar, otorgándole un plazo de CINCO (5) días hábiles para efectuar su descargo, aportar documentación respaldatoria o proponer medidas correctivas. Dicho plazo podrá ampliarse fundadamente cuando la complejidad del caso lo justifique.

Analizado el descargo, el área técnica emitirá un informe final que será elevado al Directorio de la OSFFESEG, órgano competente para determinar la existencia del incumplimiento y disponer, en su caso, la aplicación de las penalidades que correspondan.

A los efectos del presente régimen, los incumplimientos podrán clasificarse en las siguientes categorías:

- **Incumplimientos leves:** comprenden demoras formales, omisiones documentales subsanables, reportes incompletos u otras irregularidades administrativas que no afecten sustancialmente la prestación del servicio.
- **Incumplimientos graves:** comprenden demoras reiteradas en autorizaciones, deficiencias relevantes en la red prestacional, incumplimiento de indicadores comprometidos, inconsistencias en la facturación o situaciones que afecten de manera significativa la calidad o continuidad del servicio.
- **Incumplimientos críticos:** comprenden la interrupción o restricción de coberturas esenciales, incumplimiento de medidas cautelares o mandatos judiciales, situaciones que impliquen riesgo sanitario para los beneficiarios, reiteración de incumplimientos graves o cualquier otra conducta que comprometa de manera sustancial la prestación del servicio o los derechos de los afiliados.

Cuando se verifique un incumplimiento leve o grave, la OSFFESEG podrá intimar al adjudicatario a su subsanación dentro de un plazo razonable fijado en cada caso, el cual no podrá exceder de DIEZ (10) días hábiles, salvo situaciones debidamente justificadas. En casos de incumplimientos críticos o cuando exista riesgo para la salud o continuidad del servicio, el organismo podrá exigir la adopción inmediata de medidas correctivas.

Sin perjuicio de la clasificación precedente, la acumulación de DIEZ (10) reclamos debidamente verificados podrá ser considerada como UN (1) incumplimiento a los efectos de la aplicación del presente régimen sancionatorio.

Por cada incumplimiento verificado durante la ejecución del contrato, el Directorio de la OSFFESEG podrá aplicar, según corresponda, la siguiente escala de penalidades:

1. Primer incumplimiento: llamado de atención formal e intimación de subsanación.
2. Segundo incumplimiento: apercibimiento.
3. Tercer incumplimiento: multa equivalente al UNO POR CIENTO (1%) del valor de la facturación mensual del mes inmediato anterior a la verificación del incumplimiento.
4. Cuarto incumplimiento: multa equivalente al TRES POR CIENTO (3%) del valor de la facturación mensual del mes inmediato anterior a la verificación del incumplimiento.
5. Quinto incumplimiento: multa equivalente al CUATRO POR CIENTO (4%) del valor de la facturación mensual del mes inmediato anterior a la verificación del incumplimiento.
6. Sexto incumplimiento: multa equivalente al CINCO POR CIENTO (5%) del valor de la facturación mensual del mes inmediato anterior a la verificación del incumplimiento.
7. Séptimo incumplimiento: multa equivalente al SEIS POR CIENTO (6%) del valor de la facturación mensual del mes inmediato anterior a la verificación del incumplimiento.
8. Octavo incumplimiento: multa equivalente al SIETE POR CIENTO (7%) del valor de la facturación mensual del mes inmediato anterior a la verificación del incumplimiento.
9. Noveno incumplimiento: multa equivalente al OCHO POR CIENTO (8%) del valor de la facturación mensual del mes inmediato anterior a la verificación del incumplimiento.
10. Décimo incumplimiento: habilitará a la OSFFESEG a proceder a la rescisión del contrato por culpa del adjudicatario, sin perjuicio de la ejecución de las garantías contractuales que correspondan.

Se considerará reincidencia cuando el adjudicatario incurra nuevamente en un incumplimiento de naturaleza similar dentro de los DOCE (12) meses siguientes a la verificación de uno anterior. En tales casos, el Directorio podrá aplicar directamente la penalidad correspondiente al nivel inmediato superior dentro de la escala prevista.

Las penalidades podrán aplicarse por hechos originados en un mismo antecedente o en distintos incumplimientos verificados. Su aplicación no impedirá la exigencia de medidas correctivas, la implementación de planes de mejora ni la adopción de otras medidas contractuales necesarias para garantizar la adecuada prestación del servicio y la protección de los derechos de los beneficiarios.

ARTÍCULO 22.- Continuidad asistencial y transición. En caso de rescisión, resolución, vencimiento o cualquier cambio de prestador, el adjudicatario deberá garantizar la continuidad de tratamientos en curso, internaciones, cirugías programadas, provisión de medicamentos, prestaciones por discapacidad, prácticas de alta complejidad y toda otra prestación cuya interrupción pudiera generar riesgo sanitario o agravar la situación del beneficiario, por el plazo y en las condiciones que disponga la autoridad contratante o, luego de la transferencia, la OSFFESEG.

ARTÍCULO 23°.- Política de transparencia e integridad. Las empresas participantes deberán dar cumplimiento con la presentación de la documentación relativa a transparencia e integridad que se detalla a continuación:

a) Declaración Jurada de Intereses de conformidad con el ANEXO VII. Para el cumplimiento de la obligación establecida en el Decreto N° 202/17, se detallan a continuación los nombres y cargos de los funcionarios que intervendrán en el procedimiento para decidir sobre el procedimiento en cuestión:

1. Magister Alejandra Susana MONTEOLIVA, D.N.I. N° 21.755.882, Ministra de Seguridad Nacional.
2. Magister Martin SIRACUSA, DNI N° 31.475.615, Secretario de Coordinación Administrativa del MINISTERIO DE SEGURIDAD NACIONAL.
3. Contador Público Pablo Martín COSTA, D.N.I. N° 25.478.385, Presidente del Directorio de la OBRA SOCIAL DE LAS FUERZAS FEDERALES DE SEGURIDAD (OSFFESEG).
4. Cdr. Gustavo Luis GAVASSA, DNI N° 16.161.674, Subsecretario de Gestión Administrativa de la Secretaría de Coordinación Administrativa del MINISTERIO DE SEGURIDAD NACIONAL.
5. Dr. Diego Hernán GOLDMAN, DNI N° 28.799.866, Subsecretario Legal de la Secretaría de Coordinación Administrativa del MINISTERIO DE SEGURIDAD NACIONAL.
6. Abogada Ayelén MUSSI MAYAN, DNI N° 32.997.136, Directora de Compras y Contrataciones de la Subsecretaría de Gestión Administrativa de la Secretaría de Coordinación Administrativa del MINISTERIO DE SEGURIDAD NACIONAL.
7. Comandante Mayor de la GENDARMERÍA NACIONAL ARGENTINA Andrés Esteban BARRERA, DNI N° 22.392.288.
8. Prefecto General retirado de la PREFECTURA NAVAL ARGENTINA, Ricardo Alberto FORTINI, DNI N° 14.446.683.
9. Abogada Maria Florencia SAADE, DNI N° 31.842.342, Directora Nacional de Bienestar de las Fuerzas Policiales y de Seguridad.

