

H. SENADO DE LA NACIÓN

SUBDIRECCIÓN DE COMPRAS

H. Yrigoyen 1708 - piso 2º - Of. 228

Tel. 4010-3250/2 Fax. 4010-3253

www.senado.gov.ar

49

PLIEGO DE BASES Y CONDICIONES

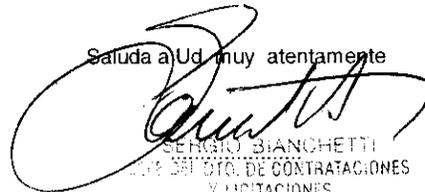
EXPEDIENTE HSN:0002625/08		APERTURA DE LAS OFERTAS	
ACTUACIÓN: LICITACION PRIVADA Nº 38/2009 MODALIDAD: SIN MODALIDAD		FECHA 09/11/09	HORA 13:00
IMPRESINDIBLE PRESENTAR JUNTO CON LA OFERTA: - COMPLEMENTO DECLARACIÓN JURADA ADJUNTA. - CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN EN LA A.F.I.P.		ANUNCIO DE LA JUNTA EVALUACIÓN Y PLAZOS DE IMPUGNACIÓN: PUBLICADO EN CARTELETA SUBDIRECCIÓN DE COMPRAS Y EN INTERNET WWW.SENADO.GOV.AR C. Directa: 1 día anuncio y 3 días impugnación L. Privada: 2 días anuncio y 3 días impugnación. L. Pública: 3 días anuncio y 3 días impugnación.	
<i>En caso de poseer "NÚMERO DE ALTA BENEFICIARIO", (SISTEMA DE CUENTA ÚNICA DE TESORO), implementado por el Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos, se deberá adjuntar a la oferta comprobante del mismo. Para el caso de no poseerlo y resultar adjudicatario, se deberá proceder a su tramitación para la presentación de la factura.-</i>			
VALIDEZ DE LA OFERTA: Ver Anexo I Art. 7			
PERIODO DE CONTRATACION: La vigencia del contrato será por doce (12) meses a partir de la emisión de la Póliza correspondiente			
CONDICIONES DE PAGO : Ver Anexo I Art. 18			

"IMPORTANTE"

PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS:

LAS OFERTAS DEBERÁN SER EN FORMULARIOS DE LA FIRMA IDENTIFICADO CON UNA "X" SEGÚN ART. 9º DE LA R.G. 3803/94, CON LA LEYENDA "DOCUMENTO NO VALIDO COMO FACTURA", REDACTADOS POR EL OFERENTE O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO, POR DUPLICADO, FIRMADAS EN TODAS SUS HOJAS Y PRESENTADAS EN SOBRE COMÚN, INDICANDO LA ACTUACIÓN CORRESPONDIENTE, FECHA Y HORA DE APERTURA.

Saluda a Ud. muy atentamente



SERGIO BIANCHETTI
JEFE SECTOR DE CONTRATACIONES
Y LICITACIONES
SUBDIRECCIÓN DE COMPRAS

SEÑOR PROVEEDOR: *Sírvase cotizar precio por el suministro que se indica a continuación, de acuerdo con las especificaciones que se detallan, conforme lo establecido por el Decreto 1023/01 y procedimientos aprobados por el Decreto 632/2002 de este H. Senado de la Nación, publicado en Boletín Oficial N° 29.927.-*

