



Providencia

Secretaría Municipal

PROVIDENCIA, 24 DIC 2018

EX.N° 1911 / 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°31.981 de fecha 18 de Diciembre de 2018, del Secretario Comunal de Planificación (S), 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 CATASTRÓFICO 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 2239-6-LR16, “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 2
Modelo	Plan 2 Valor Prima Mensual
Beneficiarios afiliados al Servicio de Bienestar	938 afiliados (cantidad referencial)
Duración Contrato	Desde Enero hasta Diciembre 2019 (12 meses)

2.- **FECHA FIN PROCESO DE COMPRA:** El día 10 de Enero de 2018.-

3.- **FECHA DE DECISION DE COMPRA:** El día 15 de Enero de 2018.-

4.- El encargado del proceso es don **MARCELO ENRIQUE MADRID DIAZ**, de la Secretaría Comunal de Planificación.-

5.- **PUBLÍQUESE** la Intención de Compra, en el Sistema de Informaciones del Portal Mercado Público, el día 24 de Diciembre de 2018.-

Anótese, comuníquese y archívese.-


RODRIGO RIELOFF FUENTES
 Secretario Abogado Municipal (S)


PATRICIA CABALLERO GIBBONS
 Alcaldesa (S)

PCC/RRF/ENGE/cbo.-
Distribución:
 Interesado
 Secretaria Comunal de Planificación
 Dirección de Administración y Finanzas
 Dirección de Control
 Archivo
 Decreto en Trámite N° 3357,

MEMORANDO N° **31981**
ANTECEDENTE: No hay.
MATERIA: Solicita decretar llamado intención de compra modalidad Convenio Marco Grandes Compras "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, **18 DIC. 2018**

DE: SECRETARIO COMUNAL DE PLANIFICACIÓN (S)

A: SRA. ALCALDESA
Doña EVELYN MATTHEI FORNET

*A Secretaria Municipal
Decretar RM.*



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. 2239-6-LR16 "Seguros de Vida con Adicional de Salud y Dental", para el siguiente producto:

- Nombre: Seguro de Vida con Adicional de Salud - Plan 2.
- Modelo: Plan 2 Valor Prima Mensual.
- Beneficiarios afiliados al Servicio de Bienestar: 938 afiliados (cantidad referencial).
- Duración Contrato: Desde enero a diciembre de 2019 (12 meses).

Se adjunta Términos de Referencia los cuales incluyen 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 el Sistema de Informaciones del Portal Mercado Público 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", se estima el día **18 de diciembre de 2018**. El plazo para la apertura de las ofertas es de acuerdo a estipulado en el Artículo 14 bis del Reglamento de la Ley N°19.886, es decir, 10 días hábiles contados desde su publicación.

El responsable administrativo de esta licitación es Marcelo Madrid Díaz.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.

RM



V° B° DIRECCIÓN DE ASESORIA JURÍDICA



V° B° ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL

RM



RODRIGO VARGAS QUIROZ
SECRETARIO COMUNAL DE PLANIFICACIÓN (S)



V° B° DIRECCIÓN DE CONTROL MUNICIPAL

E. Mattei

V° B° ALCALDESA

RBC/MMC
Distribución
- Licitaciones
- 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"

CB
3253
20 DIC 2018

GRAN COMPRA A TRAVÉS DE 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”.
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 938 afiliados al Servicio de Bienestar, junto a sus cargas legales:

Detalle Afiliados	Cantidad
Total Afiliados Activos	926
Total Afilados Pasivos	12
Total Afiliados	938

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	

Sin definición previa de patologías para todos los productos.

4.- CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:
4.1.- Servicios Solicitados:
4.1.1.- Seguro de Vida:

SEGURO DE VIDA – PLAN UNICO			
	Monto Asegurado	Carencias	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 ÚNICO			
	% Reembolso	Deducible UF		Otros
Afiliado Solo		0,5		
Afiliado con 1 carga		1		
Afiliado con 2 o más cargas		1,5		
0.10 Reembolso para gastos sin cobertura Isapre o FONASA.	43 % y se aplica ítem respectivo.	Depende del ítem respectivo.		s/tope
0.11 no codificados	43 % de la boleta	s/tope por evento		UF 12 (Tope Anual)
GASTOS AMBULATORIOS	% Reembolso	% Bono	Tope Prest. UF	Tope Anual
A.10 Consultas médicas	43	60	UF 0.43 por sesión	UF 8
A.20 Exámenes y procedimientos (incluye preventivo mamografía, kinesiología y fonaudiología)	34	51	s/tope	UF 12
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 12
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 C/Deducible plan.	34	34	s/tope	
A.47 Medicamentos genéricos o Bioequivalentes Cruz Verde	68	68	s/tope	
A.47 Medicamentos de marca Cruz Verde	34	34	s/tope	
A.48 Medicamentos genéricos o Bioequivalentes Ahumada.	68	68	s/tope	
A.48 Medicamentos de Marca Ahumada	34	35	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 0.43 por sesión	UF 8
S. 24 Hospitalización	43	43	s/tope	UF 12
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 2.5
V. 21 Prótesis y Órtesis (incluyendo audífonos y silla de ruedas)	60	60	s/tope	UF 12





GASTOS HOSPITALARIOS	% Reembolso	% Bono	Tope Prest. UF	Tope Anual
H.10 Día cama hasta 30 días	68	68	UF 4.3 diarias	30 días
H.11 Exceso día cama	60	60	UF 3.4 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
MATERNIDAD	% Reembolso	% Reembolso	Tope Prest. UF	Tope Anual
M.10 Parto Normal	43	43	s/tope	UF 12
M. 30 Cesárea	43	43	s/tope	UF 17
M.20 Aborto no provocado	43	43	s/tope	UF 8
GASTOS EN EL EXTRANJERO				
Zonas Límitrofes:	<p>Se otorgará cobertura ídem plan de beneficios para las atenciones efectuadas en el extranjero, una vez bonificadas por su sistema de salud previsional.</p> <p>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.</p>			
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:	<p>En caso de ser cubiertos por su sistema de salud previsional, los asegurados deberán enviar los bonos, documentos de reembolsos 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.</p> <p>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.</p>			

1

4.1.3.- Seguro Catastrófico:

SEGURO CATASTROFICO – PLAN ÚNICO		
1. Gastos Hospitalarios	% Reembolso	Tope Anual UF
<i>Día cama</i>	100	<i>Sin tope</i>
<i>Honorarios médicos</i>	100	Sin tope
<i>Día cama UTI/intermedio</i>	100	Sin tope
<i>Derecho a pabellón</i>	100	Sin tope
<i>Cirugía dental por accidente</i>	100	Sin tope
<i>Servicio ambulancia (50 km)</i>	100	Sin tope
<i>Medicamentos - insumos</i>	100	Sin tope
<i>Servicio enfermería</i>	100	Sin tope
<i>Otros gastos</i>	100	Sin tope
2. Gastos ambulatorios	% Reembolso	Tope Anual UF
<i>Medicamentos</i>	50	Sin tope
<i>Consulta médica</i>	100	Sin tope
<i>Exámenes</i>	100	Sin tope
<i>Procedimientos</i>	100	Sin tope
<i>Drogas Antineoplásicas</i>	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	
<i>Nota: Se considerará como periodo de acumulación para el monto máximo asegurado de reembolso igual a un año de vigencia</i>		

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 POL220130565 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 de enfermedades preexistentes al inicio y durante la vigencia del contrato.

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 legalmente reconocidas. 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 el Código POL320130567 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 POL320130567, 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 operara 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 reajuste 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 contabilizará 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 de la 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 AUGE 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.

- **Clausula especial de continuidad de seguros**

La póliza que se suscriba como producto de esta licitación otorgará continuidad de cobertura a los asegurados que se encuentren cubiertos en todas las pólizas del convenio marco que se encuentra vigente al momento de la publicación de la presente propuesta.

Será obligación de la entidad aseguradora dar continuidad a la bonificación de 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, sin nueva evaluación de pertinencia, con la sola presentación de una colilla de bonificación o documento que demuestre el pago.

e. Mecanismos de operación

Será obligación de la entidad aseguradora proponer y entregar un manual de operación del seguro a los beneficiarios. Lo anterior, sin perjuicio que en la elaboración del referido manual pueda participar el Servicio de Bienestar contratante.



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 considerará 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 siniestros 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

Se deberá presentar un cuadro resumen de todas las prestaciones durante el periodo analizado y acumulado, en detalle, analizando en profundidad cada uno de los ítems, comparado con la siniestralidad general de los demás Servicios de Bienestar contratantes.

