

Secretaría Municipal

PROVIDENCIA,

8 AGO 2016

EX.N° 1308 / VISTOS: Lo dispuesto por Ley N°19.886 Ley de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios y su Reglamento; y, teniendo presente las facultades que me conceden el artículo 21 letra e) de la Ley N°18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades; y

CONSIDERANDO: 1.- Que mediante Memorando N°17.460 de fecha 1 de Agosto de 2016, del Secretario Comunal de Planificación, se acompañan los antecedentes para el procedimiento de Intención de Compra a través de Convenio Marco para la Gran Compra denominada **“SEGURO DE VIDA, COMPLEMENTARIO DE SALUD Y CATASTROFICO PARA LOS FUNCIONARIOS AFILIADOS AL SERVICIO DE BIENESTAR DE LA MUNICIPALIDAD DE PROVIDENCIA Y SUS CARGAS”**.-

DECRETO:

1.- Autorízase el procedimiento para la Gran Compra 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”**, 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”, para el siguiente producto:

Nombre	Seguro de Vida con Adicional de Salud - Plan B
Modelo	Plan B Valor Prima Mensual
Beneficiarios afiliados al Servicio de Bienestar	920 afiliados (cantidad referencial)
Duración Contrato	Desde Septiembre hasta Diciembre 2016 (4 meses)

2.- **FECHA CIERRE RECEPCION DE OFERTAS:** A las 10:00 horas del día 17 de Agosto de 2016.-

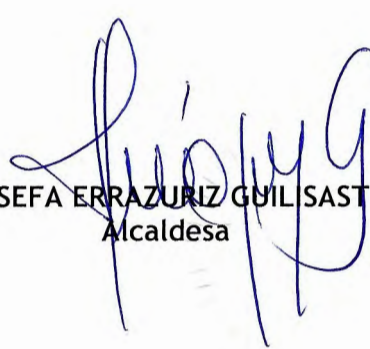
3.- **FECHA ACTO DE APERTURA ELECTRÓNICA:** A las 10:05 horas del día 17 de Agosto de 2016.-

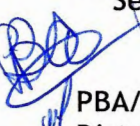
4.- El encargado del proceso es don **RICARDO QUEZADA CANCINO**, de la Secretaría Comunal de Planificación.-

5.- **PUBLÍQUESE** la Intención de Compra, en el Sistema de Informaciones del Portal Mercado Público, el día 8 de Agosto de 2016.-

Anótese, comuníquese y archívese.-


MARIA RAQUEL DE LA MAZA QUIJADA
Secretario Abogado Municipal


JOSEFA ERRAZURIZ GUIL SASTI
Alcaldesa

 PBA/MRMQ/ENGE/sgr.-

Distribución:

Interesado

Secretaria Comunal de Planificación

Dirección de Administración y Finanzas

Dirección de Control

Dirección Jurídica

Archivo

Decreto en Trámite N° 2167 /



SECRETARÍA COMUNAL DE PLANIFICACIÓN
Coordinación y Supervisión de Proyectos

Memorando N° **17.460.-**

Antecedente : Memorando N°16.044 (15-07-2016).

Materia : Solicita decretar llamado intención de compra modalidad Convenio Marco Grandes Compras "Seguro de Vida, Complementario de Salud y Catastrófico", meses septiembre a diciembre 2016.

PROVIDENCIA, 01 de agosto de 2016.

DE : MARCELO BELMAR BERENGUER
SECRETARIO COMUNAL DE PLANIFICACIÓN
A : JOSEFA ERRÁZURIZ GUILISASTI
ALCALDESA

De acuerdo a lo establecido en el artículo 21 letra e) de la Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades, adjunto remito a Ud. antecedentes para la **Intención de Compra a través de Convenio Marco** para la Gran Compra 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"**, para su consideración y trámites correspondientes.

El Convenio Marco corresponde a la licitación pública ID. 2239-13-LP13, "Convenio Marco de Seguros de Vida con Adicional de Salud y Dental", para el siguiente producto:

- Nombre: Seguro de Vida con Adicional de Salud - Plan B.
- Modelo: Plan B Valor Prima Mensual.
- Beneficiarios afiliados al Servicio de Bienestar: 920 afiliados (cantidad referencial).
- Duración Contrato: Desde septiembre a diciembre 2016. (4 meses).

Se adjunta producto requerido, condiciones del servicio solicitado, monto y vigencia de las garantías, criterios de evaluación y sus ponderaciones.

