

SECRETARÍA COMUNAL DE PLANIFICACIÓN

Memorando N° 3561.-
Antecedente : Decreto EX. 72 de fecha 22 de enero de 2016.
Materia: Proposición de adjudicación Gran Compra N°26196 denominada **"SEGURO DE VIDA, COMPLEMENTARIO DE SALUD Y CATASTRÓFICO PARA LOS FUNCIONARIOS AFILIADOS AL SERVICIO DE BIENESTAR DE LA MUNICIPALIDAD DE PROVIDENCIA Y SUS CARGAS"**.

PROVIDENCIA, 15 de febrero de 2016.

DE : KATIA HUNT CORTÉS
SECRETARIO COMUNAL DE PLANIFICACIÓN (S)
A : ALCALDESA (S)

Mediante el presente adjunto remito a Ud. resultado de la evaluación realizada para la Gran Compra N°26196 denominada **"SEGURO DE VIDA, COMPLEMENTARIO DE SALUD Y CATASTRÓFICO PARA LOS FUNCIONARIOS AFILIADOS AL SERVICIO DE BIENESTAR DE LA MUNICIPALIDAD DE PROVIDENCIA Y SUS CARGAS"**.

La autorización para el procedimiento de Intención de Compra fue aprobada mediante Decreto EX. N°72 de fecha 22 de enero de 2016, a través de Convenio Marco, Grandes Compras, en base al procedimiento de Licitación Pública ID. 2239-13-LP13 "Convenio Marco de Seguros de Vida con Adicional de Salud y Dental". El producto solicitado es el siguiente:

- Nombre: Seguro de Vida con Adicional de Salud - Plan B.
- Modelo: Plan B Valor Prima Mensual.
- Beneficiarios afiliados al Servicio de Bienestar: 902 afiliados.
- Duración Contrato: Desde febrero hasta abril 2016 (3 meses).

El día del cierre de la invitación a ofertar se llevó a cabo el día 5 de febrero de 2016, presentando oferta a través del Portal Mercado Público la única empresa que tiene contrato vigente a través de dicho convenio:

Proveedor	RUT
BCI Seguros Vida S.A.	96.573.600-9

De acuerdo a lo estipulado en los Términos de Referencia, punto N°6 "Evaluación de las Ofertas", se evaluará la Clasificación de Riesgo de la Compañía de Seguros, de acuerdo a la siguiente tabla:

Rango de clasificación	Puntos
A- o superior	100
BBB+ o menor	0

SECRETARÍA COMUNAL DE PLANIFICACIÓN

El resultado de la Evaluación es el siguiente:

Proveedor	Rango de Clasificación	Puntaje Tabla	Puntaje Final
BCI Seguros Vida S.A.	Categoría AA	100,00	100,00

Los valores ofertados a través del Portal Mercado Público son los siguientes:

Proveedor	Valor Prima Bruta Unitaria Mensual UF
BCI Seguros Vida S.A.	0,68

De acuerdo a los valores antes indicados, y tomando 902 afiliados (cantidad referencial) por los meses de febrero, marzo y abril de 2016, los valores son los siguientes:

Proveedor	Valor Prima Mensual UF Exento	Cantidad Afiliados (3 meses)	Precio Total Mensual UF
BCI Seguros Vida S.A.	0,68	2.706	1840,08

Conforme a los documentos y antecedentes vistos y que conforman Gran Compra a través de Convenio Marco denominada **"SEGURO DE VIDA, COMPLEMENTARIO DE SALUD Y CATASTRÓFICO PARA LOS FUNCIONARIOS AFILIADOS AL SERVICIO DE BIENESTAR DE LA MUNICIPALIDAD DE PROVIDENCIA Y SUS CARGAS"**, Gran Compra N°26196, se propone adjudicar, salvo mejor parecer, a la siguiente empresa:

- **Empresa: BCI Seguros Vida S.A.**
- **Rut: 96.573.600-9**
- **Plazo: 3 meses.**
- **N° de afiliados: 902 afiliados.**
- **Valor Total de la Orden de Compra: UF 1.840,08 impuesto incluido.**

La empresa obtiene el primer lugar en la evaluación final de las ofertas, las cuales resultan convenientes para los intereses municipales y cumplen con los requisitos solicitados.

La contratación se realizará mediante la emisión de Orden de Compra, emitida por la Secretaría Comunal de Planificación.

Además, se deberá cumplir con lo estipulado en los términos de referencia entregados por la Municipalidad, que considera lo siguiente:

- El adjudicatario deberá entregar una garantía o caución que garantice el fiel y oportuno cumplimiento del contrato. Se aceptará cualquier instrumento de garantía, pagadero a la vista e irrevocable, que asegure el cobro de manera rápida y efectiva, por un monto equivalente al 5% del valor del Servicio (impuesto incluido), expresada en Unidades de Fomento. Este documento deberá mantenerse vigente durante todo el tiempo que dure el contrato y hasta 90 días corridos después de terminado el contrato.