- **Distribución de gastos por Prestación**

Se deberá presentar un cuadro según cada beneficio otorgado por las pólizas del seguro, y su utilización por prestaciones, etc.

- **Deducibles por beneficiario**

Se deberá presentar un cuadro mensual con el Rut y nombre del asegurado titular, que especifique el deducible acumulado en UF y en pesos chilenos.

- Encuestas de Satisfacción a los usuarios y la emisión de sus respectivos informes al contratante.



6.- Evaluación y adjudicación de las ofertas**6.1.- Procedimiento de Evaluación de ofertas**

La evaluación de las ofertas se realizará considerando los siguientes criterios y ponderadores:

Criterios	Ponderación
A. Valor Prima Mensual de la Póliza	95%
B. Desarrollo Sustentable	3%
C. Cumplimiento de Requisitos Formales	2%

EVALUACIÓN DE OFERTAS:

Los puntajes obtenidos en los criterios mencionados anteriormente, serán sumados entre sí para la obtención del puntaje final. A continuación, se detallan cada uno de los criterios de evaluación:

A. VALOR PRIMA MENSUAL DE LA PÓLIZA (95%)

Para la evaluación de este criterio se comparará el valor de la prima mensual de la póliza del seguro evaluado contra el valor mínimo entre todas las primas ofertadas por dicho seguro. El oferente deberá ingresar el valor bruto de su oferta (valor con todos los impuestos incluidos), expresado en Unidad de Fomento (UF) hasta con dos decimales. El puntaje resultante será calculado a través de la siguiente fórmula:

Puntaje de ítem por oferente:

$$\text{Puntaje Precio Oferente} = (\text{Precio Mínimo} / \text{Precio Oferente}) \times 100$$

Una vez obtenidos el puntaje, se multiplicará dicho valor, por un ponderador que refleja la importancia de valor de la prima en el cálculo del puntaje "Criterio Valor Prima Mensual de la Póliza". Este ponderador es el siguiente:

Seguro	Ponderador
Plan Colectivo de Vida con adicional de Salud	100

De esta forma, se obtendrá el puntaje final para el criterio Valor Prima Mensual de la Póliza el que posteriormente será multiplicado por el porcentaje correspondiente (95%).

El precio ofertado deberá incluir todos los impuestos que correspondan.

B. DESARROLLO SUSTENTABLE (3%)

La asignación de puntajes en este criterio será realizada de acuerdo a la declaración de cumplimiento de alguna de las materias y contenidos para los cuales el oferente declare dar cumplimiento. Para esto en el caso de cumplir con alguno de los puntos descritos en la tabla siguiente, el oferente deberá indicar "SI".

Materias y contenidos	Medio de verificación
El proveedor cuenta con política de inclusión laboral.	Contrato de trabajo vigente correspondiente a personas en situación de discapacidad, jóvenes trabajadores o adultos mayores.
El proveedor dispone de reporte de sostenibilidad.	Copia digital del informe bajo en estándar GRI del año anterior a este Convenio Marco.

Adicionalmente, el Servicio de Bienestar contratante podrá solicitar al Oferente que resulte adjudicado la presentación de los documentos que comprueben la veracidad de lo declarado en este criterio, de acuerdo al "Medio de Verificación" señalados en la tabla predecesora.

En la eventualidad que algún oferente no entregue el documento, no declare o declare negativamente (NO) en la tabla del anexo en campo dispuesto para ello para todos los puntos descritos de cualquiera de las dos opciones se le asignará 0 puntos en este criterio.

La declaración de uno de los criterios antes mencionados otorgará 100 puntos. El máximo puntaje que se podrá obtener para este criterio es de 100 puntos.

Medios de Verificación:

A continuación, se detalla la documentación de respaldo que deberá ser presentada por el Oferente, a través del Sistema de información, como medio de verificación, para la acreditación, validación y/o comprobación del cumplimiento de los contenidos de sustentabilidad:

- a. Copia simple del contrato de trabajo de personas en situación de discapacidad, jóvenes trabajadores a adultos mayores, de carácter indefinido, cuya fecha de suscripción deberá ser de al menos 6 meses anteriores a la publicación del Llamado a licitación en el sistema, junto con acompañar copia simple de documento que acredite la inscripción del (los) trabajador (es) respectivo (s) en el Registro Nacional de Discapacidad o certificación del COMPIN, o documentación equivalente (solo para personas en situación de discapacidad). Copia de Cédula de Identidad, y copia simple de certificado de pago de cotizaciones laborales y previsionales de los últimos 6 meses anteriores a la publicación del llamado a licitación del (los) trabajador(es) respectivo(s).
- b. Reporte de sostenibilidad bajo estándar GRI -iniciativa de Reporte Global- (acreditable a través de copia digital del último informe GRI presentado, el cual debe ajustarse a las orientaciones y directrices de la GRI. Mayor información en www.globalreporting.org/home/languagebar/spanishpage.htm) o equivalente.