b) Programa de Integridad (arts. 22 y 23 de la Ley N° 27.401). El programa deberá contener el conjunto de acciones, mecanismos y procedimientos internos de promoción de la integridad, supervisión y control, orientados a prevenir, detectar y corregir irregularidades y actos ilícitos comprendidos en la Ley N° 27.401 y guardar relación con los riesgos propios de la actividad que la persona jurídica realiza, su dimensión y capacidad económica.

Como mínimo el Programa de Integridad deberá contener los siguientes elementos:

1. Código de ética o conducta o políticas y procedimientos de integridad aplicables a todos los directores, administradores y empleados, independientemente del cargo o función ejercidos, que guíen la planificación y ejecución de sus tareas o labores de forma tal de prevenir la comisión de los delitos contemplados en la Ley N° 27.401;
2. Reglas y procedimientos específicos para prevenir ilícitos en el ámbito de concursos y procesos licitatorios, en la ejecución de contratos administrativos o en cualquier otra interacción con el sector público;
3. La realización de capacitaciones periódicas sobre el Programa de Integridad a directores, administradores y empleados.

A efectos del cumplimiento con la acreditación documental los oferentes podrán optar entre la presentación de una Nota, Documento o Folleto explicativo del programa de integridad describiéndose sus principales características y elementos o la referencia del hipervínculo al apartado del sitio web oficial de la empresa en la que se consigne esa misma información, la cual deberá mantenerse actualizada y a disposición del público desde el momento de la oferta y hasta la extinción de la relación contractual para la empresa que resultare adjudicataria.

ARTÍCULO 24.- Jurisdicción. Para toda controversia que no pudiera resolverse por las vías administrativas o convencionales previstas serán competentes los Tribunales en lo Contencioso Administrativo Federal con asiento en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ANEXO I.- ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

1. Personal comprendido en la presente contratación:

- a) El personal con estado militar de Gendarme en actividad de la GENDARMERÍA NACIONAL ARGENTINA y el personal con estado policial en actividad de la PREFECTURA NAVAL ARGENTINA.
- b) El personal civil que se desempeña en relación de dependencia en las Fuerzas de Seguridad Federales mencionadas en el punto anterior.
- c) El personal civil que se desempeña en relación de dependencia en la OBRA SOCIAL DE LAS FUERZAS FEDERALES DE SEGURIDAD (OSFFESEG).
- d) El personal retirado de la GENDARMERÍA NACIONAL ARGENTINA y de la PREFECTURA NAVAL ARGENTINA que sea beneficiario de un haber de retiro, así como los beneficiarios de pensiones.
- e) El personal civil jubilado y los pensionados de los organismos mencionados en los incisos anteriores.
- f) Todo aquel personal, en actividad o retirado, que a futuro se incorpore como beneficiario de otra Fuerza de Seguridad Federal de acuerdo a la normativa que se disponga en dicha oportunidad.

2. Información demográfica y sanitaria de beneficiarios – base para cotización de servicios de salud:

En el ANEXO II del Presente Documento obra la siguiente información para la cotización de los servicios:

- ANEXO II A – Distribución de afiliados: padrón agregado con distribución geográfica y por rangos etarios.
- ANEXO II B – Programas materno-infantiles y salud mental: información sobre PMI (madre e hijo), procreación responsable e internaciones y reintegros en salud mental.
- ANEXO II C – Programas especiales y alto costo: prestaciones de alto impacto, incluyendo medicación de alto costo, trasplantes, fecundación asistida, insulinas y registros INCUCAI-SINTRA.
- ANEXO II D – Prestaciones y patologías de alta complejidad: información sobre discapacidad, internación domiciliaria, enfermedades crónicas y complejas, y otras prestaciones especializadas.

Dicha información está basada en información provista por el Instituto de la Obra Social de las Fuerzas Armadas (IOSFA) y podrá ser plausible de modificaciones de acuerdo a la propia dinámica del objeto de la contratación, el despliegue territorial de ambas Fuerzas Federales y de las altas y bajas de su personal.

3. Forma de cotización:

A efectos de la cotización el oferente deberá completar de manera obligatoria la PLANILLA DE COTIZACIÓN prevista en el ANEXO III y acompañar la documentación respaldatoria correspondiente.

La cotización del servicio será bajo un esquema capitado, abonándose al prestador que resulte adjudicado un importe mensual por beneficiario, el cual estará sujeto a la actualización que a tales efectos establezca la autoridad competente.

El monto por cápita máximo por beneficiario al 30 de junio de 2026 es de PESOS CIENTO VEINTISIETE MIL QUINIENTOS (\$ 127.500).

Este valor capitado podrá ser actualizado de acuerdo a los parámetros y procedimientos establecidos en el artículo 14 de las Cláusulas Generales.

El oferente podrá cotizar, si así lo considera, un monto prestacional adicional (copago) única y exclusivamente para las consultas ambulatorias, en atención domiciliaria y salud mental a cargo del beneficiario que deberá abonarse por éste al momento de utilizar la prestación de salud alcanzada por el copago, coexistiendo con la cobertura brindada por el adjudicatario con la finalidad de complementar el financiamiento del sistema y promover un uso racional de los servicios y sin que el mismo implique la sustitución de la cobertura principal.

El oferente podrá cotizar UN (1) plan superador a la cobertura prestacional ofrecida quedando a exclusiva decisión y cargo del beneficiario la diferencia resultante entre el valor capitado y el valor del plan superador (ambos a valores de la fecha de elección del cambio).

En caso de que el oferente tenga la capacidad de ofrecer un plan superador deberá cotizar el valor incremental del mismo sobre el valor capitado, acompañando el detalle de las principales características diferenciales respecto de la cobertura prestacional requerida por la presente licitación.