Renglón	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN
1		Contratación de una póliza de seguro con cobertura de responsabilidad profesional (mala praxis, base ocurrencia) por los daños ocasionados de las prácticas médicas realizadas en el Servicio Médico por los profesionales habilitados para tal fin, en este H. Senado de la Nación. Profesionales: 5 (cinco) médicos clínicos (*) Ver Cláusulas Particulares pto. 2 Suma asegurada: \$ 400.000 (PESOS CUATROCIENTOS MIL) por cada profesional Total agregado anual \$ 1.200.000 (PESOS UN MILLON DOSCIENTOS MIL) Se adjunta formulario de Declaración Jurada con información complementaria, la que forma parte del presente Pliego de Bases y Condiciones.
CLÁUSULAS GENERALES: 1 En caso que la oferta supere el valor de \$ 50.000 (PESOS CINCUENTA MIL) deberá poseer el CERTIFICADO FISCAL PARA CONTRATAR. (Formulario N° 135/98 extendido por la AFIP) 2 Para el caso que la garantía de oferta supere los \$ 5.000 (PESOS CINCO MIL) el oferente no podrá presentar pagaré. En cuyo caso deberá optar por alguna de las formas, o sus combinaciones, que se establecen en el Art. 34 del DP-632/02 (Reglamento de Procedimientos para la Contratación de Bienes, Obras y Servicios del H. Senado de la Nación) CLÁUSULAS PARTICULARES: 1 La contratación del seguro a favor de este H. Senado, tendrá por objeto la cobertura por eventuales contingencias -específicamente "mala praxis"- de los médicos que se desempeñen en el Consultorio Médico del H. Senado, en ejercicio o en ocasión de las funciones médicas que allí realicen, como así también las que efectúen en las dependencias de este Organismo a las que los aludidos profesionales deban trasladarse. 2 Se deberán considerar tres profesionales, quedando pendientes dos que se encuentran con licencia largo tratamiento, los cuales tendrán vigencia a partir del alta médica correspondiente. A tal efecto, en la cotización, se deberá discriminar el valor de la cobertura por cada profesional 3 Al momento de la entrega de la Orden de Compra se adjuntará nómina de los profesionales para la cobertura solicitada. 4 Para cualquier consulta técnica los oferentes se deberán dirigir a la COMISION DE SERVICIOS ESCENCIALES - H. Yrigoyen 1849 Piso 1º - Tel. 4010-3000 (Dr. Farjíd).		
VENTA DEL PLIEGO: 21/10/09 hasta 02/11/09 CONSULTAS: hasta: 03/11/09 RESPUESTAS: 05/11/09 APERTURA DE LAS OFERTAS: 09/11/09 SUBDIRECCION DE COMPRAS - H. Yrigoyen 1708, PISO 2do. "228" - CABA VALOR DEL PLIEGO: (\$ 60,00) PESOS SESENTA.-		

ANEXO I

PLIEGO DE BASES Y CONDICIONES PARA LA CONTRATACIÓN DE SUMINISTROS Y SERVICIOS



ARTÍCULO 1º: OBJETO.

El presente pliego tiene por objeto definir las bases del llamado a la Licitación Privada N° 38/2009, para la contratación de una póliza de seguro con cobertura de responsabilidad profesional (mala praxis, base ocurrencia) por los daños ocasionados de las prácticas médicas realizadas en el Servicio Médico de este H. Senado de la Nación.

ARTÍCULO 2º: ADQUISICIÓN DEL PLIEGO.

El pliego correspondiente al presente llamado podrá adquirirse, desde el día 21 de Octubre de 2009 y hasta el día 31 de Noviembre de 2009, en la Dirección de Tesorería del H. Senado de la Nación, sita en Hipólito Yrigoyen N° 1.708, piso 2º, Oficina 219, en el horario de 11 a 17 hs., teniendo el mismo un costo de PESOS SESENTA (\$ 60,00).-

ARTÍCULO 3º: ACLARACIONES Y EVACUACION DE CONSULTAS:

Las consultas deberán formularse por escrito, en papel membretado perteneciente a la empresa o consorcio de empresas que haya adquirido el presente pliego, hasta..... días hábiles anteriores a la fecha fijada para el acto de apertura correspondiente.

Si con motivo de las consultas en cuestión fuera necesario complementar, especificar y/o detallar con mayor precisión las prescripciones del Pliego, el Organismo emitirá Notas Aclaratorias que serán consideradas como partes integrantes del mismo y dará cuenta de ellas, en forma fehaciente, a todos los proponentes.

ARTICULO 4º .- VISITA A INSTALACIONES: Los proponentes deberán realizar la visita a las instalaciones conjuntamente con personal del área.....del H. Senado de la Nación, el día..... dede....., a las.....hs., quien extenderá el certificado correspondiente.

5º: NORMATIVA APLICABLE.

Será aplicable al presente llamado y a la contratación que se celebre, la siguiente normativa, en el orden de prelación que se consigna:

1. Decreto N° 1.023/01 y su reglamentación para el H. Senado de la Nación por DP -632/02.
2. Pliego único de bases y condiciones generales para el H. Senado de la Nación y/o las especificaciones técnicas particulares, en caso de corresponder.
3. El contrato que se suscriba.