SECRETARÍA COMUNAL DE PLANIFICACIÓN

condiciones particulares no podrán apartarse del aspecto regulado en las Bases del Convenio Marco respectivo.

Saluda atentamente a Ud.,


KATIA HUNT CORTÉS
Secretario Comunal de Planificación (S)



/FRZ

Distribución/

- Archivo correlativos 2016.
- Archivo "SEGURO DE VIDA, COMPLEMENTARIO DE SALUD Y CATASTRÓFICO PARA LOS FUNCIONARIOS AFILIADOS AL SERVICIO DE BIENESTAR DE LA MUNICIPALIDAD DE PROVIDENCIA Y SUS CARGAS".



*Use a
Concejo
Pública*

7
483
23-2-2016

COBERTURAS, CUADRO DE BENEFICIO DE CADA PLAN DE SALUD Y SUS VALORES

VALORES PRIMA 2016 CONVENIO MARCO (De acuerdo al aumento de 15% por la tabla de reajuste)

Prima Neta Mensual de Salud: PLAN 1 (PLAN A)

Cobertura	Prima Neta Mensual	Prima Bruta Mensual
Vida	UF 0,50	UF 0,50
(*) Salud + Catastrófico	UF 0,24	UF 0,29
TOTAL POR PERSONA	UF 0,74	UF 0,79

Prima Neta Mensual de Salud: PLAN 1 + DENTAL

Cobertura	Prima Neta Mensual	Prima Bruta Mensual
Vida	UF 0,50	UF 0,50
(*) Salud + Catastrófico	UF 0,24	UF 0,29
(*)Dental	UF 0,26	UF 0,31
TOTAL POR ASEGURADO	UF 1,00	UF 1,10

Prima Neta Mensual de Salud: PLAN 2 (PLAN B)

Cobertura	Prima Neta Mensual	Prima Bruta Mensual
Vida	UF 0,43	UF 0,43
(*) Salud + Catastrófico	UF 0,21	UF 0,25
Total Asegurado	UF 0,64	UF 0,68

Prima Neta Mensual de Salud: PLAN 3 (PLAN C)

Cobertura	Prima Neta Mensual	Prima Bruta Mensual
Vida	UF 0,39	UF 0,39
(*) Salud + Catastrófico	UF 0,16	UF 0,19
TOTAL POR ASEGURADO	UF 0,55	UF 0,58

Prima Neta Mensual de Salud: PLAN DENTAL

Cobertura	Prima Neta Mensual	Prima Bruta Mensual
(*)Dental	UF 0,26	UF 0,31

*Las coberturas de vida adicional mantienen los mismos valores.

Cobertura	Costo Mensual
UF200	UF 0,07
UF400	UF 0,15

COBERTURAS, CUADRO DE BENEFICIO DE CADA PLAN DE SALUD Y SUS VALORES

PLAN 2 (PLAN B)

CUADRO DE BENEFICIOS DE GASTOS MEDICOS Y HOSPITALARIOS (POL3 2013 0567)

Plan 2- Seguro Complementario de Salud	SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD - PLAN ÚNICO			
	% Reembolso	Deducible UF		Otros
Afiliado Solo		0,5		
Afiliado con 1 carga		1		
Afiliado con 2 o más cargas		1,5		
O.10 Reembolso para gastos sin cobertura Isapre o FONASA	43% y se aplica ítem respectivo	Depende del ítem respectivo.		s/tope
O.11 no codificados	43% de la boleta	s/tope por evento		UF 13 (tope anual)
GASTOS AMBULATORIOS	% Reembolso	% Bono	Tope Prest. UF	Tope Anual
A.10.Consultas médicas	43	60	UF 0.43 por sesión	UF9
A.20. Exámenes y procedimientos (incluye preventivo mamografía, kinesiología y fonoaudiología)	34	51	s/tope	UF 13
A.23. Cirugía ambulatoria (incluye todo tipo de cirugía ocular inclusive láser con dioptría 5 o superior).	51	51	s/tope	UF34
A.43.Medicamentos genéricos o bioequivalentes	68	68	s/tope	UF 13
A.42.Medicamentos genéricos o bioequivalentes Salcobrand S/Deducible	68	68	s/tope	
A.40.Medicamentos de marca	34	34	s/tope	
A.42. Medicamentos de marca Salcobrand C/Deducible plan.	34	34	s/tope	
A.47. Medicamentos genéricos o Bioequivalentes Cruz Verde SIN DEDUCIBLE	68	68	s/tope	
A.47. Medicamentos de Marca Cruz Verde	34	34	s/tope	
G.01 CAEC ambulatorio (copago)	80%	80%	s/tope	s/tope
G.03 GES ambulatorio (copago)	80%	80%	s/tope	s/tope
PSIQUIATRÍA/PSICOLOGÍA/PSICOPEDAGOGÍA	% Reembolso	% Bono	Tope Prest. UF	Tope Anual
S.23.Consulta	43	43	UF 0.5 por sesión	UF9
S.24.Hospitalización	43	43	s/tope	UF 13
OTROS GASTOS AMBULATORIOS	% Reembolso	% Bono	Tope Prest. UF	Tope Anual
V.34.Óptica (incluyendo marcos, cristales y lentes de contacto)	60	60	s/tope	UF 3
V.21.Prótesis y ortesis (incluyendo audífonos y silla de ruedas)	60	60	s/tope	UF 13