Los pagos que podrían corresponder a los valores del plan superador serán gestionados y abonados por los beneficiarios de manera directa con la empresa contratada, no pudiendo realizarse retenciones por parte de la OSFFESEG o el Ministerio de Seguridad Nacional.

4. Sistema de cobertura:

La cobertura no tendrá limitaciones geográficas dentro del territorio de la REPÚBLICA ARGENTINA, sus mares, ríos y fronteras.

En el caso de Internaciones o tratamientos de alta complejidad y cuando en el lugar de destino, ubicación o residencia del beneficiario no se cuente con los medios para brindar el tratamiento adecuado el oferente deberá garantizar el traslado del paciente, si su condición de salud lo permite, al centro asistencial más cercano que pueda dar el efectivo tratamiento.

Los costos asociados al servicio mencionado estarán íntegramente a cargo del adjudicatario.

El medio utilizado para el traslado será el adecuado de acuerdo a las recomendaciones médicas del caso.

a) La cobertura se ajustará a las siguientes pautas:

1. Servicio de calidad y excelencia.
2. La cobertura deberá ser nacional, continua e integral, con cartilla prestacional identificable por provincia y localidad.
3. Regirse por las normas de la Superintendencia de Servicios de Salud en todo lo que resulte aplicable en función de la naturaleza de la OSFFESEG, las disposiciones del Decreto N° 88/26, sus normas reglamentarias, el Plan Prestacional y el presente pliego, salvo que en el presente Documento se establezca lo contrario.
4. Generar acuerdos orientados a la facilitación y agilización del acceso de los afiliados, beneficiarios y adherentes de la OSFFESEG como beneficiarios de la adjudicataria, a cuyo efecto la empresa prestadora podrá enviar representantes o agentes a las oficinas de la OBRA SOCIAL en los casos que fuere necesario.
5. Deberán garantizarse, como mínimo y sin carácter taxativo, las prestaciones obligatorias vigentes y futuras, incluyendo PMO, Plan Materno Infantil, discapacidad, salud mental y consumos problemáticos, enfermedades poco frecuentes, patologías de alto costo y baja incidencia, medicamentos e insumos de cobertura obligatoria, urgencias y emergencias, internación, atención ambulatoria, rehabilitación, maternidad, alta complejidad, internación

domiciliaria y toda práctica, tratamiento o cobertura que resulte exigible por el marco normativo sanitario aplicable.

El adjudicatario deberá asegurar procedimientos ágiles de afiliación, emisión de credenciales físicas y/o virtuales, canales de atención presencial, telefónica y digital, y trazabilidad de autorizaciones, reclamos y derivaciones.

6. Consultas Médicas sin límite.
 7. Urgencias y emergencias médicas a domicilio.
 8. Servicios online que faciliten y agilicen los trámites administrativos (por ejemplo, para turnos, trámites, resultados de estudios, aplicaciones para dispositivos electrónicos, etc.).
 9. Sistema de co-pagos (consultas médicas, salud mental y terapias de diagnóstico), de corresponder.
 10. El adjudicatario deberá garantizar la continuidad de los tratamientos vigentes a todo el personal objeto de la presente contratación.
- b) Se deberá presentar un tablero mínimo de indicadores de calidad de atención, acceso y oportunidad en la asignación de turnos, autorizaciones, reclamos, continuidad de tratamiento, internaciones y resultados sanitarios auditables por la autoridad contratante y, luego de la transferencia, por la OSFFESEG, de acuerdo a la planilla Anexo IV.
- c) El adjudicatario deberá garantizar un procedimiento de migración y alta masiva del padrón que preserve la continuidad de cobertura desde el primer día de vigencia.

5. Implementación e inicio del contrato:

Será establecido mediante ACTA DE INICIO, una vez suscripto el correspondiente Acuerdo entre la para la OBRA SOCIAL DE LAS FUERZAS FEDERALES DE SEGURIDAD (OSFFESEG) y el Oferente seleccionado.

El ADJUDICATARIO deberá instrumentar las medidas necesarias para brindar, luego de la firma del acto administrativo de selección y su posterior notificación, el servicio comprendido en la presente contratación.

El plazo para su implementación será de UN (1) mes, computado una vez recibido el listado de afiliados por parte de la OBRA SOCIAL, quedando obligado el ADJUDICATARIO en los términos referidos respecto de cada listado recibido.

En ningún caso, el plazo máximo de inicio de las prestaciones comprendidas en la presente contratación podrá superar los TREINTA (30) días corridos.

El alta de nuevos afiliados deberá ser gestionado en el plazo máximo de CUARENTA Y OCHO (48) horas computados desde el momento de la solicitud.

La OBRA SOCIAL se compromete a entregar dentro de los CINCO (5) días de la adjudicación, en formato digital y con las características que el ADJUDICATARIO disponga, la nómina completa afiliados al servicio, indicando respecto del personal a incluir, apellido y nombre, fecha de nacimiento, tipo y número de documento, número de CUIL, CUIT, domicilio particular, código postal, dependencia donde trabaja y cualquier otra información que considere relevante.

La OBRA SOCIAL comunicará fehacientemente al ADJUDICATARIO a partir del día QUINCE (15) de cada mes, o día hábil anterior, las altas/bajas producidas.

El prestador deberá proveer a cada uno de los beneficiarios credencial de identificación, física y/o virtual, de su cobertura de salud, una cartilla de instrucción, explicativa de los beneficios concedidos, montos, exclusiones y procedimientos a observar para solicitar la

prestación que corresponda, incluyendo el monto de los copagos en el supuesto de que así sea ofrecido.

También deberá proveer, en forma física o virtual, la lista de Sucursales, filiales o Agentes del adjudicatario con competencia para intervenir y recibir solicitudes, reclamos y/o consultas administrativas en el lugar de residencia y/o ubicación del beneficiario.

Dado que estará a cargo la OBRA SOCIAL del pago de la prestación requerida, el Prestador deberá implementar e informar a la OBRA SOCIAL un procedimiento que le permita llevar la administración total y detallada del sistema, incluyendo: las altas y bajas, los listados de afiliados, alta / baja de planes superadores, pagos realizados, facturación y toda otra información que en virtud de la gestión eficiente se pueda requerir en forma oportuna.

La prestadora deberá cumplimentar con lo establecido en los artículos 8° y 9° del Decreto N° 88/2026.

