



Fonasa

1539 04.04.2016

RESOLUCIÓN EXENTA 4.1D/N°

MAT.: APRUEBA BASES ADMINISTRATIVAS Y TÉCNICAS Y ANEXOS DE LA LICITACIÓN PÚBLICA PARA CONTRATAR "SEGURO COMPLEMENTARIO DE VIDA, SALUD, CATASTRÓFICO Y DENTAL PARA LOS AFILIADOS DEL SERVICIO BIENESTAR Y SUS CARGAS FAMILIARES VIGENTES" DEL FONDO NACIONAL DE SALUD /

VISTOS: Lo dispuesto en el Libro I del D.F.L. N°1/2005 de Salud, las facultades que me confiere el Decreto Supremo N°46/2014 del Ministerio de Salud; Ley N°19.886, D.S. 250/2004 de Hacienda; la Resolución Exenta 4A/N°35/2016, del Fondo Nacional de Salud, la ley N° 20.730, ley lobby, Ministerio Secretaría General de la Presidencia; la Ley N° 20.882, de Presupuestos del Sector Público para el año 2016 y lo señalado en la Resolución N°1600/2008, de la Contraloría General de la República.

CONSIDERANDO:

1. Que, el Fondo Nacional de Salud mediante el Servicio de Bienestar otorga beneficios a las funcionarias y funcionarios afiliados y afiliados pensionados y su grupo de cargas familiares vigentes.

2. Que, para el presente año se determinó contratar los servicios de una compañía aseguradora para otorgar beneficios económicos de reembolso para los gastos médicos, clínicos, dentales, farmacéuticos, de hospitalización u otros en los que incurren sus afiliados.

3. Que, los servicios a contratar se encuentran en el catálogo del convenio marco. No obstante, efectuadas cotizaciones en el mercado asegurador fue posible verificar la existencia de condiciones más ventajosas para el servicio disponible en el catálogo.

4. Que, el artículo 15 del Decreto Supremo N°250/2004, de Hacienda, dispone que existiendo condiciones más ventajosas respecto de un bien o servicio contenido en el Catálogo, deberá efectuar el proceso de compra conforme a la Ley de 19.886 y el Decreto antes citado, por lo que en uso de mis facultades, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1. Apruébense las Bases Administrativas, Bases Técnicas y sus Anexos que regulan el respectivo proceso en el Fondo Nacional de Salud, para llamar a la siguiente Licitación Pública, cuyo texto es del siguiente tenor:

BASES ADMINISTRATIVAS

"SEGURO COMPLEMENTARIO DE VIDA, SALUD, CATASTRÓFICO Y DENTAL PARA LOS AFILIADOS DEL SERVICIO BIENESTAR Y SUS CARGAS FAMILIARES VIGENTES"

1. INTRODUCCIÓN

La presente licitación tiene por objeto contratar "Seguro Complementario de Vida, Salud, Catastrófico y Dental para los afiliados del Servicio Bienestar y sus cargas familiares vigentes", para el período de 8 meses del presente año, de manera de otorgar una indemnización (reembolso) a los afiliados y sus cargas familiares por los gastos médicos, clínicos, dentales, farmacéuticos, de hospitalización u otros en los que éstos deban incurrir para acceder a un tratamiento médico o consecuencia de una enfermedad o accidente. Dicho seguro deberá operar de forma oportuna ante un siniestro o eventualidad, lo cual nos permita que la Compañía aseguradora gestione y ejecute de manera eficiente la liquidación e indemnización teniendo resguardado todo el territorio nacional.

2. PARTICIPANTES

2.1 PERSONAS QUE NO PUEDEN PARTICIPAR

Debe tenerse presente que no podrán participar en esta licitación aquellas personas que se encuentren en alguna de las situaciones contempladas en el inciso sexto del artículo 4 de la Ley 19.886, esto es, no podrán participar en el proceso licitatorio los funcionarios directivos del FONASA ni personas unidas a ellos por los vínculos de parentesco descritos en la letra b) del artículo 54 de la Ley 18.575, antecedente del mismo regulado por el DFL 1/19653 del año 2000, ni sociedades de personas de las que aquellos o éstas formen parte, ni sociedades comanditas por acciones o anónimas cerradas en que aquellos o éstas sean accionistas, ni sociedades abiertas en que aquellos o éstas sean dueños de acciones que representen el 10% o más del capital, ni con los gerentes, administradores, representantes o directores de cualquiera de las sociedades antedichas.

Asimismo, quedarán excluidos de esta licitación quienes, al momento de la presentación de la oferta, hayan sido condenados por prácticas antisindicales o infracción a los derechos fundamentales del trabajador; y quienes dentro de los dos años anteriores al momento de la presentación de la oferta, hayan sido condenados por delitos concursales establecidos en el Código Penal, conforme con lo señalado en el inciso primero del artículo 4º de la ley Nº 19.886. Lo anterior, sin perjuicio de las facultades de FONASA de verificar esta información, en los registros que para tal efecto lleva la Dirección del Trabajo, en cualquier momento, publicación, consultas y aclaraciones, presentación de la oferta, apertura de las ofertas, evaluación de las ofertas, adjudicación o durante la operación de la licitación.

2.2 PERSONAS QUE PUEDEN PARTICIPAR Y REQUISITO PARA CONTRATAR

Podrán participar en la presente licitación personas naturales o jurídicas, chilenas o extranjeras, que acrediten su situación financiera e idoneidad técnica conforme al reglamento de la ley Nº 19.886, cumpliendo con los demás requisitos que éste señale y con los que exige el derecho común; como asimismo, uniones temporales de proveedores, de acuerdo a lo señalado en el artículo 67 bis del reglamento de la Ley Nº 19.886.

Aquellos participantes que no estén inscritos en el registro de contratistas y proveedores de la administración, contemplado en el artículo 16 de la ley 19.886, (Portal "Chile Proveedores"), dicho requerimiento le será exigido previo a la emisión de la Orden de Compra y en el plazo estipulado en el número 10 de las presentes bases.

Aquellos que Certifiquen su condición de corredor de Seguros deberá ser, a través de certificado emitido por la Superintendencia de Valores y Seguros de Chile.

3. CONFIDENCIALIDAD

Toda la información proveniente del proceso de licitación, esto es, ofertas, informes, documentos, etc., serán de propiedad exclusiva de Fonasa.

El servicio contratado, los procesos asociados, documentación, información, datos, bases de datos, en cualquier soporte en que se encuentren generados por este y para este servicios, y/o aquella que se recopile para la realización del mismo, tendrán el carácter de confidencial y todas las personas cualquiera sea la calidad y/o actividad en que participen en el servicio, deberán guardar confidencialidad sobre todos los antecedentes derivados del mismo, los que pertenecerán en exclusividad a Fonasa.

El proveedor deberá dar garantía de la confidencialidad de la información, pudiendo Fonasa ejercer las acciones que fueren pertinentes en resguardo del interés institucional. La divulgación, por cualquier medio, total o parcial, de la información referida, podrá dar lugar al término anticipado del servicio y al cobro de la garantía de fiel y oportuno cumplimiento del servicio y ejercer las acciones legales que correspondan, haciendo responsable solidariamente el proveedor de las acciones de sus empleados, consultores y subcontratistas que realicen tal acción.

Todo lo anterior, es sin perjuicio de las normas contempladas en la Ley N° 20.285 sobre Transparencia y Acceso a la Información Pública.

4. ACEPTACIÓN DE LAS BASES

Las Bases Administrativas y Técnicas de esta licitación, como asimismo cualquier documento que las interprete o complemente, se entenderán conocidas y obligatorias para todos los participantes y para todos los efectos legales serán parte integrante de la relación contractual que se establezca con el Fondo Nacional de Salud.

La información, resultados y documentos generados como producto de la ejecución del Servicio es de propiedad exclusiva del Fondo Nacional de Salud. El Adjudicatario, no podrá disponer de ese material ni usarlo en forma alguna, sin la autorización por escrito del Administrador del Servicio.