COBERTURAS, CUADRO DE BENEFICIO DE CADA PLAN DE SALUD Y SUS VALORES

GASTOS HOSPITALARIOS		% Reembolso	% Reembolso	Tope Prest. UF	Tope Anual
H.10.Día cama hasta 30 días		68	68	UF4 diarias	26 días
H.11.Exceso día cama		60	60	UF 4 diarias	s/tope
H.22.Honorarios médicos y servicios hospitalarios (incluye derecho a pabellón, cirugía dental por accidente, servicio de ambulancia (radio 50 km) y servicio de enfermería).		43	43		s/tope
G.2. CAEC Hospitalario (Copago)		80	80	s/tope	s/tope
G.4. Ges Hospitalario (Copago)		80	80	s/tope	s/tope
MATERNIDAD		% Reembolso	% Reembolso	Tope Prest. UF	Tope Anual
M.10.Parto Normal		43	43	s/tope	UF 13
M.30.Cesárea		43	43	s/tope	UF 17
M.20.Aborto no provocado		43	43	s/tope	UF 9
GASTOS EN EL EXTRANJERO					
Zonas limítrofes:		Se otorgará cobertura ídem plan de beneficios para las atenciones efectuadas en el extranjero, una vez bonificadas por su sistema de salud previsional. Para acceder a este beneficio los asegurados deberán enviar los bonos, documentos de reembolso o boletas acompañados a la Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos. El pago se realizará en moneda nacional (CLP) y la conversión a pesos se realizará considerando la fecha de pago de cada documentación contable.			
Gastos de Enfermedades y Accidentes en el Extranjero por Comisiones de Servicios que no estén cubiertos por la Ley 16.744 y que no tengan Seguro de Salud en el extranjero:		En caso de ser cubiertos por su sistema de salud previsional, los asegurados deberán enviar los bonos, documentos de reembolso o boletas acompañados a la Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos, para ser liquidados por el plan de beneficios. El pago se realizará en moneda nacional (CLP) y la conversión a pesos se realizará considerando la fecha de pago de cada documentación contable. En caso de no tener cobertura por su sistema de salud previsional los asegurados deberán enviar boletas de gastos médicos acompañadas a la Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos se considerará el 43% del gasto y luego se aplicará el porcentaje de cobertura del ítem respectivo. El pago se realizará en moneda nacional (CLP) y la conversión a pesos se realizará considerando la fecha de pago de cada documentación contable.			
Monto máximo reembolso		Por asegurado			
Monto asegurado máximo		UF 400			

COBERTURAS, CUADRO DE BENEFICIO DE CADA PLAN DE SALUD Y SUS VALORES

COBERTURA CATASTRÓFICA PARA TODOS LOS PLANES

CUADRO DE BENEFICIOS DE GASTOS MEDICOS Y HOSPITALARIOS (POL3 2013 0567)

Plan Único Seguro Catastrófico

SEGURO CATASTROFICO – PLAN ÚNICO		
1. Gastos Hospitalarios	% Reembolso	Tope Anual UF
H.10. Día cama	100	Sin tope
H.30. Honorarios médicos	100	Sin tope
H.12. Día cama UTI/intermedio	100	Sin tope
H.20. Derecho a pabellón	100	Sin tope
H.34. Cirugía dental por accidente	100	Sin tope
V.50. Servicio ambulancia (50 km)	100	Sin tope
H.20. Medicamentos - insumos	100	Sin tope
V.70. Servicio enfermería	100	Sin tope
PC1. Otros gastos	100	Sin tope
2. Gastos ambulatorios	% Reembolso	Tope Anual UF
A.40 y A.43. Medicamentos	50	Sin tope
A.10 Consulta médica	100	Sin tope
A.20. Exámenes	100	Sin tope
A.20. Procedimientos	100	Sin tope
A.46. Drogas Antineoplásicas	80	Sin tope
3. Monto máximo reembolso	Por grupo familiar	
Monto asegurado máximo	UF 2.000	
4. Periodo de acumulación	Ver nota	
Deducible	UF 25	
<p>Nota: Se considerará como periodo de acumulación para el monto máximo asegurado de reembolso igual a un año de vigencia</p>		