ANEXO II.-

INFORMACIÓN ESTIMADA DEMOGRÁFICA Y SANITARIA DE BENEFICIARIOS – BASE PARA COTIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

El presente Anexo contiene información estadística y técnica de carácter meramente referencial, destinada a facilitar a los oferentes la estimación preliminar de las características de la población beneficiaria y de determinados programas prestacionales, a efectos de la elaboración de sus propuestas técnicas y económicas.

La información suministrada no contiene datos personales identificatorios, presentándose únicamente en forma agregada, estadística o descriptiva.

Los datos incluidos en los archivos que integran el presente Anexo no constituyen garantía alguna respecto de la evolución futura de la población beneficiaria, de la utilización de prestaciones ni de los costos asociados, debiendo cada oferente efectuar sus propios análisis técnicos, actuariales y económicos al momento de formular su oferta.

La información se presenta organizada en los siguientes archivos:

ANEXO II A – Distribución de afiliados

Contiene información agregada del padrón de beneficiarios de la OSFFESEG, incluyendo su distribución geográfica y su segmentación por rangos etarios, sin identificación personal.

ANEXO II B – Programas materno-infantiles y salud mental

Incluye información referencial vinculada con programas específicos de cobertura, entre ellos:

- Plan Materno Infantil (PMI) – Madre
- Plan Materno Infantil (PMI) – Hijo
- Programa de Procreación Responsable
- Internación en Salud Mental
- Régimen de Reintegros en Salud Mental

ANEXO II C – Programas especiales y medicación de alto costo

Contiene información vinculada con prestaciones de alto impacto sanitario y económico, incluyendo:

- Medicación de Alto Costo
- Cobertura asistencial especial
- Fecundación asistida
- Pacientes transplantados
- Insulinas y tiras reactivas
- Beneficiarios inscriptos en lista de espera del Registro INCUCAI – SINTRA
- Pacientes en proceso de inscripción en el Registro INCUCAI – SINTRA

ANEXO II D – Prestaciones y patologías de alta complejidad

Incluye información referencial vinculada con prestaciones y tratamientos asociados a distintas patologías y condiciones de salud, tales como:

- Alta complejidad
- Diabetes
- Prestaciones en geriatría
- Discapacidad
- Internación domiciliaria
- Enfermedades de riesgo cardiovascular
- Enfermedades endocrino-metabólicas
- Enfermedades neurológicas
- Enfermedades psiquiátricas
- Enfermedades respiratorias
- Enfermedades urológicas
- HIV
- Insumos para colostomía y diabetes

La información contenida en el presente Anexo no limita ni condiciona el alcance de las prestaciones que deberán ser brindadas por el adjudicatario, las cuales se regirán por las obligaciones establecidas en el presente Pliego, en la normativa sanitaria aplicable y en el contrato que se celebre.

**ANEXO III.-
PLANILLA DE COTIZACIÓN**

VARIABLES A CONSIDERAR	OBJETO	A COMPLETAR POR OFERENTES
VARIABLE ECONOMICA	COPAGO: Suma fija en pesos que el paciente paga cada vez que utiliza un servicio médico, adicional a la cuota mensual discriminando, en caso de que fuere aplicable, los valores para consulta ambulatoria y consulta a domicilio	Indicar suma fija en PESOS ARGENTINOS discriminando, en caso de que fuere aplicable, los valores diferenciales para consulta ambulatoria
		Indicar suma fija en PESOS ARGENTINOS discriminando, en caso de que fuere aplicable, los valores diferenciales para consulta a domicilio
IDONEIDAD	Cantidad total de beneficiarios	Indicar la cantidad de beneficiarios en números y en letras, al 31 de diciembre de 2025
	Antigüedad en la prestación de los servicios que se contratan por el presente procedimiento de contratación.	Indicar cantidad de años de experiencia acreditados en números y en letras
	Tasa de denuncias registradas en el año 2025 ante la superintendencia de servicios de salud	Indicar tasa de denuncias que se encuentren registradas en la Superintendencia de servicios de salud en números y en letras
RED PRESTACIONAL	Establecimientos sin internación con atención diaria	Se deberá completar planilla de red prestacional
	Nivel I- Bajo Riesgo	Se deberá completar planilla de red prestacional
	Nivel II.- Mediano Riesgo	Se deberá completar planilla de red prestacional
	Nivel III A.- Alto riesgo con terapia intensiva	Se deberá completar planilla de red prestacional
	Nivel III B.- Alto riesgo con terapia intensiva Especializada	Se deberá completar planilla de red prestacional
	Establecimientos de Nivel III en locaciones estratégicas	Se deberá completar planilla de red prestacional
CALIDAD DE SERVICIOS	Sistemas de Calidad de Atención Médica al afiliado: Protocolos clínicos, Acceso a turnos, Gestión de derivaciones, Gestión de pacientes con patologías crónicas	Indicar los protocolos clínicos con los que cuenta, el sistema de acceso a turnos, el funcionamiento y gestión de las derivaciones, y el procedimiento de gestión de pacientes con patologías crónicas.
	Sistemas de Calidad de Atención Médica al afiliado: Sistema de asignación de turnos, Sistema de gestión de autorizaciones, Sistema de gestión de atención al cliente y atención y resolución de reclamos, Consulta médica online	Indicar si cuenta con sistema de asignación de turnos, sistema de gestión de atención al cliente y atención y resolución de reclamos, así como consultas médicas online. Describir cada sistema
	Plazo Máximo de derivaciones ante urgencias/ Emergencias	INDICAR PLAZO

ANEXO IV.- EVALUACION

Aquellas ofertas que hayan cumplimentado con las exigencias previstas en las bases y condiciones del presente Documento, serán meritadas de acuerdo con las variables que se mencionan en siguiente cuadro.