La fecha de publicación de la intención de compra en modalidad de Convenio Marco, Grandes Compras para el "SEGURO DE VIDA, COMPLEMENTARIO DE SALUD Y CATASTRÓFICO PARA LOS FUNCIONARIOS AFILIADOS AL SERVICIO DE BIENESTAR DE LA MUNICIPALIDAD DE PROVIDENCIA Y SUS CARGAS", en el Sistema de Informaciones del Portal Mercado Público, según cronograma es el día 08 de agosto de 2016.

El responsable administrativo de esta licitación es Ricardo Quezada Cancino.

Saluda atentamente a Ud.,


RQC/rqc

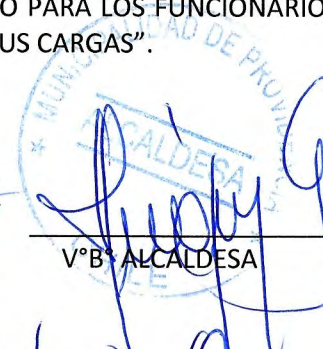

MARCELO BELMAR BERENGUER
Secretario Comunal de Planificación


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".


V°B° JURIDICA

V°B° CONTROL

V°B° ADM. MUNICIPAL

V°B° ALCALDESA

4 2013
8-8-2016
Faren decretado

GRANDES COMPRAS CONVENIO MARCO

**“SEGURO DE VIDA, COMPLEMENTARIO DE SALUD Y CATASTRÓFICO PARA LOS FUNCIONARIOS
AFILIADOS AL SERVICIO DE BIENESTAR DE LA MUNICIPALIDAD DE PROVIDENCIA Y SUS
CARGAS”**

CRONOGRAMA DE LICITACIÓN

Publicación en Portal Mercado Público
www.mercadopublico.cl

08 de agosto de 2016

Fecha de Cierre Recepción de Ofertas a las
10:00 horas.

17 de agosto de 2016

Fecha Acto de Apertura Electrónica a las 10:05
horas.

17 de agosto de 2016



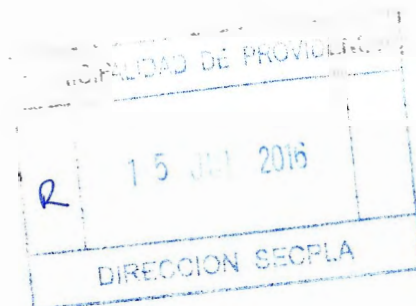
MUNICIPALIDAD DE
PROVIDENCIA

DIRECCIÓN ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
Departamento de Personas
Servicio de Bienestar Social

Memorándum N° 16044 /

Materia: Solicita contratación grandes compras

Providencia, 15 de Julio de 2016



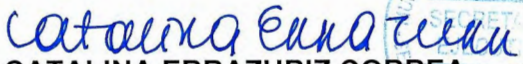
DE : CATALINA ERRAZURIZ CORREA
SECRETARIO (S) COMITÉ DE BIENESTAR.

A : MARCELO BELMAR BERENGUER
DIRECTOR SECRETARIA COMUNAL DE PLANIFICACIÓN.

De mi consideración, junto con saludar cordialmente solicito a usted mediante la contratación modalidad de Grandes Compras el Seguro de Vida, Complementario de Salud, y Seguro Catastrófico para los funcionarios afiliados al Servicio de Bienestar y sus cargas reconocidas para el periodo septiembre-diciembre 2016 de acuerdo a las especificaciones técnicas que se adjuntan.

El Seguro que actualmente entrega estas coberturas es el adquirido por medio de Convenio Marco y caduca el 31 de Agosto del presente año, por lo que su renovación debe partir a contar del 01 de septiembre del año 2016, para dar continuidad al servicio.

Saluda atentamente a Ud.,


CATALINA ERRAZURIZ CORREA
Secretario (S) Servicio de Bienestar

 PQS/

Departamento de Personas
Servicio de Bienestar Social

PROVIDENCIA, 15 de Julio de 2016

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA

De conformidad al presupuesto 2016 aprobado para este Comité de Bienestar según Acuerdo N°51 de la Sesión N°15 del 23 de diciembre de 2015, certifico que a la fecha del presente documento, la institución cuenta con un presupuesto disponible para la ejecución de la propuesta pública: **"SEGURO DE VIDA, COMPLEMENTARIO DE SALUD Y CATASTRÓFICO PARA LOS FUNCIONARIOS AFILIADOS AL SERVICIO DE BIENESTAR DE LA MUNICIPALIDAD DE PROVIDENCIA, Y SUS CARGAS"**.