ARTÍCULO 6º: FORMA DE PRESENTACIÓN Y CONTENIDO DE LAS OFERTAS.

Las ofertas deberán presentarse en la Subdirección de Compras hasta el día y hora fijados por la misma para la apertura del presente llamado a LICITACION PRIVADA N° 38/2009.

La oferta por los trabajos, suministros o servicios será expresada en **pesos**; se presentará en formulario de la firma cotizante, en el cual se indique el monto total del servicio o suministro solicitado, como así también el valor unitario de cada uno de los ítems -y/o subítems en su caso- requeridos, incluyendo la forma y el plazo de pago previstos en el presente Pliego de Bases y Condiciones; estará foliada en todas y cada una de sus hojas y rubricada por el titular de la firma o persona autorizada para tal fin, reservándose el Organismo el derecho a exigir comprobante de acreditación cuando lo considere pertinente.

La oferta se presentará dentro de un sobre cerrado, al que se denominará **sobre único**, el cual llevará en su parte exterior solamente la indicación del número y procedimiento de selección y la fecha y hora de apertura, de modo tal que ninguna de las ofertas pueda individualizarse antes del inicio del acto de apertura correspondiente. Dicho sobre contendrá la siguiente documentación:

1. Recibo de compra del pliego;
2. Recibo de garantía de oferta o Póliza de Seguro de Caucción por igual concepto;
3. Certificado de visita a las instalaciones extendido por el responsable designado por la Institución;
4. Pliego de bases y condiciones, firmado en todas sus hojas;
5. Antecedentes societarios, si correspondiere: **a)** Fotocopia del estatuto o contrato social inscripto en el Registro respectivo; **b)** Fotocopia de las Actas en las cuales conste la designación de los miembros de los órganos directivos y de fiscalización de la empresa de acuerdo al art. 60 de la Ley 19.550; **c)** Balances Generales y Estados de Resultado, de los dos últimos ejercicios económicos vencidos a la fecha de presentación de las ofertas, certificados por Contador Publico Nacional y legalizados por el Consejo Profesional de Ciencias Económicas;
6. Oferta económica por el trabajo, suministro o servicio solicitado, con indicación del precio total ofertado en pesos y discriminación del valor unitario de cada uno de los artículos o ítems requeridos en los renglones pertinentes.

ARTÍCULO 7º: PLAZO DE MANTENIMIENTO DE LAS OFERTAS.

El plazo de mantenimiento de las ofertas será de 30 (treinta) días hábiles a partir de la fecha del acto de apertura. Dicho plazo se considerará prorrogado automáticamente, por períodos iguales, sin necesidad de requerimiento por parte del Organismo, salvo que el oferente manifieste en forma fehaciente su voluntad de no renovar su oferta, por lo menos con diez (10) días de anticipación al vencimiento del plazo. El desistimiento del oferente fuera de esta alternativa lo hará pasible de la pérdida de la garantía de oferta.

ARTÍCULO 8º: GARANTÍAS.

La garantía de la oferta tiene carácter de obligatoria para el presente llamado y será del **cinco por ciento (5%)** del valor de la oferta. Si hubiere presupuesto Oficial la garantía de oferta se calculará sobre este último.

51

ARTÍCULO 9º: CAUSALES DE INADMISIBILIDAD Y DE DESCALIFICACIÓN AUTOMÁTICA.

Serán causales de **inadmisibilidad** de las ofertas, que implicarán la no aceptación de su presentación, las siguientes: **a)** Extemporaneidad por vencimiento del horario establecido para el día de la apertura; **b)** Pretensión de entrega en lugar distinto al consignado en el pliego de bases y condiciones; **c)** Que la leyenda consignada en el exterior del sobre no se ajuste a lo establecido en el pliego de bases y condiciones; **d)** Cualquier cotización que se aparte de las prescripciones contenidas en el artículo 6º del presente, o alteración de la forma de pago.

Serán causales de **descalificación automática** las previstas en el artículo 56 del Anexo I del D.P.-632/02, sin perjuicio de otras que pudiere merituar en su oportunidad la Junta de Evaluación.

ARTÍCULO 10º: EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS.

La Junta de Evaluación efectuará el estudio de las mismas, labrará un Acta en la cual emitirá el dictamen, recomendando la adjudicación de aquella que a su juicio resulte mas conveniente a los intereses del Organismo.

ARTÍCULO 11º: IMPUGNACIONES.