VARIABLES A CONSIDERAR	OBJETO	PUNTAJE MÁXIMO A OTORGAR
VARIABLE ECONOMICA –COPAGO -	Suma fija en pesos que el paciente paga cada vez que utiliza un servicio médico ambulatorio, adicional a la cuota mensual.	6
	Suma fija en pesos que el paciente paga cada vez que utiliza un servicio médico a domicilio, adicional a la cuota mensual	4
IDONEIDAD	Cantidad de afiliados al 31 de Diciembre de 2025 (ello será contrastado con registros obrantes en la Superintendencia de Servicios de Salud)	20
	Antigüedad en la prestación de los servicios que se contratan por el presente procedimiento de contratación.	5
	Tasa de denuncias registradas en el año 2025 ante la superintendencia de servicios de salud	5
RED PRESTACIONAL	Establecimientos sin internación, con atención diaria	5
	Nivel I- Bajo Riesgo	5
	Nivel II.- Mediano Riesgo	10
	Nivel III A.- Alto riesgo con terapia intensiva	10
	Nivel III B.- Alto riesgo con terapia intensiva Especializada	10
	Establecimientos de Nivel III en locaciones estratégicas	5
CALIDAD DE SERVICIOS	Sistemas de Calidad de Atención Medica al afiliado: Sistema de asignación de turnos, Sistema de gestión de autorizaciones, Sistema de gestión de atención al cliente y atención y resolución de reclamos, Consulta médica online	5
	Sistemas de Calidad de Atención Medica al afiliado: Protocolos clínicos, Acceso a turnos, Gestión de derivaciones, Gestión de pacientes con patologías crónicas	5
	Plazo Máximo de derivaciones ante urgencias/ Emergencias	5

- a) **COPAGO:** Suma fija en pesos que el paciente paga cada vez que utiliza un servicio médico, adicional a la cuota mensual.

Al oferente que indique el menor valor de COPAGO, se le asignará el mayor puntaje para cada uno de los supuestos a evaluar (consulta médica ambulatoria y consulta en domicilio) previstas para este apartado; a las siguientes la cantidad proporcional que resulte de aplicar la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{total de puntos del ponderador } X \text{ menor valor propuesto}}{\text{valor propuesto}}$$

Dicha fórmula será aplicable para ambos supuestos de copagos.

- b) **CANTIDAD DE BENEFICIARIOS:** Al oferente que indique la mayor cantidad de afiliados, se le asignará el mayor puntaje previsto para este apartado y las siguientes la cantidad proporcional que resulte de aplicar la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Cantidad de beneficiarios declarados } x \text{ total de puntos del ponderador}}{\text{Mayor Cantidad de beneficiarios indicados}}$$

- c) **ANTIGÜEDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE SE CONTRATAN POR EL PRESENTE PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN:**

Al oferente que indique la mayor cantidad años de antigüedad, se le asignará el mayor puntaje previsto para este apartado y las siguientes la cantidad proporcional que resulte de aplicar la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{CANTIDAD DE AÑOS DE ANTIGÜEDAD ACREDITADOS } x \text{ total de puntos del ponderador}}{\text{MAYOR CANTIDAD DE AÑOS DE ANTIGÜEDAD}}$$

- d) **TASA DE DENUNCIAS REGISTRADAS EN EL AÑO 2025 ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD:**

Al oferente que indique el menor porcentaje de denuncias registradas en la Superintendencia de Servicios de salud, computado en % de denuncias recibidas en 2025 sobre la cantidad total de afiliados y beneficiarios al 31 de diciembre de dicho año, se le asignará el mayor puntaje previsto para este apartado y las siguientes la cantidad proporcional que resulte de aplicar la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{total de puntos del ponderador } X \text{ menor menor tasa de denuncias}}{\text{tasa declarada}}$$

- e) **RED PRESTACIONAL:**

A los efectos de la evaluación, los oferentes deberán acreditar los establecimientos de salud disponibles a nivel nacional, indicando su distribución por provincia y localidad, la cual será ponderada en función de la distribución poblacional de beneficiarios informada en el presente Pliego.

La diferencia existente entre la cantidad de beneficiarios previstos en este apartado y el previsto en el Anexo 2 A, obedece a que a efectos únicamente de la evaluación, se han considerado las ciudades con mayor cantidad de beneficiarios.

La red prestacional será evaluada sobre la base de los siguientes indicadores, los cuales se constituyeron de acuerdo a los términos del ANEXO II de la Resolución del Ministerio de Salud N° 900/17.

a) Establecimientos sin internación con atención diaria:

Serán considerados aquellos establecimientos indicados en el Apartado b) del Anexo II de la Resolución del Ministerio de Salud N° 900/17, con atención diaria.

b) NIVEL I.- Bajo riesgo:

Establecimientos de atención primaria que constituyen esencialmente la puerta de entrada a la red de servicios o sistema en la mayor parte de los casos. Realiza acciones de promoción y protección de la salud, así como el diagnóstico temprano de daño, atención de la demanda espontánea de morbilidad percibida, búsqueda de demanda oculta, control de la población e internación para la atención de pacientes con bajo riesgo con mecanismos explicitados de referencia y contra referencia.

c) NIVEL II.- Mediano Riesgo:

Establecimiento que realiza las mismas acciones que en el bajo riesgo (NIVEL I), a los que se agrega un mayor nivel de monitoreo y seguimiento para aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos que exceden la resolución del bajo riesgo con mayor intensidad en el seguimiento de la evolución de los pacientes.

d) NIVEL III- A.- Alto Riesgo con terapia intensiva:

Establecimiento con capacidad de UTI que pueden realizar acciones del bajo y mediano riesgo, pero debe estar en condiciones de resolver total o parcialmente aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieran para su supervivencia de atención médica y de enfermería en forma constante. Deben tener capacidad de soporte actual o potencial inmediato de la función de un órgano vital y/o la necesidad de efectuar procedimientos especiales de monitoreo continuo, diagnóstico y/o terapéuticos que preserven la vida

e) NIVEL III- B.- Alto riesgo con terapia intensiva especializada:

Establecimientos similares al NIVEL III- A con capacidad de resolver ciertas patologías que requieran acciones asistenciales complejas y específicas como por ejemplo cirugía cardiovascular, neuroquirúrgica, quemados, trasplantes entre otras.

Método de evaluación para los apartados a), b) c) d) y e)

Se valorará especialmente la localización estratégica de estos prestadores en zonas de alta concentración de afiliados o en regiones donde la oferta de servicios de alta complejidad resulte limitada, contribuyendo a una red prestacional equilibrada, eficiente y orientada a la equidad en el acceso a la atención de salud.

Se acompaña documento en Power Point explicativo sobre la forma de completar la planilla “RED PRESTACIONAL” y su metodología de evaluación.