Para tales efectos, se adjunta un formato con el cual deben hacer la declaración de aceptación de estas bases en Anexo N°1 – A y Anexo N°1 – B. Se deben también adjuntar todos los anexos firmados por el proveedor y/o representante legal.

5. ETAPAS DEL PROCESO

La presente licitación publicada en el portal www.mercadopublico.cl, estará regulada por el siguiente proceso, estableciéndose su calendarización en Anexo N°4, adjunto a las presentes Bases.

5.1 Publicación de Bases: El Fondo Nacional de Salud, llama a participar en esta Licitación a quienes cumplan los requisitos señalados en el numeral 2.1 de estas bases, mediante el Sistema de Compras públicas www.mercadopublico.cl, publicándose dichas Bases Administrativas, Técnicas y sus Anexos en la fecha establecida en el calendario general, documento anexo que forma parte de las presentes bases.

5.2 Consultas, Aclaraciones y Complementos: Los participantes o proponentes podrán hacer consultas tanto de carácter técnico como de índole administrativa, que estimen necesarias, dentro del plazo establecido en calendario general. Las consultas y/o aclaraciones sólo se podrán formular por escrito, a través del portal www.mercadopublico.cl.

El Fondo Nacional de Salud responderá las consultas y aclaraciones y podrá emitir complementos que permitan una mejor comprensión e interpretación de las bases y/o del proceso de licitación, lo que se hará en el mismo documento a través del portal www.mercadopublico.cl y dentro del período establecido en el Calendario General.

Con todo, si las bases fueren objeto de modificación, antes del cierre de recepción de ofertas se le otorgará a los oferentes el plazo máximo de 5 días corridos para la adecuación de las ofertas, y se hará mediante resolución y producirá sus efectos una vez totalmente tramitada.

Los plazos del Calendario serán ajustados en el mismo acto resolutorio y publicándolo en el portal www.mercadopublico.cl, en los términos que expresa el artículo 19 del Decreto Supremo de Hacienda N° 250 de 2004.

5.3 Presentación de las ofertas: Los participantes deberán ingresar sus ofertas técnicas y económicas en el portal www.mercadopublico.cl, de acuerdo al numeral 7 de estas bases, a más tardar el día y hora señalados en el Calendario General.

Sólo el documento de garantía de seriedad de la oferta se entregará en un sobre cerrado indicando el nombre de la propuesta, en Oficina de Partes, Monjitas 665, comuna de Santiago, Ciudad de Santiago, en la fecha que se señala en el Calendario General, cumpliendo con las exigencias y supuestos que se establecen en el Art. 62º del Decreto de Hacienda N° 250, Reglamento de la Ley de Compras 19.886.

5.4 Apertura de las Ofertas Técnicas y Económicas: La apertura y aceptación de las ofertas recibidas en el portal www.mercadopublico.cl, se realizará en forma electrónica, en la fecha y hora definida en el Calendario General, oportunidad en que sólo se verificará el documento de Garantía de Seriedad de la Oferta, en los términos señalados en el numeral 6.1 de estas bases. El resto de los antecedentes incorporados por los oferentes en dicho portal, serán evaluados por la Comisión Evaluadora nombrada en el numeral 9.1 de estas Bases, los que deberán cumplir con las exigencias que se establecen en el numeral 7 de las presentes bases de licitación.

La Comisión evaluará las ofertas que se presenten en virtud de los criterios de evaluación, señalados en el numeral 9.2 de estas bases, levantando la correspondiente Acta de Evaluación.

5.5 Adjudicación: La adjudicación de esta licitación se hará por Resolución de la Directora del Fondo Nacional de Salud, la que se dictará en el plazo señalado en el Calendario General y se publicará en el portal www.mercadopublico.cl, Idéntico procedimiento se observará en caso que la licitación se declare desierta.

La adjudicación se hará a un solo proveedor.

5.6 Ampliación de Plazos: En el caso que alguna de las etapas de la Licitación no pudiera realizarse en el plazo señalado en el Calendario General, se publicará, con la debida antelación, la resolución con el motivo de su postergación y la nueva fecha estipulada en el Calendario, mediante Resolución totalmente tramitada, en la que se otorgará un plazo de hasta 30 días corridos.

Si Fonasa advierte que la **adjudicación** en cuestión no se realizará en el plazo señalado en las respectivas bases, en conformidad a lo previsto en el inciso segundo del artículo 41 del decreto N° 250, de 2004, del Ministerio de Hacienda, dejará constancia de aquello en el portal www.mercadopublico.cl, precisando el nuevo plazo y manifestando las razones que justifican dicha situación, lo que no constituye una modificación del pliego de condiciones. Por tanto, Fonasa comunicará esta situación a través de un acta de la Comisión Evaluadora de Ofertas o de la jefatura responsable del proceso.

Modificado un plazo, los plazos sucesivos se entenderán ampliados en los mismos términos que para lo dispuesto en aquel.

6. GARANTÍAS

6.1 GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA

Los participantes al momento de presentar sus ofertas, deberán acompañar Garantía por Seriedad de la Oferta, en favor del Fondo Nacional de Salud, por un monto de \$ 500.000.- (Quinientos mil pesos chilenos), por cada oferta a presentar, indicando en su glosa "**GARANTIA DE SERIEDAD DE LA OFERTA LICITACIÓN SEGURO COMPLEMENTARIO DE VIDA, SALUD, CATASTRÓFICO Y DENTAL PARA LOS AFILIADOS DEL SERVICIO BIENESTAR Y SUS CARGAS FAMILIARES VIGENTES**" y deberá ser pagadera a la vista y tener el carácter de irrevocable. Tendrá vigencia de 60 días corridos desde la fecha de cierre de recepción de las ofertas.

Esta garantía será custodiada, por la Sección Tesorería del Fondo Nacional de Salud, y se devolverá a los participantes que no resulten favorecidos en la licitación, dentro de los 10 días hábiles siguientes a la notificación de la Resolución de Adjudicación o de la Resolución que declara desierta la licitación, según sea el caso.

Respecto del adjudicatario, la garantía será devuelta al momento de la entrega del documento que garantice el fiel cumplimiento del servicio.

Si se omitiera el Documento de Garantía, o no se extendiera bajo las condiciones establecidas en las presentes bases, la oferta del proponente será declarada inadmisibles, quedando excluida su oferta.

6.2 GARANTÍA FIEL CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO

Para respaldar el íntegro, correcto y oportuno cumplimiento del servicio que se suscriba, el adjudicatario deberá entregar una Garantía de Fiel Cumplimiento del Servicio, a favor del Fondo Nacional de Salud, por un monto de \$1.000.000, cuya glosa será: "**GARANTIA DE FIEL CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO LICITACIÓN SEGURO COMPLEMENTARIO DE VIDA, SALUD, CATASTRÓFICO Y DENTAL PARA LOS AFILIADOS DEL SERVICIO BIENESTAR Y SUS CARGAS FAMILIARES VIGENTES**", con el requisito de que no tenga condiciones que afecten el pago de la garantía de manera rápida y efectiva, que sea pagadera a la vista y de carácter irrevocable; y cuyo vencimiento debe exceder en 60 días hábiles a la vigencia del servicio.

El objeto de este documento es garantizar cualquier incumplimiento o infracción a las obligaciones que emanan de las bases administrativas, técnicas, anexos y servicios, lo que será constatado, ponderado y evaluado por el Administrador del Servicio. También cauciona el cumplimiento de las obligaciones laborales y sociales de los trabajadores en los términos señalados en el artículo 11 de la ley 19.886. Sin perjuicio de lo anterior, también se hará efectiva esta garantía sin más trámite, en caso que el servicio termine anticipadamente, por causa imputable al adjudicatario, conforme lo previene el numeral 12 de estas Bases Administrativas, y para el pago de multas, según lo previene el numeral 13 de estas bases.