Se deja expresa constancia, que el Servicio de Bienestar contratante se reserva el derecho de comprobar y acreditar la existencia, validez, veracidad y atingencia de la información, documentación y/o certificaciones entregadas, así como el contenido de las mismas, ya sea en la evaluación y/o la operación esta información.





C. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS FORMALES DE PRESENTACIÓN DE OFERTA (2%)

Este criterio será aplicado para todas las categorías, donde cada oferente deberá cumplir con lo solicitado en las "Instrucciones para Presentación de Ofertas".

Puntaje:

Cumple con los requisitos formales de presentación de Oferta	100 puntos
No Cumple con los requisitos de presentación de oferta	0 puntos

El oferente que presente su oferta cumpliendo todos los requisitos formales de presentación de la misma y acompañando todos los antecedentes requeridos, hasta antes del cierre de presentación de las ofertas, obtendrá 100 puntos. El oferente que haya incumplido los requisitos formales o haya omitido antecedentes o certificaciones al momento de presentar su oferta, aun cuando los acompañe con posterioridad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 40, inciso 2°, del reglamento de la ley N° 19.886, obtendrá 0 puntos en este criterio.

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 el inicio de la cobertura para quienes se afilien al seguro	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 enero de 2019 a diciembre de 2019.

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.



JAIME PLA ESCOBAR
DIRECCIÓN DE PERSONAS



GMV/



ANEXO N°1

OFERTA ECONOMICA SEGUROS DE VIDA CON ADICIONAL DE SALUD

NOMBRE CORREDORA

(si aplica - Adjuntar Certificado de la SVS que lo acredita)

NOMBRE LIQUIDADORA

(si aplica)

CLASIFICACION DE RIESGO DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA

(Adjuntar Certificado de a SVS que Lo acredita como compañía de seguro y certificado de clasificación de riesgo)

NOMBRE Farmacias Asociadas

(Precios en Unidades de Fomento (UF) y hasta con 4 decimales)

Precio Bruto Mensual Plan 2 Colectivo de Vida con Adicionales de Salud: _____

Nombre Persona Natural o del apoderado de la unión temporal de proveedores o del Representante Legal:	
Nombre de la empresa:	
Firma Persona Natural o del Apoderado de la unión temporal de proveedores o del Representante Debidamente Autorizado:	
Fecha:	

ANEXO N° 2

DECLARACION JURADA CUMPLIMIENTO DE POLITICAS Y/O PROGRAMAS DE SUSTENTABILIDAD SEGURO DE VIDA CON ADICIONAL DE SALUD

El firmante, en su calidad de oferente o de representante legal del oferente, (nombre persona natural o razón social de la empresa), RUT _____, de la adquisición de SEGURO DE VIDA CON ADICIONAL DE SALUD, declara bajo juramento que*:

Materias y contenidos	Medio de verificación	DECLARA SI/NO
El proveedor cuenta con política de inclusión laboral.	Contrato de trabajo vigente correspondiente a personas en situación de discapacidad, jóvenes trabajadores o adultos mayores.	
El proveedor dispone de reporte de sostenibilidad.	Copia digital del informe bajo en estándar GRI del año anterior a la licitación.	

*El Municipio contratante se reserva el derecho a constatar la validez de los antecedentes y certificaciones acompañados por el oferente, así como de la respectiva entidad certificadora.

Nombre Persona Natural o del apoderado de la unión temporal de proveedores o del Representante Legal:	
Nombre de la empresa:	
Firma Persona Natural o del Apoderado de la unión temporal de proveedores o del Representante Debidamente Autorizado:	
Fecha:	

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 PROCESO

Publicación en Portal Mercado Público 24 de diciembre de 2018
www.mercadopublico.cl

Fecha Fin Proceso de Compra. 10 de enero de 2019

Fecha de Decisión de Compra 15 de enero de 2019