El Acta con el dictamen de la Junta de Evaluación se expondrá en la hoja que posee el H. Senado de la Nación en Internet (www.senado.gov.ar) y en la cartelera de la Subdirección de Compras por el término de dos (2) días hábiles, pudiendo los oferentes presentar las impugnaciones que crean oportunas hasta 3 (tres) días hábiles posteriores al vencimiento del plazo de los anuncios. Transcurrido dicho plazo no se admitirá impugnación alguna y se seguirá con el trámite de forma para la contratación.

De existir impugnaciones presentadas en tiempo y forma oportuna, las mismas se trasladarán a las dependencias competentes para su dictamen. En este caso, el plazo de mantenimiento de las ofertas quedará automáticamente suspendido, hasta la resolución de aquellas. El monto de la garantía de impugnación será el establecido en el art. 33, inc. d) del Anexo I del D.P.-632/02.

ARTÍCULO 12º: DOMICILIO LEGAL.

El oferente deberá constituir domicilio legal en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTÍCULO 13º: FIRMA Y AFIANZAMIENTO DEL CONTRATO.

Luego de la adjudicación y dentro de losdías hábiles de la misma, se procederá a la firma del contrato respectivo entre las partes. El adjudicatario deberá concretar la constitución de la garantía del contrato, en las mismas condiciones que la garantía de la oferta, dentro de los ocho días de firmado el contrato o recibida la orden de compra. La misma será del quince por ciento (15%) del monto total del contrato.

La falta de presentación del adjudicatario, sin causa justificada, pasados cinco (5) días de la comunicación por parte del Organismo para la firma del Contrato o retiro de la Orden de Compra, producirá la caducidad de la adjudicación y la ejecución de la garantía de la oferta.

ARTÍCULO 14º: CUIT. IMPUESTOS.

Los precios cotizados incluirán el Impuesto al Valor Agregado sin discriminar, considerando al H. Senado de la Nación como consumidor final.

ARTÍCULO 15º: MULTAS.

Será de aplicación lo dispuesto por el art. 80 del Anexo I del D.P.-632/02.

ARTÍCULO 16º: RESPONSABILIDAD.

La adjudicataria será la única y exclusiva responsable y se obligará a reparar la totalidad de los daños y perjuicios de cualquier naturaleza que se produzcan con motivo o en ocasión del servicio, trabajo o suministro que se realice, ya sea por su culpa, dolo o negligencia, delitos y/o cuasidelitos, actos y/o hechos del personal bajo su dependencia, o por las cosas de su propiedad y/o que se encuentren bajo su guarda o custodia.

ARTÍCULO 17º: SEGURO: Es obligación de la adjudicataria tener cubierto a todo el personal que utilice para la realización del servicio, trabajo o suministro objeto del presente pliego, según corresponda con una Aseguradora de Riesgo de Trabajo, debiendo presentar la nómina completa del personal que será afectado al mismo con certificado de la respectiva A.R.T..

ARTÍCULO 18º: FORMA DE FACTURACIÓN Y CONDICIONES DE PAGO: La facturación se presentará en forma total por servicio, trabajo o suministro cumplido. El pago de la factura se realizará dentro de los 30 (treinta) días hábiles de labrada el acta de recepción definitiva, previa conformidad de los trabajos efectuados en ese período. Dicha conformidad será prestada por.....

NOTA ACLARATORIA: Para el presente llamado a licitación no se deberán tener en cuenta el ART. 4º, el punto 3 del ART. 6º, el ART. 13º 1er. Párrafo; y el ART. 18º quedará redactado de la siguiente manera: "CONDICION DE PAGO: Total, dentro de los treinta (30) días hábiles de presentada la facturación y de confeccionada el Acta de recepción Definitiva con la entrega de una póliza de Seguro de Caucción con certificación Notarial y Legalizada a favor del H. Senado de la Nación, por el monto total de la Orden de Compra, emitida por otra entidad distinta a la adjudicataria, en concepto de contragarantía y la constitución de la correspondiente garantía de adjudicación."