Esta garantía será custodiada por la Sección Tesorería del Fondo Nacional de Salud, por el período de su vigencia, y se devolverá a su vencimiento, si no hubiesen situaciones pendientes que ameriten hacer efectiva la misma.

El plazo máximo para la recepción de la **GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO**, es de **8 días hábiles** a contar de la fecha de notificación de la adjudicación.

Recepcionado el documento de Garantía se emitirá la orden de compra respectiva, según número 22 de estas bases.

De no cumplir con la presentación del documento en el plazo estipulado, se entenderá que desiste de la oferta, pudiendo el Fondo Nacional de Salud adjudicar a los oferentes que le siguen en orden de puntaje, si las ofertas fueran convenientes para FONASA.

7. PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS

Los participantes deberán presentar sus ofertas en el portal www.mercadopublico.cl a más tardar en la fecha de cierre indicada en el sitio, incorporando lo siguiente:

a) ANTECEDENTES GENERALES Y/O LEGALES.

Los antecedentes generales que a continuación se indican, deberán presentarse en formato digital en el portal www.mercadopublico.cl, con posterioridad a la adjudicación y previo a la emisión de la orden de compra, salvo aquellos incorporados en el portal www.chileproveedores.cl:

- Declaración Jurada simple del participante persona natural o del representante de la persona jurídica o unión temporal de proveedores conforme al artículo 67 bis del Reglamento de la Ley N° 19.886, que indique que no es un funcionario directivo del Fondo Nacional de Salud, ni que se encuentre unido a alguno de los mencionados funcionarios por los vínculos de parentesco descritos en la letra b) del artículo 54 del DFL N° 1, del 2001 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, ni es socio de una sociedad de personas en que aquellos o éstas formen parte, ni tenga participación en sociedades comanditas por acciones o anónimas cerradas en que aquellos o éstas sean accionistas, ni es socio en una sociedad anónima abierta en que aquellos o éstas sean dueños de acciones que representen el 10% o más del capital, ni es gerente, administrador, representante o director de cualquiera de las sociedades antedichas. Que indique que no ha sido condenado por prácticas antisindicales o infracción a los derechos fundamentales de los trabajadores, dentro de los anteriores 2 años. Que indique que no ha incurrido en las conductas previstas por la Ley N°20.393, en los artículos 8 y 10, que

establece la responsabilidad penal de las personas jurídicas en los delitos de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y delitos de cohecho que indica. Así como no haber sido condenado por delitos concursales, según el Código Penal (art. 401, ley 20.720), dentro de los dos años anteriores al momento de presentar la oferta, formular la propuesta o suscribir el servicio. (Según Anexo N° 2-A o Anexo N° 2 -B).

- Declaración de aceptación de las Bases Administrativas. (Según Anexo N° 1-A o Anexo N°1- B).
- Identificación del Representante Legal del oferente. (Anexo N° 3).
- En el caso que la postulación sea de un corredor de seguros, deberá presentar documento que acredite condición de corredor de Seguros y Carta de representación de la Compañía de Seguros.
- Boleta de Garantía de Seriedad de la Oferta, según lo señalado en el numeral 6.1 de estas Bases.
- Certificado de vigencia social, si correspondiera.

Sólo el documento de Garantía por Seriedad de la Oferta, señalada en el numeral 6.1 de estas Bases, será entregada en la Oficina de Partes del Fondo Nacional de Salud, ubicada en calle Monjitas N° 665, primer piso, Santiago, el día y hora señalados en el calendario general, en un sobre cerrado caratulado "**LICITACIÓN SEGURO COMPLEMENTARIO DE VIDA, SALUD, CATASTRÓFICO Y DENTAL PARA LOS AFILIADOS DEL SERVICIO BIENESTAR Y SUS CARGAS FAMILIARES VIGENTES**", dirigido al Jefe de la Sección Compras y Abastecimiento, señalando además el nombre del participante y su Rut.

b) OFERTA TÉCNICA Y ECONÓMICA

La oferta técnica y económica se debe incorporar al Portal www.mercadopublico.cl y ser presentada conforme a las condiciones especificadas en las presentes Bases.

La oferta técnica y económica está compuesta por los siguientes antecedentes, cada uno de los cuales tiene su respectivo anexo, que debe ser ingresado por el proponente en el portal www.mercadopublico.cl:

1. **Precio (Oferta Económica), según anexo N°6.**
2. **Propuesta de planes de beneficios, según anexos N°7, 8 y 9.**
3. **Propuesta Técnica del Servicio.**

<p>1. PRECIO</p>	<p>ANEXO N°6</p>	<p>El precio debe ser ingresado en la página del portal de mercado público.</p> <p>El precio debe indicarse en el anexo n°6 y subirse al portal de mercado público.</p> <p>La oferta económica se presentará en Unidad de Fomento.</p> <p>El precio debe incorporar todos los costos correspondientes al servicio ofertado.</p> <p>Las Ofertas que presenten los proponentes deberán tener una vigencia mínima de 60 días corridos, a contar de la fecha del acto de apertura de las mismas, situación que deben explicitar en su oferta. De no señalarlo se entenderá como se indica.</p> <p>En el caso de que el oferente no indique el precio en anexo económico, su oferta será declarada inadmisibile.</p>
<p>2. PROPUESTA DE PLANES DE BENEFICIOS</p>	<p>ANEXO N°7, 8 y 9</p>	<p>Incorporar los planes de beneficios ofertados, según especificaciones establecidas.</p> <p>En caso de considerar planes de beneficios adicionales, no pueden contener condiciones menores a las de las presentes bases.</p>

		<p>La oferta deberá establecer detalladamente las condiciones generales y particulares de las Pólizas (indicar las exclusiones y las coberturas). Con las excepciones señaladas en el punto N°2.1 de las Bases Técnicas. En caso de no acompañar las condiciones particulares, se entenderá que las ofertas que presenten los oferentes proporcionarán las condiciones señaladas en los anexos n° 7,8 y 9 de las presentes bases de licitación.</p>
<p>3. PROPUESTA TÉCNICA DE SERVICIO</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Nómina de sucursales a nivel nacional con dirección. • En la oferta técnica se deberá incorporar una nómina de ejecutivos para la atención personalizada y preferente por cada Región, indicando Nombre de ejecutivo y dirección • Plazo según condiciones señaladas en el punto N°3 de las bases técnicas. • Reportería/Informes de gestión mensual de uso de la póliza y su índice de siniestralidad. • Disponibilidad de asesorías de gestión y administración de póliza. • Descripción del proceso y lugares de presentación de antecedentes para liquidación de siniestros. <p>En el caso de que el oferente no presente este documento su propuesta será declarada inadmisibles.</p>

Frente a discrepancias o diferencias de información, entre lo indicado directamente en la ficha respectiva de la licitación del portal mercado público versus lo indicado en los anexos ingresados, prevalecerán los datos de los anexos.

Las ofertas que presenten los proponentes deberán tener una vigencia mínima de 60 días corridos, a contar de la fecha de su presentación, situación que deben explicitar en la misma oferta. En caso que el oferente no explicita este plazo de validez de la oferta, se entenderá que acepta la vigencia antes señalada.

8. RECHAZO DE LAS OFERTAS

El Fondo Nacional de Salud declarará inadmisibles aquellas ofertas que no cumplan con los requisitos señalados en los numerales anteriores, pudiendo a su vez, declarar desierta la licitación cuando no se presenten ofertas, o bien, cuando éstas no resultaren convenientes a sus intereses, debiendo dejarse constancia en la respectiva acta de apertura. En ambos casos la declaración deberá realizarse mediante resolución fundada.