Puntaje adicional para Establecimientos de Nivel III en Locaciones Estratégicas

Adicionalmente se otorgarán hasta CINCO (5) Puntos al oferente que acredite Establecimientos de Salud con los Niveles de Atención III (A o B) en las siguientes Jurisdicciones y a las siguientes la cantidad proporcional que resulte de aplicar la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Cantidad de Locaciones estratégicas declaradas x CINCO PUNTOS (5)}}{27 \text{ (Total locaciones estratégicas)}}$$

1. CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES.
2. LA PLATA.
3. BAHÍA BLANCA
4. MERCEDES
5. MAR DEL PLATA.
6. SAN FERNANDO DEL VALLE DE CATAMARCA.
7. RESISTENCIA.
8. RAWSON
9. CORDOBA CAPITAL.
10. CORRIENTES CAPITAL.
11. PARANÁ.
12. FORMOSA CAPITAL.
13. SAN SALVADOR DE JUJUY.
14. SANTA ROSA.

15. LA RIOJA CAPITAL.
16. MENDOZA CAPITAL.
17. POSADAS.
18. NEUQUÉN CAPITAL
19. SAN CARLOS DE BARILOCHE.
20. SALTA CAPITAL.
21. SAN JUAN CAPITAL.
22. SAN LUIS CAPITAL.
23. RIO GALLEGOS.
24. ROSARIO o SANTA FE CAPITAL (indistintamente)
25. SANTIAGO DEL ESTERO CAPITAL
26. USHUAIA.
27. SAN MIGUEL DE TUCUMÁN.

Aclaración: Esta puntuación será calculada de manera automática una vez completada la información de los Establecimientos de Salud, por lo que no será necesario completar información adicional a la ya incluida en los apartados precedentes.

A los efectos de la evaluación integral y completa de la red prestacional, los oferentes deberán acompañar la cartilla medica correspondiente y la documentación que permita verificar la efectiva disponibilidad de todos los establecimientos declarados.

f) CALIDAD DE SERVICIOS:

- a) **Sistemas de calidad de atención al afiliado:** donde el oferente que acredite canales de calidad de atención con al menos las siguientes funcionalidades se le asignará el puntaje previsto en este rubro.

Caso contrario el puntaje será de CERO para este rubro.

Las funcionalidades a requerir para la acreditación de **calidad de los canales y puntos de contacto en la atención al beneficiario**, orientados a la satisfacción del paciente, serán relativas a:

- Sistema de asignación de turnos.
- Sistema de gestión de autorizaciones.

- Sistema de gestión de atención al cliente y atención y resolución de reclamos (Podrá ofrecer alternativas como boti, call center, App entre otros)
- Consulta médica online.

b) **Sistemas de Calidad de Atención Médica al afiliado** donde el oferente que acredite canales de calidad de atención médica con al menos las siguientes funcionalidades se le asignará el puntaje previsto en este rubro.

Caso contrario el puntaje será de CERO para este rubro.

Las funcionalidades a requerir para la **calidad de los sistemas de atención médica** de los beneficiarios serán relativas a:

- **Protocolos clínicos:** Implementación y aplicación de Guías basadas en evidencia para el tratamiento de patologías prevalentes (hipertensión, diabetes, asma, EPOC, depresión entre otras)
Se requiere evidencia de adopción institucional, difusión y monitoreo a través de documentación fehaciente: copia completa de los protocolos vigentes ante patologías prevalentes, identificando fecha de emisión y última actualización y responsable de su implementación y/o aprobación. Debe presentarse en calidad de Declaración jurada expresando adhesión expresa a los protocolos presentados, compromiso de actualización periódica y aceptación de auditoría por parte del Ministerio. La presentación completa de la documentación requerida otorgará la totalidad del puntaje, asignándose puntaje menor, proporcional en caso de que no sea así
- **Acceso a turnos:** Tiempo promedio máximos comprometidos de turnos para clínica y especialidades (consulta especialidades básicas, especialistas, laboratorio, imágenes, estudios especiales, etc.) que el adjudicatario se comprometerá contractualmente a cumplir.

Deberá presentarse cuadro de tiempos máximos comprometidos en el que se manifieste tipo de prestación: (consulta especialidades básicas, especialistas, laboratorio, imágenes, estudios especiales, etc.), tiempo máximo garantizado, modalidad de asignación del turno (presencial / web / call center) y cobertura territorial. Este cuadro pasará a ser parte integrante del contrato con el compromiso de sostener los tiempos durante toda la vigencia del mismo, con aceptación de sanciones o penalidades y aceptación de auditoría de acceso. El oferente que presente los plazos

más cortos como promedio recibirá el total del puntaje, asignándose puntaje menor, proporcional en caso de que no sea así

- Gestión de derivaciones: Circuitos claros y trazables de referencia que aseguren un circuito de derivaciones ordenado, documentado y trazable. Se solicita descripción de la modalidad de gestión de autorizaciones con descripción de la plataforma y/o canales habilitados: (Web, App, Telefónico, Presencial) Horarios de atención y de eventual atención de reclamos. Deberá Adjuntar: Capturas del sistema y/o Manual operativo y Diagrama de flujo de autorizaciones.

Procedimiento fechado, aprobado y vigente con presentación de criterios clínicos de derivación por nivel, patologías o situaciones derivables, Responsables de autorizar la derivación, Tiempos máximos de respuesta frente a diferentes alternativas (urgente / preferente / programada). Este procedimiento pasará a ser parte integrante del contrato con el compromiso de sostener los tiempos durante toda la vigencia del mismo, con aceptación de sanciones o penalidades y aceptación de auditoría de acceso.

La presentación completa de la documentación requerida otorgará la totalidad del puntaje, asignándose puntaje menor, proporcional en caso de que no sea así.

- Gestión de pacientes con patologías crónicas (Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Patologías oncológicas y oncología entre otras).

c) Plazo Máximo de derivaciones ante Urgencias/ Emergencias: Los oferentes deberán indicar el plazo máximo de derivaciones en supuestos de urgencia o emergencia.