SERGIO BIANCHINI
JEFE DEL D.T.O. DE CONTRATACIONES
Y LICITACIONES
SUBDIRECCION DE COMPRAS

1. Nombres: HORTENSIA MARTA Apellidos: BARRIO
 2. Domicilio: CERVINO (PART) Calle: CERVINO N° 4624 Piso/Dpto.: 11° B Localidad: CABA 5270
 C.P.: 1425 Provincia: _____ Teléfono: _____
 Domicilio Profesional/Consultorio:
 Calle: HIPOCLITO YRIGUYEN N° 1849 Piso/Dpto.: 1° 800 Localidad: CABA
 C.P.: _____ Provincia: _____ Teléfono: 40105497
 3. Fecha de Nacimiento 23/02/44 Edad 65 Sexo F Estado Civil DIV Tipo y N° de Documento DNI 4944337

Datos Profesionales

4. ¿En qué Universidad se graduó como médico? UNIV NACIONAL Bs. As. Año de graduación: 1970
 5. Autoridad ante la cual se halla registrado profesionalmente: MINISTERIO DE SALUD - SUPINT. SERV. DE SALUD
 N° de matrícula: 35357 Fecha de matriculación: 24/107/1969 y REMATRICUL. NOV 2002
 Tipo de matriculación (si corresponde): MEDICO
 6. ¿Es miembro activo de alguna asociación médica? SI NO ¿Cuáles?: ASOC ARG de MEDIC LEGAL y LABORAL
 7. Describa cuáles son sus especialidades y el porcentaje de trabajo realizado en cada área: 1) GINECOLOGIA y OBSTETRICIA (10%) 2) MEDICINA LEGAL (50%) 3) MEDICINA LABORAL (SUS SUBESPECIALIDADES y AUDITORIA MEDICA) 4) Gestión y Administración en Calidad y At. Médica
 Si su práctica es part-time, ¿cuántas horas por semana se desempeña como médico?: EN EL SENADO de la NACION 7 HS DIARIAS (35 HS SEMANALES)
 8. Describa su forma de Trabajo Actual: Relación de Dependencia Consultorio Privado Otros Especificar: CONSULTORIO MEDICINA EMERGENCIAS-GUARDIA y MEDIC LABORAL
 ¿Trabaja Ud. asociado a otro/s Médicos?: ASOCIADO NO, es un equipo MEDICO-
 ¿Cuántas personas trabajan para Ud. en relación de dependencia?: 0
 ¿Cuántos empleados son técnicos?: 0 Enfermeros/as: 0
 Otros (especifique): 0
 9. ¿Posee Ud. total o parcialmente, dirige o administra algún hospital, asilo o alguna otra institución donde se presten servicios médicos? SI NO
 En caso afirmativo, detalle claramente: _____
 10. ¿Es Ud. empleado de alguna institución de salud? SI NO Cual?: Senado de la Nación
 11. ¿Cuáles son sus ingresos brutos anuales?: \$ 54.000
 12. ¿Ha tenido algún tipo de seguro de responsabilidad médica? SI NO Continúa vigente? SI NO
 Nombre del Asegurador: LA PATRONAL
 Período por el que estuvo asegurado: 1990 al en vigencia
 Cuál fue/es el límite de responsabilidad otorgado? (suma asegurada): \$ 300.000
 13. ¿Le ha sido rechazado o cancelada igual o similar cobertura por algún asegurador? SI NO
 ¿De cuál asegurador?: _____
 ¿Por qué fue rechazada/cancelada la cobertura?: _____

Medico Legal Laboral vale
 ¿Existen reclamos y demandas pendientes? SI NO
 Nombre del demandante: _____
 Motivo de la demanda: _____
 Monto reclamado: _____
 Otras aclaraciones: _____

Alma
 DRA. H. MARTA BARRIO
 MEDICA M.N. 35357
 ESPEC. EN MEDIC. DEL TRABAJO
 M.N. 3673
 ESPEC. EN MEDIC. LEGAL
 MEDICA AUDITORA

[Signature]
 SECRETARÍA DE SALUD
 DIRECCIÓN DE CONTRATACIONES
 LICITACIONES
 SECCIÓN DE COMPROBES

14. ¿Ha tenido reclamos o ha sido demandado por mala práctica o responsabilidad profesional, negligencias, error u omisión de algún tipo? SI NO
 Cuando?: _____
 Por qué?: _____
 Carátula del juicio: _____
 Letrado patrocinante: _____
 Resultado: _____
 15. ¿Conoce Ud. alguna circunstancia que pudiese derivar en reclamo o demanda en su contra? SI NO
 Describalo detalladamente: _____
 16. ¿Administra algún tipo de anestesia? SI NO
 En caso afirmativo, indique que clase (ej.: general, local, intravenosa, otras): _____
 17. ¿Efectúa algún procedimiento considerado quirúrgico? SI NO
 En caso afirmativo, indique el tipo de procedimiento que realiza: _____