El Fondo Nacional de Salud podrá solicitar, a uno o más oferentes que salven errores u omisiones formales, si la oferta económica y técnica resultara de interés, y siempre que las rectificaciones de dichos vicios u omisiones no les confieran a esos oferentes una situación de privilegio respecto de los demás competidores, esto es, en tanto no se afecten los principios de estricta sujeción a las bases y de igualdad de los oferentes, y se informe de dicha solicitud al resto de los oferentes a través del Sistema de Información, todo ello de conformidad al inciso primero del artículo 40 del reglamento de la ley 19.886.

Asimismo FONASA podrá, requerir de uno o más oferentes la presentación de certificaciones o antecedentes que éstos hayan omitido presentar al momento de efectuar la oferta, siempre que dichas certificaciones o antecedentes se hayan producido u obtenido con anterioridad al vencimiento del plazo para presentar ofertas o

se refieran a situaciones no mutables entre el vencimiento del plazo para presentar ofertas y el periodo de evaluación.

El plazo fatal para la presentación de las certificaciones, documentos o antecedentes faltantes será de 24 horas corridos, contados desde el requerimiento informado a través del portal www.mercadopublico.cl, mediante la aplicación "Solicitud de Aclaraciones", la cual también tendrá por objeto la recepción electrónica de los mismos. Todo ello, de conformidad al inciso 2º, del artículo 40 del reglamento de la ley 19.886.

En estas circunstancias, la entrega de los antecedentes será calificada según los criterios de evaluación definidos en el numeral siguiente.

9. COMISIÓN EVALUADORA DE OFERTAS Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN

9.1 COMISIÓN EVALUADORA DE OFERTAS

El análisis, estudio y ponderación de las ofertas que se presenten a la licitación, corresponderá a una Comisión de Evaluación que se designa en este acto, para la **Licitación Seguro Complementario de Vida, Salud, Catastrófico y Dental para los Afiliados del Servicio Bienestar y sus Cargas Familiares Vigentes, ID 591-11-LQ16.**

Esta Comisión está integrada por funcionarios titulares y/o subrogantes, en caso de ausencia o impedimento del primero, de acuerdo al siguiente detalle:

COMISIÓN MIEMBROS TITULARES:

Cargo	Nombre
Presidenta CAB	María Cristina Yáñez Vivallos
Jefa del Servicio de Bienestar	Lidia Paredes Benavides
Representante afiliados ante el CAB	Nicole Ojeda Torrealba
Representante ANAFF ante el CAB	Maribel González Gutiérrez

MIEMBROS SUBROGANTES, en caso de ausencia de titulares:

Cargo a reemplazar	Nombre
Presidenta CAB	Marcia Alfaro Carvajal
Jefa del Servicio de Bienestar	Maria Teresa Villouta Vila
Representante afiliados ante el CAB	Fidelisia López Mórdaca
Representante ANAFF ante el CAB	Cristian Becerra Albanez

Esta comisión antes indicada propondrá, mediante acta a la Directora de la Institución, la adjudicación de la licitación al oferente que resulte con el puntaje mayor, una vez aplicados los criterios de evaluación, o bien estimando que la misma se declare desierta, por no haber ofertas de interés o convenientes para el Fondo Nacional de Salud.

9.2 CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Los criterios y su ponderación que considerará esta Comisión para evaluar las ofertas que se presenten, serán los siguientes:

CRITERIOS	PORCENTAJES
a) Precio	40
b) Plan de Beneficios	40
c) Propuesta Técnica del Servicio	15

d) Cumplimiento de Presentación de Requisitos Formales	5
TOTAL	100

CÁLCULO O PONDERACIÓN DE LOS CRITERIOS

El puntaje obtenido de acuerdo a los criterios se determinará como se indica a continuación:

a) Precio (40%):

Las propuestas económicas (Prima totalizada de los seguros) se ordenarán de menor a mayor de acuerdo al Anexo N° 6 presentado, aplicando la siguiente fórmula:

$$\text{PRECIO} = \frac{\text{OFERTA PRECIO MENOR} \times 100}{\text{OFERTA EVALUADA}}$$

En el caso de que el oferente no indique el precio en anexo económico, su oferta será declarada inadmisibles.

$$\text{Puntaje} = \text{Puntaje obtenido Precio} \times \text{ponderador (40\%)}$$

b) Plan de Beneficios (40 %):

Este criterio se evaluará según el cumplimiento de las condiciones establecidas en los Anexos N° 7, 8 y 9.

PLAN DE BENEFICIOS	Puntaje
Presenta mejores condiciones o beneficios a los solicitados en los anexos n° 7,8 y 9	100 puntos
Presenta las mismas condiciones o beneficios solicitados en los anexos n° 7,8 y 9	90 puntos
No indica o no ofrece lo mínimo solicitado.	0

$$\text{Puntaje} = \text{Puntaje obtenido Plan de Beneficios} \times \text{ponderador (40\%)}$$

c) Propuesta Técnica del Servicio (15%):

Este criterio estará compuesto por los siguientes subcriterios, según ponderaciones que se indican:

c.1) Nómina de sucursales (33%)

Sucursales a disposición de los servicios	Puntaje
Oficinas o sucursales en todas las regiones del país	100 puntos
Oficinas o sucursales al menos en las ciudades dónde se ubican las oficinas centrales de las Direcciones Zonales y Dirección Nacional (4 Direcciones Zonales (Antofagasta, Valparaíso, Concepción y Temuco) y Nivel Central (Santiago)).	90 puntos
Oficinas centralizadas en Región Metropolitana con asistencia remota a regiones	70 puntos
No indica o no ofrece lo solicitado	0 puntos

$$\text{Puntaje c1} = \text{Puntaje obtenido Nómina de sucursales} \times \text{ponderador (33\%)}$$

c.2) Plazos de cumplimiento (47%)

Los plazos a evaluar son aquellos considerados en el N° 3 de las Bases Técnicas.

Plazos de cumplimiento	Puntaje
Mejora lo solicitado	100 puntos
Iguala lo solicitado	90 puntos
No indica o no ofrece lo solicitado	Se declara inadmisibles

Puntaje c2= Puntaje obtenido Plazos de cumplimiento x ponderador (47%)

c.3) Asesorías de gestión y administración de póliza (20%):

SERVICIOS	Puntaje
Mejora lo solicitado	100 puntos
Iguala lo solicitado	90 puntos
No indica o no ofrece lo solicitado	Se declara inadmisibles

Puntaje c3= Puntaje obtenido Asesorías de gestión y administración de póliza x ponderador (20)

Puntaje Propuesta Técnica del Servicio= Puntaje c1+ Puntaje c2+Puntaje c3 x ponderador (15%)

d) Cumplimiento de Presentación de Requisitos Formales (5%): Se considerara la completitud de los antecedentes presentados, su claridad y pormenorización, cuando corresponda.

Presentación de antecedentes	Puntaje
Presenta todos los antecedentes solicitados, sin requerir salvar errores u omisiones.	100 puntos
Presenta antecedentes para salvar errores u omisiones formales o que se hayan producido u obtenido con anterioridad al vencimiento del plazo para presentar ofertas o se refieran a situaciones no mutables entre el vencimiento del plazo para presentar ofertas y el periodo de evaluación.	70 puntos
No presenta la totalidad de los antecedentes solicitados en bases o los solicitados posteriores a la apertura.	0 puntos

Puntaje = Puntaje Cumplimiento de Presentación de Requisitos Formales x ponderador (5%)

Puntaje Final, el puntaje final sumando se obtiene sumando los puntajes de los factores:

Puntaje Precio + Puntaje Plan de Beneficios+ Puntaje Propuesta Técnica del Servicio+ Puntaje Cumplimiento de Presentación de Requisitos Formales.

En el caso de empate entre las ofertas, se establecerá como ganadora aquella oferta que resulte más conveniente para la Institución en el criterio "**Precio**". Si aún persiste la igualdad, se recurrirá al criterio "**Plan de Beneficios**" y en tercer lugar, "**Propuesta Técnica del Servicio**".