Saluda atentamente,


CATALINA ERRAZURIZ CORREA

Secretario (S) del Comité de Bienestar




PQS/

GRAN COMPRA A TRAVÉS DE CONVENIO MARCO ID 2239-13-LP13

**“SEGURO DE VIDA, COMPLEMENTARIO DE SALUD Y CATASTRÓFICO PARA LOS
FUNCIONARIOS AFILIADOS AL SERVICIO DE BIENESTAR DE LA MUNICIPALIDAD DE
PROVIDENCIA, Y SUS CARGAS”.**

1.- OBJETIVO:

El Servicio de Bienestar Social de la Municipalidad de Providencia, de acuerdo al Art. 2 , Título I de su Reglamento, tiene por objeto contribuir a mejorar la calidad de vida de sus afiliados , fortaleciendo su grupo familiar y el desarrollo integral de sus afiliados, promoviendo el perfeccionamiento social, económico y humano de los mismos, para lo cual podrá proporcionar, en la medida que los recursos lo permitan, beneficios y prestaciones de salud, educación, asistencia social, económica, cultural y de recreación, entre otros, de acuerdo a las disposiciones que establece el presente Reglamento.

2.- BENEFICIARIOS:

Son beneficiarios de este servicio 920 afiliados al Servicio de Bienestar, junto a sus cargas legales:

Detalle Afiliados	Cantidad
Total Afiliados Activos	902
Total Afilados Pasivos	18
Total Afiliados	920

Las cantidades indicadas anteriormente, son referenciales y podrán variar según los afiliados que ingresen al Servicio de Bienestar o los funcionarios que presenten su desafiliación.

Cabe señalar que la cantidad de afiliados antes señalada, podrá variar durante la ejecución del servicio, por lo que el número de primas a pagar serán de acuerdo a la cantidad de afiliados existentes.

3.- SERVICIO A CONTRATAR:

Los servicios a contratar, son los siguientes:

Servicios Licitados	Tipo de Seguros	Beneficiarios
Plan Colectivo 2, Incluye los siguientes seguros:	Seguro de Vida	El Seguro de Vida, operará sólo para titulares
	Seguro Complementario de Salud	Tanto el Seguro Complementario y Catastrófico, aplicará para los titulares y sus cargas.
	Seguro Catastrófico	



4.- CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

4.1.- Servicios Solicitados:

4.1.1.- Seguro de Vida:

SEGURO DE VIDA – PLAN UNICO			
	Monto Asegurado	Carencia	Otros
Seguro de Vida Plan 2	UF 50	No tiene	Póliza solo para afiliados Titulares

4.1.2.- Seguro Complementario de Salud:

Plan 2– Seguro Complementario de Salud	SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD – PLAN UNICO			
	% Reembolso	Deducible UF		Otros
Afiliado Solo		0,5		
Afiliado con 1 carga		1		
Afiliado con 2 o más cargas		1,5		
Reembolso para gastos sin cobertura Isapre o FONASA o no codificados	43 % del ítem respectivo	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	UF 9
A.20. Exámenes y procedimientos (incluye preventivo mamografía)	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	UF 34
A.43.Medicamentos genéricos o bioequivalentes	68	68	s/tope	UF 13
A.42.Medicamentos genéricos o bioequivalentes Salcobrand	68	68	s/tope	
A.40.Medicamentos de marca	34	34	s/tope	
A.42. Medicamentos de marca Salcobrand	34	34	s/tope	
G.01 CAEC ambulatorio (copago)	68%	68%	s/tope	s/tope
G.03 GES ambulatorio (copago)	68%	68%	s/tope	s/tope
PSIQUIATRÍA/PSICOLOGÍA	% Reembolso	% Bono	Tope Prest. UF	Tope Anual
S.23.Consulta	43	43	UF 0.5 por sesión	UF 9
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
GASTOS HOSPITALARIOS	% Reembolso	% Bono	Tope Prest. UF	Tope Anual
H.10.Día cama hasta 30 días	68	68	UF 4diarias	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)	68	68	s/tope	s/tope
G.4. Ges Hospitalario (Copago)	68	68	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. En caso de atenciones dentales ídem plan de beneficios. 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 50% 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			

4.1.3.- 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	
Nota: Se considerará como periodo de acumulación para el monto máximo asegurado de reembolso igual a un año de vigencia		