Al oferente que indique el menor plazo de derivación se le asignará el mayor puntaje previsto en este punto, y a los siguientes la cantidad proporcional que resulte de aplicar la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{total de puntos del ponderador } X \text{ menor plazo propuesto}}{\text{plazo declarado}}$$

ANEXO V.-
DECLARACIÓN JURADA DE INDEMNIDAD

El oferente/adjudicatario deberá presentar una declaración jurada con un texto sustancialmente equivalente al siguiente:

“La firma oferente/adjudicataria declara y asume que mantendrá indemnes al MINISTERIO DE SEGURIDAD NACIONAL, a la OBRA SOCIAL DE LAS FUERZAS FEDERALES DE SEGURIDAD (OSFFESEG), a sus autoridades, funcionarios, agentes y representantes, frente a todo reclamo, acción, denuncia, amparo, medida cautelar, mediación, actuación administrativa, arbitral o judicial, sanción, multa, daño, costo, gasto, honorario, condena, acuerdo transaccional o erogación de cualquier naturaleza que sea promovido por beneficiarios, afiliados, terceros, dependientes, prestadores, subcontratistas, proveedores, co-contratantes o autoridades públicas y que derive, se vincule o guarde conexidad con el procedimiento de selección, el contrato, la red prestacional, la prestación de servicios, la continuidad asistencial, las autorizaciones, derivaciones, provisión de medicamentos o insumos, tratamientos, internaciones, facturación, relaciones laborales, previsionales, impositivas, de confidencialidad o de tratamiento de datos ligadas a la ejecución contractual. La indemnidad asumida comprende asimismo aquellos supuestos en los que el reclamo no sea formalmente encuadrado como incumplimiento contractual, los casos de acogimiento total o parcial por razones de tutela judicial del derecho a la salud, humanidad, equidad, urgencia o medidas cautelares, y los costos de defensa, incluidos honorarios de abogados, peritos, tasas, aportes, multas y demás gastos. La firma oferente/adjudicataria se obliga a asumir a su exclusivo cargo la defensa y el cumplimiento de las decisiones que se dicten, a intervenir en los procesos al solo requerimiento del Ministerio y/o de la OSFFESEG, y a reintegrar dentro de los DIEZ (10) días hábiles administrativos toda suma que cualquiera de ellos deba afrontar por tales conceptos. Esta obligación subsistirá aun después de extinguido el contrato por hechos o contingencias originados durante su vigencia o con causa en ella. Sólo quedarán excluidos los daños o contingencias originados exclusiva y directamente en una conducta o instrucción escrita del Ministerio o de la OSFFESEG ajena al ámbito obligacional de la firma y emitida pese a oposición previa, expresa y documentada de esta última.”

ANEXO VI.- ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

CLÁUSULAS DEL ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD A SUSCRIBIRSE ENTRE EL
ADJUDICATARIO Y EL MINISTERIO DE SEGURIDAD.

ARTÍCULO PRIMERO: DEFINICIONES. En el marco de este Acuerdo, cualesquiera Parte que recibiere información de la otra es denominada “Parte Receptora” y la Parte que haga saber o de cualquier modo comunicare Información Confidencial es denominada “Parte Reveladora”. Nada en este Acuerdo se interpretará como una obligación de una Parte de entregar Información Confidencial a la otra Parte.

ARTÍCULO SEGUNDO: EXTENSIÓN. La Parte Receptora mantendrá en estricta reserva toda la Información Confidencial que obtenga de la Parte Reveladora, ya sea en forma escrita, verbal o bajo cualquier otro soporte. A mayor abundamiento, la Parte Receptora no divulgará, comunicará, hará saber o dará publicidad, directa o indirectamente, en modo alguno, ya fuera a través de sí, sus empleados, dependientes, agentes, mandatarios, gestores, subcontratistas, asesores independientes u otro tercero ligado a ella (incluyendo, pero no limitado a, empresas controladas por ella), a terceras partes la Información Confidencial brindada por la Parte Reveladora. El presente Acuerdo también incluye y protege toda Información Confidencial que fuere revelada a la Parte Receptora por cualquier empresa vinculada a la Parte Reveladora, ya sea en la República Argentina como en el exterior, quedando la Parte Receptora obligada respecto a esta información en todos los términos expuestos precedentemente.

ARTÍCULO TERCERO: RESPONSABILIDADES. La Parte Receptora comprende que la divulgación de la Información Confidencial que la Parte Reveladora pusiere en su conocimiento acarreará a esta última serios perjuicios, y, a consecuencia de ello, la Parte Receptora será responsable de cualquier pérdida, robo, hurto u otra circunstancia por la que ocurra la revelación de la Información Confidencial brindada por la Parte Reveladora, como así también por cualquier revelación no autorizada expresamente, realizada por cualquier persona bajo su control o servicio, incluyendo, pero no limitando a, empleados de la Parte Receptora. Del mismo modo, la Parte Receptora será responsable de las consecuencias que derivaren de tal circunstancia, incluyendo, pero no limitado a, daños, perjuicios, costos, gastos adicionales, o cualesquiera otros daños directos por la Parte Reveladora.

ARTÍCULO CUARTO: DESTINO DE LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL. La Parte Receptora no usará la información recibida para ningún otro propósito que no sea el establecido en este Acuerdo con relación a la contratación.

ARTÍCULO QUINTO: TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL. Como

consecuencia de lo establecido en las cláusulas precedentes, la Parte Receptora acuerda en usar todos los esfuerzos razonables y ejercitar activamente el mismo cuidado que pone para proteger su propia Información Confidencial, a fin de asegurar que sus funcionarios, empleados y toda otra persona vinculada a ella que tenga acceso a la Información Confidencial comunicada por la Parte Reveladora, la usarán sólo con relación al propósito establecido para el contrato identificado en el presente Acuerdo y dentro de los términos del mismo.

El adjudicatario será responsable de garantizar el cumplimiento efectivo de los lineamientos generales y mínimos relacionados con la seguridad de la información de la Institución, todo acorde a lo prescripto en el Punto 11 del Anexo 1 de la Decisión Administrativa N° 641/2021 de la Jefatura de Gabinete de Ministros.

ARTÍCULO SEXTO: EXCEPCIONES. La Parte Receptora sólo podrá revelar en todo o en parte la Información Confidencial recibida de la Parte Reveladora a sus contratistas, subcontratistas, agentes, gestores o consultores independientes que tengan necesidad de conocerla para analizar el contrato. En todo caso, la Parte Receptora será responsable del cumplimiento de este Acuerdo por sus contratistas, subcontratistas, agentes, gestores o consultores independientes.

ARTÍCULO SÉPTIMO: EXCLUSIONES. A los fines de este Acuerdo, no se reputará Información Confidencial la siguiente:

- 1) Información que se encontrare en posesión de la Parte Receptora al momento de su revelación, por título legítimo, ya sea que la misma no hubiere sido adquirida de o a través de la Parte Reveladora o de un tercero que no estaba sujeto a una obligación de confidencialidad con la Parte Reveladora al momento de la revelación o hubiere sido desarrollada independientemente, con carácter previo, por la Parte Receptora;
- 2) Información que pertenecía al dominio público al tiempo de la revelación a la Parte Receptora, o deviniere parte del dominio público luego de tal revelación, sin violación de este Acuerdo y/o a través de ninguna falta, acción u omisión por parte de la Parte Receptora;
- 3) Información revelada por la Parte Receptora en cumplimiento de requerimientos legales de las autoridades o por una orden judicial emanada de corte, tribunal arbitral debidamente constituido u organismo público competente. En este caso, la Parte que se viere compulsada a efectuar la revelación se obliga a solicitar todas las medidas procesales razonablemente a su alcance para minimizar el impacto de la divulgación de la Información Confidencial.