10. FACULTAD DE READJUDICACIÓN

En el caso que el proveedor originalmente adjudicado rechace o no acepte la OC, desista de su oferta, sea inhábil para contratar con el Estado de acuerdo a los términos de la Ley 19.886 y su Reglamento, o no se inscribiera en el registro sitio www.Chileproveedores.cl en el plazo de 5 días hábiles de publicada la resolución de adjudicación en el portal mercadopublico.cl, FONASA podrá adjudicar al oferente que le siga en puntaje de acuerdo a la evaluación de las propuestas, el que deberá cumplir con las exigencias establecidas en las presentes bases.

En cualquiera de las situaciones anteriores, FONASA hará efectiva el cobro de la Garantía de Seriedad de la Oferta.

11. VIGENCIA DEL SERVICIO

La Vigencia del servicio será de 8 meses, cuyo plazo de las pólizas de seguro a contratar será contado desde el 01/05/2016 y hasta 31/12/2016.

En todo caso, los pagos sólo pueden efectuarse una vez que la tramitación administrativa esté totalmente terminada.

12. TÉRMINO ANTICIPADO DEL SERVICIO

No obstante la vigencia contractual señalada en el número 11 de estas Bases, las partes de común acuerdo podrán terminarlo en cualquier tiempo.

Asimismo, el Fondo Nacional de Salud, podrá terminar anticipadamente el Servicio en los siguientes casos:

- a) Quiebra o notoria insolvencia de la adjudicataria, verificada por el Fondo Nacional de Salud.
- b) Disolución de la Sociedad del Adjudicatario.
- c) Resciliación o mutuo acuerdo entre Fonasa y el contratado.
- d) Disminución notoria, evaluada y certificada por el Fondo Nacional de Salud, de las capacidades técnicas del adjudicatario.
- e) Cambio no autorizado en los servicios entregados o de los profesionales incluidos en la oferta.
- f) Incumplimiento de lo establecido en los números 18 y 19 referido a Subcontratación y Cesión del Servicio, respectivamente.
- g) Por caso fortuito o fuerza mayor, por razones de ley o actos de autoridad que hagan imperioso terminarlo.
- h) En caso que la empresa que obtiene la licitación o celebre convenio registre saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social con sus actuales trabajadores o con trabajadores contratados en los último dos años, los primeros estados de pago producto del servicio licitado deberán ser destinados al pago de dichas obligaciones, debiendo la empresa acreditar que la totalidad de las obligaciones se encuentran liquidadas al cumplirse la mitad del período de ejecución del servicio , con un máximo de seis meses. El respectivo servicio deberá exigir que la empresa contratada proceda a dichos pagos y le presente los comprobantes y planillas que demuestren el total cumplimiento de la obligación. El incumplimiento de estas obligaciones por parte de la empresa contratada dará derecho a dar por terminado el respectivo servicio, pudiendo llamarse a una nueva licitación en la que la empresa referida no podrá participar, todo ello de conformidad, con lo establecido en el artículo 4 inciso 2º de la Ley N° 19.886.

- i) No acompañar a los Estados de Pago, la documentación que acredite el cumplimiento de las obligaciones laborales y previsionales de los trabajadores, según el número 17 de las Bases Administrativas.
- j) Infringir la confidencialidad. La información, resultados y documentos generados como producto de la ejecución del Servicio es confidencial y, se regula en el número 3 de las bases administrativas.
- k) Incumplimiento grave de las obligaciones contraídas por la empresa. Se entenderá por incumplimiento grave la no ejecución o la ejecución parcial por parte de la empresa de una o más de sus obligaciones, que importe una vulneración a los elementos esenciales del servicio, siempre y cuando no exista alguna causal que le exima de responsabilidad y que dicho incumplimiento le genere a Fonasa un perjuicio significativo en el cumplimiento de sus funciones.
- l) Entregar la Garantía de Fiel Cumplimiento del Servicio, en un plazo posterior a los 8 días hábiles contado de la fecha en que se comunica por escrito que el documento de garantía vigente, se hará efectivo, como consecuencia de multas aplicadas, de acuerdo a lo establecido en el número 13 de las Bases Administrativas.
- m) Que afecten la seguridad nacional o el interés público.
- n) Atrasos por más de 20 días corridos.

Verificada cualquiera de estas situaciones, el servicio terminará de inmediato, y el Fondo Nacional de Salud hará efectiva sin más trámite, la Garantía de Fiel Cumplimiento del Servicio, salvo que la causal invocada sea la señalada por Resciliación o mutuo acuerdo entre Fonasa y el contratado, letra c), letra g) y letra m).

13. MULTAS

El Fondo Nacional de Salud, a través del Administrador del Servicio, está facultado para aplicar multas, exclusivamente por la infracción que se señala a continuación:

a) Incumplimiento a los plazos de pago de beneficios

Se define una multa diaria de 1% del valor neto mensual por cada día de atraso, a contar del día siguiente cumplido el plazo establecido en la oferta. Esto hasta el vigésimo día corrido del plazo inicial de término. Al día N°21, se podrá hacer efectivo el término anticipado de los servicios.

El Fondo podrá descontar las multas directamente de la facturación o hacer efectiva la Garantía de Fiel Cumplimiento del Servicio, por el monto respectivo. Procederá esta última situación cuando las facturaciones sean inferior a las multas aplicadas y a firme. En este último caso, la adjudicataria deberá reponer en su totalidad la garantía, de no hacerlo, se aplicará lo establecido en la letra l) del numeral 12 de las Bases Administrativas.

14. PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE MULTAS

El procedimiento para la aplicación de las multas será el siguiente:

- a. Detectada una situación que amerite la aplicación de multas, el Fondo comunicará, a la adjudicataria, a través de carta certificada firmada por el administrador del servicio, indicando los hechos que originan las multas, la infracción que dichos hechos configuran y su monto.
- b. A contar del día de la comunicación la adjudicataria tendrá el plazo de 8 días hábiles, para solicitar reconsideración al Administrador del Servicio, si correspondiera, debiendo efectuar sus descargos acompañando todos los antecedentes que acrediten fehacientemente que no ha tenido responsabilidad en los hechos que originan las multas. Vencido el plazo sin que se presenten descargos, la multa quedará a firme.
- c. Si se hubieren presentado descargos en tiempo y forma, el Administrador del Servicio tendrá el plazo de diez días hábiles, a contar de la presentación de los mismos, para rechazarlos o acogerlos, total o parcialmente, lo que comunicará por escrito. A contar de la fecha de la comunicación por escrito, la Adjudicataria tendrá el plazo de ocho días hábiles para apelar fundadamente ante la Directora del Fondo

Nacional de Salud, quien dentro de los diez días hábiles de su recepción en oficina de partes, resolverá sin ulterior recurso.

- d. Ejecutoriada la multa se procederá a dictar la pertinente resolución por parte de la Directora del Fondo, procediéndose a su pago de acuerdo a lo establecido en el párrafo final del numeral 13.

15. ADMINISTRACIÓN DE LA RELACION CONTRACTUAL.

El Fondo Nacional de Salud supervisará el buen cumplimiento y uso de las pólizas de seguros a través de un Administrador del mismo, designándose, para estos efectos a la jefatura de la Sección Bienestar, o quien le subroge, y tendrá, entre otras, las siguientes funciones:

1. Monitorear y gestionar el cumplimiento de los plazos.
2. Exigir y fiscalizar el estricto cumplimiento del servicio, en todos sus aspectos.
3. Evaluar periódicamente resultados provenientes de la prestación del servicio.
4. Actuar como representante del Fondo Nacional de Salud, ante el adjudicatario.
5. Visar el pago de las facturas del Servicio, en señal de conformidad.
6. Firmar ordinarios u oficios dirigidos al adjudicatario que digan relación con la situación contractual del servicio.

16. FACTURACIÓN

16.1 FACTURACIÓN

La facturación de las Pólizas se deberá realizar mensualmente, según la cantidad de afiliados.