4.2.- Edad de los Asegurados:

No existirá restricción respecto a la edad de ingreso o de la edad tope de permanencia de los beneficiarios a los seguros a que se refiere este proceso, salvo las siguientes condiciones:

Seguro de Vida:

- Al cumplir el asegurado 75 años de edad, el capital asegurado baja a UF 20; al cumplir 80 años baja UF 15 y al cumplir 85 años , termina el seguro.
- Seguros de Salud: En el caso de los hijos cargas familiares deberán tener hasta 18 años de edad o 24 en caso ser estudiantes. Cabe señalar que en el caso de los hijos con discapacidad aplica la normativa vigente.

4.3- Seguro Colectivo de Vida:

a) Asegurados:

Tendrán derecho a estar asegurados todos los afiliados titulares al Servicio de Bienestar de la Municipalidad de Providencia.

b) Riesgo a cubrir y montos asegurados:

Se cubre el riesgo de fallecimiento por enfermedad o accidente según las condiciones generales de póliza depositada en el registro de pólizas bajo el código POL292098 y el capital por asegurado corresponderá a 50 UF.

c) Declaración Personal de Salud y Exámenes Médicos:

No se exigirá Declaración de Salud ni exámenes médicos de ninguna clase a las personas que sean incorporadas, tanto al inicio como en cualquier momento durante la vigencia de la respectiva póliza.

Todos los funcionarios afiliados al Servicio de Bienestar deberán ser asegurados por la compañía adjudicada, sin ningún requisito previo.

d) Preexistencias:

No se podrá excluir a ningún asegurado o beneficiario en virtud en enfermedades preexistentes al inicio y durante la vigencia de la cobertura adquirida para el año 2015.

4.4- Adicional Salud (Complementario Sistema de Salud Chileno):

a) Asegurados:

Tendrán derecho a estar asegurados todos los afiliados al Servicio de Bienestar de la Municipalidad de Providencia, incluidas sus cargas familiares. Los titulares y sus cargas podrán hacer uso del seguro una vez que el organismo previsional de salud al que estuvieren afiliados, sea FONASA o ISAPRE, haya otorgado la cobertura de las prestaciones médicas, los que serán impetrados después de lo antes indicado. Otros seguros complementarios de salud o bienestares del área privada, podrán ser solicitados antes o después del seguro contratado



en la calidad de "Plan Único Colectivo".

b) Riesgos a cubrir:

Se cubre el reembolso de gastos médicos según las condiciones generales de la cláusula adicional depositada en el Registro de Pólizas y las condiciones particulares señaladas en el presente documento.

c) Montos asegurados:

Los montos límites asegurados, aplicables por cada miembro del grupo familiar perteneciente a cada asegurado, se establecen en el "Plan Único Colectivo".

d) Deducibles:

Para el plan propuesto se considerarán los siguientes deducibles anuales por afiliado:

- UF 0,50 por afiliado solo
- UF 1,00 para afiliado con una carga
- UF 1,50 para afiliado con dos o más cargas

e) Declaración Personal de Salud y Exámenes:

No se exigirá declaración de Salud ni exámenes médicos de ninguna clase a las personas que sean incorporadas, tanto al inicio como en cualquier momento durante la vigencia de la respectiva póliza.

Todos los funcionarios afiliados al Servicio de Bienestar de la Municipalidad de Providencia, deberán ser asegurados por la compañía adjudicada, sin ningún requisito previo.

Los medicamentos recetados a permanencia y aquellos que normalmente no son considerados remedios o no son curativos, que previamente fueron evaluados y bonificados por una Compañía de Seguros anterior, se deberán seguir bonificando sin nueva evaluación de pertinencia, con la sola presentación de una anterior colilla de bonificación o documento que demuestre el pago de ella.

f) Preexistencias:

No se podrá excluir a ningún asegurado o beneficiario en virtud de enfermedades preexistentes y/o embarazos al inicio y durante la vigencia del contrato.

4.5- Seguro Catastrófico sin definición previa de patologías:

a) Asegurados:

Tendrán derecho a estar asegurados todos los afiliados al Servicio de Bienestar de la Municipalidad de Providencia, incluidas sus cargas.

b) Riesgos a Cubrir:

La cobertura se ajustará al modelo depositado en el depósito de pólizas bajo el código CAD309131, dejándose constancia que será válida para los gastos de cualquier enfermedad y serán otorgados para cada asegurado en forma individual, salvo las exclusiones señaladas en el modelo depositado.