Alma
 DRA. H. MARTA BARRIO
 MEDICA M.N. 35357
 ESPEC. EN MEDIC. DEL TRABAJO
 M.N. 3673

1. Nombres: GUSTAVO ALBERTO Apellidos: APREDA
 2. Domicilio: Calle: Granadilla N° 844 Piso/Dpto.: 1 Localidad: Capital 5372
 C.P.: 1416 Provincia: Bs AS Teléfono: _____
 Domicilio Profesional/Consultorio:
 Calle: Hipólito Irigoyen N° 1819 Piso/Dpto.: 1° Localidad: Capital
 C.P.: _____ Provincia: Bs AS Teléfono: 4610-5997
 3. Fecha de Nacimiento 30/4/68 Edad 41 Sexo M Estado Civil CSM Tipo y N° de Documento DNI 20270108

Datos Profesionales

4. ¿En qué Universidad se graduó como médico?: UBA Año de graduación: 92
 5. Autoridad ante la cual se halla registrado profesionalmente: Ministerio Salud
 N° de matrícula: 86849 Fecha de matriculación: _____
 Tipo de matriculación (si corresponde): matriculo nacional
 6. ¿Es miembro activo de alguna asociación médica?: SI NO ¿Cuáles?: Medicos Municipales
 7. Describa cuáles son sus especialidades y el porcentaje de trabajo realizado en cada área: Psiquiatria y Medicina Familiar

Si su práctica es part-time, ¿cuántas horas por semana se desempeña como médico?: En el turno de la Noche 3.5 hs. semanales (7 hrs. semanales)

8. Describa su forma de Trabajo Actual: Relación de Dependencia Consultorio Privado Otros Especificar: _____
 ¿Trabaja Ud. asociado a otro/s Médicos?: No
 ¿Cuántas personas trabajan para Ud. en relación de dependencia?: -
 ¿Cuántos empleados son técnicos?: - Enfermeros/as: -
 Otros (especifique): _____

9. ¿Posee Ud. total o parcialmente, dirige o administra algún hospital, asilo o alguna otra institución donde se presten servicios médicos?: SI NO
 En caso afirmativo, detalle claramente: _____

10. ¿Es Ud. empleado de alguna institución de salud?: SI NO Cuál?: Senap Nación

11. ¿Cuáles son sus ingresos brutos anuales?: \$ 54.000

12. ¿Ha tenido algún tipo de seguro de responsabilidad médica?: SI NO Continúa vigente?: SI NO
 Nombre del Asegurador: Seguro Medica Municipales
 Periodo por el que estuvo asegurado: al VICENTE ALFONSO
 Cuál fue/es el limite de responsabilidad otorgado? (suma asegurada): _____

13. ¿Le ha sido rechazado o cancelada igual o similar cobertura por algún asegurador?: SI NO
 ¿De cuál asegurador?: _____
 ¿Por qué fue rechazada/cancelada la cobertura?: _____

¿Existen reclamos y demandas pendientes?: SI NO

Nombre del demandante: _____
 Motivo de la demanda: _____
 Monto reclamado: _____
 Otras aclaraciones: _____

DR. GUSTAVO ALBERTO APREDA
 N.º 86849
 MEDICINA FAMILIAR

[Handwritten signature]

14. ¿Ha tenido reclamos o ha sido demandado por mala práctica o responsabilidad profesional, negligencias, error u omisión de algún tipo?: SI NO

Cuándo?: _____
 Por qué?: _____
 Carátula del juicio: _____
 Letrado patrocinante: _____
 Resultado: _____

15. ¿Conoce Ud. alguna circunstancia que pudiese derivar en reclamo o demanda en su contra?: SI NO
 Describalo detalladamente: _____

16. ¿Administra algún tipo de anestesia? SI NO
 En caso afirmativo, indique que clase (ej.: general, local, intravenosa, otras): _____

DR. GUSTAVO ALBERTO APREDA
 N.º 86849
 MEDICINA FAMILIAR

17. ¿Efectúa algún procedimiento considerado quirúrgico? SI NO
 En caso afirmativo, indique el tipo de procedimiento que realiza: _____