El pago del seguro contratado se efectuará una vez revisadas las pólizas de seguro, siempre y cuando estas no presenten observaciones por parte del Administrador, dentro de los 15 primeros días hábiles, contados desde la fecha de presentación de las facturas en Oficina de Partes, Monjitas N° 665, comuna de Santiago.

16.2 PAGO

Los pagos de las facturas se realizarán mediante transferencias electrónicas y dentro de los 30 días corridos de presentada en Oficina de Partes, previa verificación de la recepción conforme del servicio, que será dada por el Administrador del Servicio, o quien le subroge. De ser rechazada por contener errores o por mantener el adjudicatario obligaciones pendientes se retendrá su pago hasta que enmendados dichos errores o efectuados dichos descuentos sea aprobada por el administrador del servicio.

De tener observaciones, se retendrá su pago hasta el levantamiento de las mismas la que deberá ser certificado por el administrador del servicio.

16.3 PLAZO DEVOLUCIÓN DE FACTURAS

Para efectos de lo dispuesto en la ley 19.983, que regula la transferencia y otorga mérito ejecutivo a la copia de la factura, se deja establecido que el FONASA dispondrá de 30 días para reclamar el contenido de la factura. La sola presentación de la factura supondrá aceptación de este plazo.

17. OBLIGACIONES LABORALES Y PREVISIONALES DEL ADJUDICATARIO

El adjudicatario deberá cumplir estrictamente con las normas laborales y previsionales que regulen su actividad y calidad de empleador, razón por la que todos los trabajadores dependientes del adjudicatario no podrán tener ninguna relación o vínculo laboral con Fonasa.

El adjudicatario no debe registrar saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social con sus actuales trabajadores o con trabajadores contratados en los últimos dos años, los primeros estados de pago producto del servicio licitado deberán ser destinados al pago de dichas obligaciones, debiendo el adjudicatario acreditar que la totalidad de las obligaciones se encuentran liquidadas al cumplirse la mitad del período

de ejecución del servicio, con un máximo de seis meses. De lo contrario, será causal de término anticipado, según numeral 12 de las Bases Administrativas.

El Fondo Nacional de Salud, para estos efectos, tendrá la facultad de exigir informes sobre el cumplimiento de las obligaciones laborales y previsionales de los trabajadores. Asimismo, se exigirá los referidos informes respecto de las obligaciones que tengan los subcontratistas con sus trabajadores. En el caso que éste no acredite el cumplimiento fiel, oportuno e íntegro de dichas obligaciones, el Fondo podrá descontar los dineros adeudados a sus trabajadores y pagárselo a éstos o a la institución previsional acreedora, conforme a lo establecido en el Código del Trabajo y, previo al pago de las facturas.

Todo personal que contrate el adjudicatario y cuya dependencia sea directa, con motivo de la ejecución de los servicios materia de la presente licitación, no podrá tener en caso alguno, relación laboral, ni vínculo de subordinación y/o dependencia con el Fondo sino que exclusivamente con el adjudicatario. En todo caso, cualquiera sea el tipo de vínculo laboral, el ejecutor seguirá siendo el único responsable de las obligaciones contraídas en virtud del respectivo servicio suscrito con el Fondo Nacional de Salud.

Sin perjuicio de lo anterior y, cada vez que el Fondo lo requiera, el adjudicatario estará obligado a informar respecto del estado de cumplimiento de las obligaciones laborales y previsionales que a éste último le corresponda a sus trabajadores.

El incumplimiento de las obligaciones laborales y/o previsionales respecto de sus trabajadores será estimado como incumplimiento grave al servicio y faculta al Fondo a poner término anticipado al servicio. Lo anterior, sin perjuicio de lo establecido en el artículo N°183-C del Código del Trabajo.

18. SUBCONTRATACIÓN

Durante la ejecución del contrato el adjudicatario sólo podrá efectuar las subcontrataciones que sean estimadas como indispensables para la realización de tareas específicas y previa autorización por parte de Fonasa. Corresponderá al administrador del contrato de Fonasa, calificar y resolver respecto de la subcontratación solicitada, emitiendo el respectivo informe sobre el particular. El monto máximo a subcontratar será el 40% del precio total del contrato.

El personal que contrate el Ejecutor, con motivo de la ejecución de los servicios materia de la presente licitación no tendrá, en caso alguno, relación laboral, ni vínculo de subordinación y/o dependencia con el Fonasa, sino que exclusivamente con el Ejecutor. En todo caso, cualquiera sea el tipo de subcontrato, el Ejecutor seguirá siendo el único responsable de las obligaciones contraídas en virtud del respectivo contrato suscrito con el Fonasa.

Sin perjuicio de lo anterior y cada vez que el Fonasa así lo requiera, el Ejecutor estará obligado a informar respecto del estado de cumplimiento de las obligaciones laborales y previsionales que a este último le corresponda respecto a sus trabajadores, como así mismo de igual tipo de obligaciones que tengan los subcontratistas con sus trabajadores. El monto y estado de cumplimiento de las obligaciones laborales y previsionales deberá ser acreditado mediante certificados emitidos por la respectiva Inspección del Trabajo, o bien por aquellos medios idóneos reglamentados por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social que garanticen la veracidad de dicho monto y estado de cumplimiento.

19. PROHIBICIÓN DE CESIÓN

El adjudicatario no podrá ceder el servicio, ni total ni parcialmente a ninguna persona natural o jurídica.

20. CONDICIONES GENERALES

Se deja expresa constancia que no habrá vínculo laboral, ni relación de dependencia o subordinación de ninguna especie entre el personal que la Adjudicataria emplee en la ejecución de los servicios y el Fondo Nacional de Salud.

El adjudicatario suministrará todos los materiales, accesorios, herramientas, equipos, necesarios para la correcta prestación de los servicios.

21. MONTO DEL SERVICIO

El monto estimado del servicio es de UF7.500, impuestos incluidos.

22. FORMALIZACIÓN DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL Y VIGENCIA DE LOS SERVICIOS

La relación contractual se formalizará mediante la emisión de la orden de compra y la aceptación de ésta por parte del proveedor. El plazo máximo para la aceptación de la orden de compra, será de 24 horas desde que FONASA la emite a través del portal www.mercadopublico.cl.

23. CONTACTOS DURANTE LA LICITACIÓN Y ACLARACIONES

Durante el proceso licitatorio, esto es, desde la aprobación de las bases y hasta la comunicación del resultado de la licitación, Fonasa no podrá tener contactos con los oferentes, salvo mediante los mecanismos establecidos en las presentes bases de licitación.

En el evento que se contravenga este numeral, sea por los oferentes del proceso o funcionarios del Fondo, se evaluará la continuidad del oferente en el proceso licitatorio e inicio del proceso investigativo, respectivamente.

BASES TÉCNICAS

1. OBJETIVO.

La presente licitación tiene por objeto contratar "Seguro Complementario de Vida, Salud, Catastrófico y Dental para los afiliados del Servicio Bienestar y sus cargas familiares vigentes", para el período de 8 meses del presente año, de manera de otorgar una indemnización (reembolso) a los afiliados y sus cargas familiares por los gastos médicos, clínicos, dentales, farmacéuticos, de hospitalización u otros en los que éstos deban incurrir para acceder a un tratamiento médico o consecuencia de una enfermedad o accidente. Dicho seguro deberá operar de forma oportuna ante un siniestro o eventualidad, lo cual nos permita que la Compañía aseguradora gestione y ejecute de manera eficiente la liquidación e indemnización teniendo resguardado todo el territorio nacional.