Por lo tanto, queda claramente establecido que esta cobertura cubre al asegurado ante cualquier evento originado por enfermedad, tratamiento o accidente, sin definición de patología alguna, salvo lo expresado precedentemente.



c) Monto asegurado y deducible:

Para el plan único, se deberán considerar monto anual por grupo familiar de UF 2.000 con deducible UF25.

Se entenderá que la cobertura comenzará a operar una vez aplicados los beneficios de las respectivas instituciones de salud, FONASA o ISAPRE según sea el caso, y extinguido el monto del plan colectivo de salud complementario que se encuentre en vigencia.

El Seguro catastrófico operará en caso de prestaciones ambulatorias y hospitalarias, ya sea a causa de enfermedad, tratamiento o accidente. El copago resultante después del reembolso del plan complementario de salud pasará al seguro catastrófico hasta el límite señalado.

d) Declaración Personal de Salud y Exámenes Médicos:

No se exigirá declaración de salud ni exámenes médicos de ninguna clase a las personas que sean incorporadas, tanto al inicio como en cualquier momento durante la vigencia de la respectiva póliza.

Todos los afiliados al Servicio de Bienestar de la Municipalidad de Providencia, deberán ser asegurados por la compañía adjudicada, sin ningún requisito previo.

Los medicamentos recetados a permanencia y aquellos que normalmente no son considerados remedios o no son curativos, que previamente fueron evaluados y bonificados por una Compañía de Seguros anterior, se deberán seguir bonificando sin nueva evaluación de pertinencia, con la sola presentación de una anterior colilla de bonificación o documento que demuestre el pago de ella.

g) Preexistencias:

No se podrá excluir a ningún asegurado o beneficiario en virtud de enfermedades preexistentes y/o embarazos al inicio y durante la vigencia del contrato.

5.- CONDICIONES COMUNES DE LOS SEGUROS LICITADOS:

a. Vigencia de las Pólizas y cláusula de ajuste de tarifas

El convenio marco tendrá una duración de 36 meses a contar de la Resolución de Adjudicación, periodo durante el cual los Adjudicatarios estarán obligados a mantener las condiciones de las bases y pólizas.

La contratación de pólizas colectivas a través de este convenio marco para el Servicio de Bienestar contratante será anual. Independiente de ello, cada enero comenzará a regir el nuevo precio según lo establecido en la cláusula de reajustabilidad respectiva, independiente de la fecha en que se haya contratado o iniciado la vigencia particular de la póliza.

b. Cobertura Automática:

La(s) póliza(s) deberá(n) otorgar cobertura automática a todos los funcionarios afiliados a el Servicio de Bienestar contratante con posterioridad al inicio de vigencia de ella(s). Para ello será suficiente la comunicación que en tal sentido realice el Servicio de Bienestar mediante una nómina que se entregará a la Compañía al inicio de vigencia de la(s) póliza(s) y será actualizada mensualmente dentro de los primeros quince días corridos del mes siguiente al ingreso o egreso de los afiliados al Servicio de Bienestar, según proceda.



c. Procedimientos y Coberturas especiales:

- a) El plazo para presentar los gastos de cobertura hospitalaria se contabilizarán desde la fecha de emisión de los respectivos bonos y/o fecha de pago de dichos servicios. Se debe permitir el reembolso de los bonos pagados con excedentes.
- b) Se deberá liquidar y bonificar parcialmente la cuenta hospitalaria, de forma que aquellos gastos que aún no hayan sido cancelados por el asegurado quedarán pendientes de pago hasta completar los documentos contables pertinentes.
- c) Aquellos gastos que no tienen cobertura en su sistema de salud, sea que no estén codificados o sean sin cobertura, se pagarán sólo al 50% de los que indica el porcentaje del cobertura del ítem respectivo.
- d) La compañía deberá proponer, al momento de ofertar, un procedimiento para reembolsar los gastos de los asegurados, que teniendo cobertura en el seguro, sean pagados por medio del uso de sus excedentes en la Isapre.
- e) Se deberá dar cobertura a los gastos de los asegurados que, viviendo en zonas limítrofes, efectúen en las zonas contiguas de los países vecinos, para lo cual la compañía deberá indicar como procederá.
- f) Se deberá definir un procedimiento, al momento de ofertar, para cubrir los gastos de accidentes y enfermedades, que no estén cubiertos por la ley 16.744, producidos en Comisiones de Servicio en el extranjero, bajo criterio del 50% de lo que indica el porcentaje de cobertura del ítem respectivo, sean estos cubiertos o no en su sistema de salud. No aplicará esta cobertura especial, en aquellos casos en que el asegurado tenga o haya contratado un seguro de salud en el extranjero.
- g) Se deberá incorporar la mamografía dentro de la cobertura de exámenes preventivos.
- h) Se deberá incluir la silla de ruedas en la cobertura de órtesis y prótesis.
- i) Se deberá considerar los procedimientos y reglamentación de las instituciones en el proceso de incorporación de cargas familiares, validándose lo que se establezca en las resoluciones exentas de reconocimiento de derechos de asignación familiar. Sin perjuicio de ello, se respetará, en estos casos, la cláusula de los 90 días para presentar la solicitud de reembolsos ante el seguro, de acuerdo a lo estipulado en las presentes bases.
- j) Se deberá incluir dentro del ítem cirugía ambulatoria, todo tipo de cirugía ocular con una Dioptría 5 o superior.
- k) La Compañía oferente deberá brindar el servicio de reembolso automático, por medio del sistema de Imed, de todas las prestaciones ambulatorias sin ninguna restricción, franquicia, ni deducibles adicionales a lo establecido en el plan y cuadro de coberturas respectivo. A su vez, deberá mantener un convenio de reembolso automático de medicamentos, en convenio con una o más cadenas nacionales de farmacia, sin establecer franquicias o deducibles adicionales a los establecidos en el plan y cuadro de cobertura respectivo.
- l) La Compañía oferente deberá dar cobertura de un 80%, del valor del deducible o co-pago a pagar por el asegurado, como consecuencia del uso del beneficio contemplado en las prestaciones cubiertas en el Plan AUGÉ o GES, siempre que se acojan correctamente y en forma completa a las canastas definidas en este según cada patología.

d. Cláusulas Especiales:

En cada póliza deberán constar claramente las siguientes cláusulas o estipulaciones:

- **Cláusula de Prevalencia de Bases**



Estas Bases formarán parte integrante de la(s) póliza(s) que se suscriban entre la Compañía adjudicada y el Servicio de Bienestar contratante, y su contenido prevalecerá sobre esta(s) última(s).

- **Cláusula de Errores u Omisiones**

Queda convenido que en caso de producirse cualquier variación o modificación de los registros relacionados con la materia asegurada cuya información, para su inclusión en la póliza, hubiera sido omitida involuntariamente o proporcionada erróneamente por el Servicio de Bienestar contratante, sea en forma total o parcial, tal variación o modificación será admitida para todos los efectos de cobertura, tanto si es posteriormente descubierta y comunicada por la misma entidad, como si se comprueba con ocasión de un siniestro.

- **Cláusula Exclusión de Arbitraje**

El contratante y la compañía aseguradora acuerdan dejar sin efectos el Arbitraje contemplado en las Condiciones generales de la póliza y, en virtud de lo anterior, someten a los Tribunales Ordinarios de Justicia con asiento en la comuna de Santiago cualquier controversia o dificultad que se suscite entre ellos con motivo de la aplicación, interpretación, cumplimiento, incumplimiento, vigencia, nulidad, resolución o terminación del presente contrato y cualquier otra materia que estuviere relacionada con este.

e. Mecanismos de operación

Será obligación de la entidad aseguradora proponer y entregar un manual de operación del seguro a los beneficiarios.

f. Presentación y Tramitación de Siniestros.

Se considerará un plazo máximo de **90** días desde la fecha efectiva de la prestación para los gastos generales, para la presentación de solicitudes de reembolso por parte de los beneficiarios de la póliza. Para las hospitalizaciones se consideraran la fecha de la emisión de bonos y/o fecha de pago de dichos servicios.

Una vez efectuada una liquidación de gastos médicos, la Compañía de Seguros, deberá establecer a lo menos un plazo de 60 días, a contar de la fecha de pago, para que el asegurado informe sobre su disconformidad a la misma, o bien, haga ingreso a la Compañía de los antecedentes adicionales que en dicha liquidación se le solicita para efectuar el reembolso a sus gastos médicos.

g. Pago de las solicitudes de reembolso

La entidad aseguradora deberá reembolsar a más tardar al 7° día hábil de recibidos la totalidad de los comprobantes de gastos y/o las solicitudes correspondientes a gastos ambulatorios, hasta 15 días hábiles los gastos relacionados con el ítem de hospitalización; los siniestro de vida y/o invalidez hasta 15 días hábiles al igual que los eventos catastróficos.