ARTÍCULO OCTAVO: DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL. Las Partes convienen que toda Información Confidencial comunicada por la Parte Reveladora, incluyendo datos, modelos, programas de computación, códigos, dibujos, diseños, reportes, especificaciones y cualesquiera otra documentación escrita, trabajos derivativos, modificaciones adiciones o mejoras, instrumentos o soportes que contengan la Información

Confidencial proporcionada a la Parte Receptora, junto con todas sus copias, serán y permanecerán de sola y exclusiva propiedad de la Parte Reveladora. Tales materiales serán inmediatamente restituidos, juntamente con toda copia, por la Parte Receptora a sólo requerimiento de la Parte Reveladora.

ARTÍCULO NOVENO: PLAZO DE VIGENCIA. RETROACTIVIDAD. SUPERVIVENCIA.

Este Acuerdo tendrá vigencia a partir de la fecha de su suscripción por las Partes. Las obligaciones derivadas de este Acuerdo permanecerán vigentes por un período de DIEZ años a contar desde la fecha de su suscripción.

ARTÍCULO DÉCIMO: INTEGRALIDAD. RENUNCIA. Cualquier renuncia a cualquier parte de este Acuerdo no constituirá ni será interpretada como renuncia a cualquier otra parte o a la totalidad del mismo, como así tampoco la renuncia al ejercicio de derechos que pudieren corresponder respecto de cualquier violación de este Acuerdo o parte de él será entendida como renuncia al ejercicio de derechos respecto de otras violaciones. El presente Acuerdo constituye junto al Pliego de Bases y condiciones particulares y de especificaciones técnicas de la contratación la totalidad de lo acordado y entendido por las Partes respecto de la revelación, uso y disposición de la Información Confidencial. Toda discusión previa, negociaciones y entendimientos están incluidos en él y sustituidas por él. Ninguna corrección de este Acuerdo será válida o tendrá fuerza o efecto legal alguno a menos que fuere expresada por escrito y debidamente firmada por un representante autorizado de las Partes.

ARTÍCULO UNDÉCIMO: LEY APLICABLE Y JURISDICCIÓN COMPETENTE. Este Acuerdo será regido e interpretado de acuerdo a las leyes de la República Argentina. Cualquier reclamo en relación al presente Acuerdo, deberá ser sometido, a la competencia de los TRIBUNALES EN LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO FEDERAL con asiento en la CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, renunciando expresamente a todo otro fuero o jurisdicción de excepción que pudiera corresponderles.

En prueba de conformidad, firman las Partes dos ejemplares de un mismo tenor y a idéntico efecto, en la Ciudad de Buenos Aires, a los _____ días del mes de _____ de 20_____

ANEXO VII.-
DECLARACIÓN JURADA DE INTERESES –
DECRETO N° 202/2017

Tipo de declarante: Persona jurídica

Razón Social	
CUIT/NIT	

Vínculos a declarar

¿Existen vinculaciones con los funcionarios enunciados en los artículos 1 y 2 del Decreto N° 202/17?

(Marque con una X donde corresponda)

SI		NO	
En caso de existir vinculaciones con más de un funcionario, o por más de un socio o accionista, se deberá repetir la información que a continuación se solicita por cada una de las vinculaciones a declarar.		La opción elegida en cuanto a la no Declaración de vinculaciones implica la declaración expresa de la inexistencia de los mismos, en los términos del Decreto n 202/17.	

VINCULO

Persona con el vínculo

(Marque con una X donde corresponda y brinde la información adicional requerida para el tipo de vínculo elegido)

Persona jurídica (si el vínculo a declarar es directo de la persona jurídica declarante)		No se exige información adicional
Representante legal		Detalle nombres apellidos y CUIT
Sociedad controlante		Detalle Razón Social y CUIT
Sociedades controladas		Detalle Razón Social y CUIT
Sociedades con interés directo en los resultados económicos o financieros de la declarante		Detalle Razón Social y CUIT
Director		Detalle nombres apellidos y CUIT

Socio o accionista con participación en la formación de la voluntad social		Detalle nombres apellidos y CUIT
Accionista o socio con más del 5% del capital social de las sociedades sujetas a oferta pública		Detalle nombres apellidos y CUIT

Información adicional

¿Con cuál de los siguientes funcionarios?

(Marque con una X donde corresponda)

Presidente	
Vicepresidente	
Jefe de Gabinete de Ministros	
Ministro	
Autoridad con rango de ministro en el Poder Ejecutivo Nacional	
Autoridad con rango inferior a Ministro con capacidad para decidir	

(En caso de haber marcado Ministro, Autoridad con rango de ministro en el Poder Ejecutivo Nacional o Autoridad con rango inferior a Ministro con capacidad para decidir complete los siguientes campos)

Nombres	
Apellidos	
CUIT	
Cargo	
Jurisdicción	

Tipo de vínculo

(Marque con una X donde corresponda y brinde la información adicional requerida para el tipo de vínculo elegido)

Sociedad o comunidad		Detalle Razón Social y CUIT.
Parentesco por consanguinidad dentro del cuarto grado y segundo de afinidad		Detalle qué parentesco existe concretamente.
Pleito pendiente		Proporcione carátula, n° de expediente, fuero, jurisdicción, juzgado y secretaría intervinientes.
Ser deudor		Indicar motivo de deuda y monto.
Ser acreedor		Indicar motivo de acreencia y monto.
Haber recibido beneficios de importancia de parte del funcionario		Indicar tipo de beneficio y monto estimado.

Información adicional

La no declaración de vinculaciones implica la declaración expresa de la inexistencia de los mismos, en los términos del Decreto N° 202/17.

Firma y aclaración del declarante

Carácter en el que firma

Fecha



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
Año de la Grandeza Argentina

Hoja Adicional de Firmas
Pliego

Número:

Referencia: PBCP - Prestador de Salud - OSFFESEG

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 33 pagina/s.