2. SERVICIOS REQUERIDOS

2.1 CONDICIONES GENERALES DE LAS PÓLIZAS

La contratación del Seguro Complementario de Vida, Salud, Catastrófico y Dental debe entregar cobertura inmediata a los **1.007 afiliados** al Servicio Bienestar de FONASA y sus cargas familiares reconocidas, según las siguientes especificaciones:

- a. El período de vigencia es de 8 meses, comenzando el día 01 de mayo de 2016 a las 00:01 horas y hasta el 31 de diciembre de 2016, lo que debe quedar establecido en las correspondientes pólizas de Seguros, incorporando incluso las horas, si así correspondiera.
- b. El precio a pagar de la póliza o las pólizas es por la totalidad del conjunto de condiciones a asegurar, es decir, Seguro Complementario de Vida, Salud, Catastrófico y Dental.
- c. Coberturas, Topes y Deducibles:

COBERTURAS	TOPE ANUAL	DEDUCIBLE
SALUD	UF 400	Sin Deducible
DENTAL	UF 12	Sin Deducible

CATASTRÓFICO	UF 2.000	UF 25
VIDA	UF 50 y UF 20, diferenciado para afiliados mayores de 75 años	---

- d. Durante la vigencia de las pólizas no se exigirá declaración de salud ni exámenes médicos a las personas que se incorporen.
- e. No se podrá excluir a ninguna persona por enfermedades preexistentes y/o embarazos al inicio y/o durante la vigencia de las pólizas.
- f. Los medicamentos recetados de carácter permanente y aquellos que normalmente no son considerados remedios o no son curativos que, previamente, fueron evaluados y bonificados por una Compañía de Seguros de forma anterior, se deberán seguir bonificando sin una nueva evaluación de pertinencia, con la sola presentación de un comprobante de bonificación o documento que demuestre el pago de éste.
- g. Las coberturas comenzarán a operar una vez aplicados los beneficios de las respectivas instituciones de salud y extinguido el monto del plan colectivo de salud complementario que se encuentre en vigencia.
- h. En el caso del seguro catastrófico, este operará en las 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.

2.2 ESPECIFICACIONES DEL SERVICIO

- a. Cobertura nacional.
- b. Servicio debe ser otorgado por una sola Compañía o Corredor de Seguros.
- c. Plan de Beneficios de las Pólizas están definidos en los Anexos:
 - CONDICIONES PARTICULARES COBERTURA SALUD.
 - CONDICIONES PARTICULARES COBERTURA CATASTRÓFICO.
 - CONDICIONES PARTICULARES COBERTURA DENTAL.
- d. Servicio de liquidación en línea para reembolsos a través de la huella digital, en aquellos casos que tenga prestadores médicos y farmacias en convenio.
- e. Servicios de Gestión de Póliza:
 - Ejecutivos que entreguen una atención preferencial a los requerimientos de la Institución, tanto en lo administrativo como en lo resolutivo.
 - Emisión de pólizas en 10 días hábiles.
 - Depósito en cuenta corriente bancaria o cuenta vista del asegurado para los reembolsos.
 - Envío al correo electrónico de cada asegurado del detalle de cada liquidación con aviso de la fecha y monto de pago.
 - Reportes de Altas y bajas de asegurados.
 - Habilitación de Portal Web para los asegurados.
 - Plan de comunicación y capacitación a los asegurados que considere información in situ y entrega de material informativo.
 - Ejecutivo asignado a la Región Metropolitana y a cada una de las regiones, según oferta a presentar, en que se ubica una Dirección Zonal de FONASA según el siguiente detalle.

DIRECCIÓN ZONAL	REGIÓN	NOMBRE	DIRECCIÓN
NORTE	II	ANTOFAGASTA	LATORRE N° 2641
CENTRO NORTE	V	VALPARAÍSO	CALLE BLANCO N° 1131 AL 1141
CENTRO SUR	VIII	CONCEPCIÓN	LOS CARRERA N° 1120
SUR	IX	TEMUCO	MANUEL MONTT N° 669, OF. 401
NIVEL CENTRAL	RM	SANTIAGO	MONJITAS N°665

3. PLAZOS

Los plazos para el pago, presentación de antecedentes, será:

- Liquidación de siniestros de salud y dental en un tiempo máximo de 7 días hábiles de presentados la totalidad de los comprobantes de gastos.
- Reliquidación de reembolsos especiales de salud en 72 horas.
- Liquidación de Siniestros de Vida en 10 días hábiles o menos.
- Presentación de las solicitudes de reembolso de los asegurados, máximo 90 días corridos contados desde la fecha efectiva de la prestación para los gastos generales. En el caso de las hospitalizaciones, el plazo se calculará desde la fecha de la emisión de bonos y/o fecha de pagos de los servicios. Se debe permitir el reembolso de bonos pagados con excedentes.
- Disconformidad con la liquidación de los gastos médicos, hasta 60 días corridos contados desde la fecha de pago efectuada por la Compañía aseguradora o bien, desde el ingreso de los antecedentes adicionales que en la mencionada liquidación se le hizo a la Aseguradora para el reembolso de los gastos médicos.
- Se permitirá la liquidación parcial de la cuenta hospitalaria. Los gastos que no hayan sido pagados por el asegurado quedarán pendientes de pago hasta su presentación.
- En la incorporación de las cargas familiares, se debe considerar los 90 días corridos para presentar la solicitud de reembolsos. Sin perjuicio, del plazo en que las instituciones respectivas a cargo de estos trámites, concluyen el proceso de incorporación.

4. INCORPORACIÓN Y RETIRO DE ASEGURADOS

La información de la incorporación y retiro de los asegurados será entregada dentro de los primeros 15 días de cada mes, especificando la fecha según el tipo de movimiento realizado.

5. SERVICIOS ESPERADOS DEL ADJUDICATARIO:

▪ Atención personalizada:

El adjudicatario debe asignar un ejecutivo el que se encargara de nuestra cuenta, con visitas mensuales al Servicio de Bienestar, de manera de coordinar acciones que permitan asegurar el efectivo servicio a los asegurados.

- **Agilidad en los procesos:**

El adjudicatario deberá velar por que las liquidaciones y reembolsos se liquiden en los plazos establecidos, los que se contarán desde el día siguiente a aquel en que el asegurado entregue la documentación correspondiente a cada liquidación.

- **Canales de comunicación expeditos:**

Se debe presentar la nómina de ejecutivos a cargo de nuestra cuenta, tanto en la Región Metropolitana como en cada una de las regiones en que funcione una Dirección Zonal de FONASA, donde se señale: nombre, dirección teléfono, celular y correo electrónico.

ANEXO N° 1 - A
DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DE LAS BASES ADMINISTRATIVAS, TÉCNICAS Y ANEXOS
PERSONA JURÍDICA Y UNIONES TEMPORALES DE PROVEEDORES

LICITACIÓN PÚBLICA

"SEGURO COMPLEMENTARIO DE VIDA, SALUD, CATASTRÓFICO Y DENTAL PARA LOS
AFILIADOS DEL SERVICIO BIENESTAR Y SUS CARGAS FAMILIARES VIGENTES"

a) Yo,..... Rut:
en mi calidad de Representante Legal de la empresa o unión temporal de proveedores
.....declaro:

b) Que en nombre de la empresa o unión temporal de proveedores que represento,
haber estudiado y tomado conocimiento de las Bases de la presente Licitación y sus
Anexos, de las aclaraciones y respuestas a las consultas y de haberlas comprendido y de
encontrarse conforme con todos sus términos y condiciones.

La presente declaración se entenderá formulada con la sola presentación de la
propuesta.

Oferente	
Nombre Representante Legal	
Rut Representante Legal	
Firma Representante Legal	
Fecha	

**ANEXO N° 1 – B
DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DE LAS BASES ADMINISTRATIVAS, TÉCNICAS Y ANEXOS
PERSONA NATURAL**

LICITACIÓN PÚBLICA

**“SEGURO COMPLEMENTARIO DE VIDA, SALUD, CATASTRÓFICO Y DENTAL PARA LOS
AFILIADOS DEL SERVICIO BIENESTAR Y SUS CARGAS FAMILIARES VIGENTES”**

Yo,.....Rut:..... declaro:

a) Haber estudiado y tomado conocimiento de las Bases de la presente Licitación y sus Anexos, de las aclaraciones y respuestas a las consultas y de haberlas comprendido y de encontrarse conforme con todos sus términos y condiciones.

b) La presente declaración se entenderá formulada con la sola presentación de la propuesta.