Los antecedentes que deberán presentarse en caso de siniestro podrán consistir en originales, copias o fotocopias autorizadas de los documentos que se indican, según corresponda. Las compañías participantes deberán proponer un sistema de operación que facilite los pagos en forma eficiente y que incorpore fórmulas como abonos, por ejemplo en cuentas corrientes



bancarias; envíos de cheques o pagos directos y envío mediante correo electrónico del informe de liquidación de los reembolsos solicitados al beneficiario. Todo este proceso deberá quedar consignado en el respectivo manual de operación. Sin perjuicio de lo anterior, el Servicio de Bienestar podrá solicitar que el reembolso de cualquier gasto médico sea pagado al Servicio de Bienestar contratante.

h. Incorporación y retiro de asegurados

La responsabilidad de informar respecto de la incorporación y retiro de los asegurados a la póliza será asumida por el Servicio de Bienestar contratante, los cuales informarán directamente a la compañía aseguradora. Esta información será entregada dentro de los primeros 15 días de cada mes, especificando la fecha en que las personas ingresaron o dejaron de ser asegurados.

Si el funcionario(a) beneficiario(a), cambia de empleador, podrá optar a dar continuidad inmediata al seguro, siempre que el nuevo empleador esté dentro de la administración del Estado y éste último tenga contratado a través de su Servicio de Bienestar el mismo seguro.

Lo anterior implica que la persona mantiene el deducible acumulado y los reembolsos otorgados por la compañía durante su permanencia como beneficiario en el servicio anterior.

i. Pago de la prima

El Servicio de Bienestar contratante determinará la forma de cancelar la Prima correspondiente. Para el pago de las primas la entidad aseguradora deberá emitir cobranzas mensuales por mes vencido de acuerdo a la información proporcionada por el Servicio de bienestar contratante, junto a la nómina de asegurados detallada de la cobranza.

j. Gestión y administración e informes pertinentes

La entidad aseguradora podrá encargar la administración del seguro adjudicado a una sociedad corredora de seguros habilitada, quien designará un ejecutivo encargado de la orientación, gestión y administración del seguro. Asimismo deberá proveer un servicio de consultas en línea para el seguimiento de las liquidaciones y gastos de cada beneficiario.

La Compañía Aseguradora deberá entregar al Servicio de Bienestar contratante, a más tardar el 10 o hábil siguiente de cada mes, a lo menos los siguientes informes:

✓ **Informes de Siniestros Pendientes de Liquidación, a lo menos con los siguientes datos:**

- Identificación del siniestro (con nombre de la persona siniestrada)
- Comentario del estado en que se encuentra
- Fecha estimada de liquidación
- Monto Provisionado

✓ **Informe mensual de control de gestión, conforme a lo siguiente:**

Control de Gestión

El informe de control de gestión abarcará el periodo correspondiente entre el primer y último día del mes que se informa, con un desfase de no más de un mes y estará referido a lo menos a los siguientes aspectos. Esta información deberá contemplar un comparado con la información de las distintas partidas del Convenio Marco en General:

- Prima cancelada por mes versus lo reembolsado
- N° Solicitudes tramitadas por mes
- Composición del grupo por mes (Total titulares y cargas distribuidas por sexo y edad)
- Siniestralidad



- Distribución de gastos por Prestación
- Deducibles por beneficiario
- Encuestas de Satisfacción a los usuarios y la emisión de sus respectivos informes al contratante.

6.- EVALUACION DE OFERTAS:

6.1.- RIESGO DE COMPAÑÍA DE SEGUROS:

El puntaje será asignado de acuerdo a la clasificación de riesgo acreditada por el proponente por medio del **certificado de Clasificación de Riesgo vigente** y será entregado por el proveedor de acuerdo a la siguiente tabla de asignación de puntos:

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

El Servicio de Bienestar se reserva el derecho a verificar la clasificación de riesgo en la SVS.

7.- SANCIONES Y MULTAS:

En caso que el proveedor adjudicado, no cumpla con las obligaciones indicadas, se le cursarán las multas que se señalan en el siguiente cuadro:

INFRACCION	SANCION	CRITERIO DE APLICACIÓN
Atraso en la entrega del Informe	0,5% del valor neto mensual del contrato	Por cada día de atraso, con un tope de hasta 10 días hábiles, contados desde el incumplimiento.
Atraso en el pago del reembolso	1% del valor neto del reembolso con atraso.	Por cada día de atraso, con un tope de hasta 10 días hábiles, contados desde el incumplimiento.