1. Nombres: LUIS MOISES Apellidos: FARSI
 2. Domicilio: Servicio al Paciente Calle: 4514 N°: _____ Piso/Dpto.: _____ Localidad: Cah. 54
 C.P.: 1930 Provincia: _____ Teléfono: 4592-5628
 Domicilio Profesional/Consultorio:
 Calle: M. Luján 1890 N°: 86 B. Itca Piso/Dpto.: _____ Localidad: Cah
 C.P.: _____ Provincia: Cah. Fed Teléfono: 4010-5997
 3. Fecha de Nacimiento: 4/9/69 Edad: 44 Sexo: M Estado Civil: Casado Tipo y N° de Documento: 16873-202

Datos Profesionales

4. ¿En qué Universidad se graduó como médico?: UBA Año de graduación: 1993
 5. Autoridad ante la cual se halla registrado profesionalmente: MINISTERIO DE SALUD
 N° de matrícula: 31924 Fecha de matriculación: _____
 Tipo de matriculación (si corresponde): NACIONAL
 6. ¿Es miembro activo de alguna asociación médica?: SI NO ¿Cuáles?: ASOCIACION MEDICA ARGENTINA
 7. Describa cuáles son sus especialidades y el porcentaje de trabajo realizado en cada área: SOC. ARG. DE EMERGENCIAS
Y METABOLISMO

Si su práctica es part-time, ¿cuántas horas por semana se desempeña como médico?: FULL TIME EN EL SERVICIO

8. Describa su forma de Trabajo Actual: Relación de Dependencia Consultorio Privado Otros Especificar: SERVICIO MEDICO
M. SERVICO - CONSULTAS Y EMERGENCIAS
 ¿Trabaja Ud. asociado a otro/s Médicos?: ASOCIADO NO, ES UN EQUIPO MEDICO
 ¿Cuántas personas trabajan para Ud. en relación de dependencia?: _____
 ¿Cuántos empleados son técnicos?: _____ Enfermeros/as: _____
 Otros (especifique): _____

9. ¿Posee Ud. total o parcialmente, dirige o administra algún hospital, asilo o alguna otra institución donde se presten servicios médicos? SI NO
 En caso afirmativo, detalle claramente: _____

10. ¿Es Ud. empleado de alguna institución de salud? SI NO ¿Cuál?: SERVICIO MEDICO M. SERVICO
DE EMERGENCIAS

11. ¿Cuáles son sus ingresos brutos anuales?: 72.000 \$

12. ¿Ha tenido algún tipo de seguro de responsabilidad médica? SI NO Continúa vigente?: SI NO
 Nombre del Asegurador: LA NACIONAL

Período por el que estuvo asegurado: _____ al _____
 ¿Cuál fue/es el límite de responsabilidad otorgado? (suma asegurada): 200.000 \$

13. ¿Le ha sido rechazado o cancelada igual o similar cobertura por algún asegurador? SI NO

¿De cuál asegurador?: _____
 ¿Por qué fue rechazada/cancelada la cobertura?: _____

¿Existen reclamos y demandas pendientes? SI NO
 Nombre del demandante: _____
 Motivo de la demanda: _____
 Monto reclamado: _____
 Otras aclaraciones: _____

Prof. Dr. LUIS FARSI
 SERVICIO MEDICO
 DE EMERGENCIAS
 Y METABOLISMO

14. ¿Ha tenido reclamos o ha sido demandado por mala práctica o responsabilidad profesional, negligencias, error u omisión de algún tipo? SI NO

Cuándo?: _____
 Por qué?: _____
 Carátula del juicio: _____
 Letrado patrocinante: _____
 Resultado: _____

15. ¿Conoce Ud. alguna circunstancia que pudiese derivar en reclamo o demanda en su contra? SI NO
 Describa detalladamente: _____

16. ¿Administra algún tipo de anestesia? SI NO
 En caso afirmativo, indique que clase (ej.: general, local, intravenosa, otras): _____

17. ¿Efectúa algún procedimiento considerado quirúrgico? SI NO
 En caso afirmativo, indique el tipo de procedimiento que realiza: _____

Prof. Dr. LUIS FARSI
 SERVICIO MEDICO
 DE EMERGENCIAS
 Y METABOLISMO