Procedimiento para aplicación de multas:

Detectada una situación que amerite la aplicación de multas por parte del Servicio de Bienestar o del funcionario responsable, éste le notificará al adjudicatario, personalmente o por carta certificada, indicando la infracción cometida, los hechos que la constituyen y el monto de la multa. A contar de la notificación de la comunicación precedente, el adjudicatario tendrá un plazo de cinco días hábiles, para efectuar sus descargos, acompañando todos los antecedentes que estime pertinentes.

Vencido el plazo sin presentar descargos, el Servicio de Bienestar dictará el respectivo acto Administrativo aplicando la multa.

Si el adjudicatario hubiera presentado descargos en tiempo y forma, el Servicio de Bienestar tendrá un plazo de hasta treinta días hábiles a contar de la recepción de los mismos, para rechazarlos y acogerlos, total o parcialmente, lo que se determinará, mediante acto administrativo, lo que se notificará al adjudicatario, personalmente o por carta certificada.



Las notificaciones por carta certificada, se entenderán practicadas a contar del tercer día siguiente a su recepción, en la oficina de correos que corresponda.

Cobro de la multa:

Quedará ejecutoriada la multa, con la notificación de dicho acto administrativo. Desde ese momento el adjudicatario se encontrará obligado al pago de la multa, si es que procediera.

El monto de las multas será rebajado del pago que el Servicio de Bienestar deba efectuar al adjudicatario en las facturas o boletas más próximas y, de no ser suficiente este monto o en caso de no existir pagos pendientes, se le cobrará directamente, debiendo ser pagada dentro de los 10 días hábiles siguientes a la notificación del requerimiento.

8.- NORMATIVA APLICABLE:

El presente servicio se regirá por las cláusulas del respectivo Convenio Marco y la Orden de Compra emitida.

9.- PAGO DEL SERVICIO:

El pago del servicio, se realizará en la modalidad de mes vencido, por lo tanto los pagos serán mensuales dentro de los 30 días siguientes, contado desde la recepción de la Factura.

El valor que el Servicio de Bienestar pagará mensualmente por el servicio prestado, estará sujeto a la cantidad de afiliados existentes al mes correspondiente al pago.

La factura, deberá ser entregada con una nómina de asegurados detallada de la cobranza.

10.- COBERTURA DEL SEGURO

El presente servicio será adquirido para la cobertura del periodo septiembre de 2016 hasta diciembre de 2016.

11.- GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO DE CONTRATO

El proveedor seleccionado 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.

Cualquiera que sea el instrumento que caucione o garantice la obligación, deberá indicar la siguiente glosa: "En garantía por el Fiel y Oportuno Cumplimiento del Contrato y todas las obligaciones contraídas, de (nombre completo del adjudicatario) por el contrato denominado **"SEGURO DE VIDA, COMPLEMENTARIO DE SALUD Y CATASTRÓFICO PARA LOS FUNCIONARIOS AFILIADOS AL SERVICIO DE BIENESTAR DE LA MUNICIPALIDAD DE PROVIDENCIA, Y SUS CARGAS"**, a nombre de la Municipalidad de Providencia, Rut. 69.070.300-9".

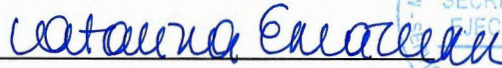
12.- ACUERDO COMPLEMENTARIO

Se deberá suscribir un acuerdo complementario entre las partes, en el cual se consigne la Garantía de Fiel Cumplimiento de Contrato, en donde se podrán especificar las condiciones particulares del



servicio. Tales condiciones particulares no podrán apartarse de los aspectos regulados en las Bases del Convenio Marco respectivo.

Para la firma del Acuerdo Complementario, el municipio exigirá al proveedor seleccionado una declaración jurada simple que acredite que no se encuentra en ninguna de las inhabilidades contempladas en los incisos 1° y 6° del artículo 4° de la Ley 19.886. Adicionalmente en dicho acuerdo deberá tenerse presente lo dispuesto en la ley 20.393, que establece la responsabilidad penal de las personas jurídicas en los delitos de lavado de activos, financiamiento al terrorismo y delitos de cohecho que indica.



CATALINA ERRAZURIZ CORREA
Secretaria (S) Comité de Bienestar



PQS