Oferente	
Nombre Representante Legal	
Rut Representante Legal	
Firma Representante Legal	
Fecha	

**ANEXO N°2 – A
DECLARACIÓN JURADA
PERSONA JURÍDICA O UNIÓN TEMPORAL DE PROVEEDORES**

LICITACIÓN PÚBLICA

**"SEGURO COMPLEMENTARIO DE VIDA, SALUD, CATASTRÓFICO Y DENTAL PARA LOS
AFILIADOS DEL SERVICIO BIENESTAR Y SUS CARGAS FAMILIARES VIGENTES"**

Yo,..... Rut: en mi calidad de Representante Legal de la empresa o unión temporal de proveedores.....declaro:

1. Que ninguno de nuestros socios o integrantes, es un funcionario directivo del Fondo Nacional de Salud, ni se encuentra unido a alguno de los mencionados funcionarios por los vínculos de parentesco descritos en la letra b) del artículo 54 de la ley N° 18.575, ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, hoy refundida en el DFL 1/19653 de Ministerio secretaría general de la Presidencia del año 2000, ni es socio de una sociedad de personas en que aquéllos ni dichos parientes formen parte, ni tienen participación en sociedades comanditas por acciones o anónimas cerradas en que aquellos o sus parientes sean accionistas, ni es socio en una sociedad anónima abierta en que aquéllos o éstos sean dueños de acciones que representen el 10% o más del capital, ni es gerente, administrador, representante o director de cualquiera de las sociedades antedichas.
2. Que la empresa o los integrantes de la unión temporal de proveedores que represento no ha sido condenada por prácticas antisindicales o infracción a los derechos fundamentales del trabajador, en los dos años previos a la presentación de la propuesta.
3. Que la empresa o los integrantes de la unión temporal de proveedores que represento no ha sido condenada por delitos concursales, establecidos en el Código penal (art. 401, ley 20.720), dentro de los dos años anteriores al momento de presentar la oferta, formular la propuesta o suscribir el servicio.
4. Que la empresa o los integrantes de la unión temporal de proveedores que represento no ha incurrido en las conductas previstas por la Ley N°20.393, en los artículos 8 y 10, que establece la responsabilidad penal de las personas jurídicas en los delitos de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y delitos de cohecho que indica.

Oferente	
Nombre Representante Legal	
Rut Representante Legal	
Firma Representante Legal	
Fecha	

**ANEXO N°2 – B
DECLARACIÓN JURADA
PERSONA NATURAL**

LICITACIÓN PÚBLICA

**“SEGURO COMPLEMENTARIO DE VIDA, SALUD, CATASTRÓFICO Y DENTAL PARA LOS
AFILIADOS DEL SERVICIO BIENESTAR Y SUS CARGAS FAMILIARES VIGENTES”**

Yo,..... Rut:..... declaro:

1. Que no soy un funcionario directivo del Fondo Nacional de Salud, ni encontrarme unido a alguno de los mencionados funcionarios por los vínculos de parentesco descritos en la letra b) del artículo 54 de la ley N° 18.575, ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, hoy refundida en el DFL 1/19.653 de Ministerio Secretaría General de la Presidencia del año 2000, ni ser socio de una sociedad de personas en que aquéllos ni dichos parientes formen parte, ni tener participación en sociedades comanditas por acciones o anónimas cerradas en que aquéllos o sus parientes sean accionistas, ni ser socio en una sociedad anónima abierta en que aquéllos o éstos sean dueños de acciones que representen el 10% o más del capital, ni ser gerente, administrador, representante o director de cualquiera de las sociedades antedichas.
2. No haber sido condenado por prácticas antisindicales o infracción a los derechos fundamentales del trabajador, en los dos años previos a la presentación de la propuesta.
3. Que no he sido condenado por delitos concursales, establecidos en el Código penal (art. 401, ley 20.720), dentro de los dos años anteriores al momento de presentar la oferta, formular la propuesta o suscribir el servicio.

Oferente	
Nombre Representante Legal	
Rut Representante Legal	
Firma Representante Legal	
Fecha	

ANEXO N° 3
IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL
LICITACIÓN PÚBLICA
"SEGURO COMPLEMENTARIO DE VIDA, SALUD, CATASTRÓFICO Y DENTAL PARA LOS
AFILIADOS DEL SERVICIO BIENESTAR Y SUS CARGAS FAMILIARES VIGENTES"

Nombre	
Cargo	
Rut	
Domicilio del Representante Legal	

Firma del Representante Legal

Fecha:

ANEXO N° 4**CALENDARIO GENERAL****LICITACIÓN PÚBLICA****"SEGURO COMPLEMENTARIO DE VIDA, SALUD, CATASTRÓFICO Y DENTAL PARA LOS AFILIADOS DEL SERVICIO BIENESTAR Y SUS CARGAS FAMILIARES VIGENTES"**

FECHA	HORARIO	ACTIVIDAD
Día 04/04/2016	A partir de las 12:00 Horas	Publicación de Licitación en el Portal www.mercadopublico.cl .
Día 07/04/2016 al Día 11/04/2016	De 8:00 a 20:00 Horas	Formulación por escrito por parte de los participantes, de consultas y/o aclaraciones a través del Portal www.mercadopublico.cl .
Día 15/04/2016	A partir de las 12:00 Horas	Emisión y publicación en el Portal www.mercadopublico.cl , de respuestas a las consultas y/o aclaraciones formuladas por los participantes.
Día 25/04/2016	Hasta las 16:00 Horas	Presentación de las ofertas a través del Portal www.mercadopublico.cl . Recepción Documento de Garantía de Seriedad de la Oferta en Oficina de Partes, Monjitas 665, Piso 1, Santiago hasta las 16:00 Horas. Las ofertas económicas no ingresadas en el portal, no se considerarán válidas.
Día 25/04/2016	A partir de las 16:05 Horas	Apertura electrónica de las ofertas.
Día 28/04/2016	A partir de las 16:00 Horas	Comunicación del resultado de la licitación, mediante la publicación de la Resolución que la adjudique o la declare desierta.

**ANEXO N° 5
CHECK LIST**

LICITACIÓN PÚBLICA

"SEGURO COMPLEMENTARIO DE VIDA, SALUD, CATASTRÓFICO Y DENTAL PARA LOS AFILIADOS DEL SERVICIO BIENESTAR Y SUS CARGAS FAMILIARES VIGENTES"

DOCUMENTOS SOLICITADOS	SI/NO
Declaración Jurada simple del participante persona natural o del representante de la persona jurídica o unión temporal de proveedores conforme al artículo 67 bis del Reglamento de la Ley N° 19.886, que indique que no es un funcionario directivo del Fondo Nacional de Salud, ni que se encuentre unido a alguno de los mencionados funcionarios por los vínculos de parentesco descritos en la letra b) del artículo 54 del DFL N° 1, del 2001 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, ni es socio de una sociedad de personas en que aquellos o éstas formen parte, ni tenga participación en sociedades comanditas por acciones o anónimas cerradas en que aquellos o éstas sean accionistas, ni es socio en una sociedad anónima abierta en que aquellos o éstas sean dueños de acciones que representen el 10% o más del capital, ni es gerente, administrador, representante o director de cualquiera de las sociedades antedichas. Que indique que no ha sido condenado por prácticas antisindicales o infracción a los derechos fundamentales de los trabajadores, dentro de los anteriores 2 años. Que indique que no ha incurrido en las conductas previstas por la Ley N°20.393, en los artículos 8 y 10, que establece la responsabilidad penal de las personas jurídicas en los delitos de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y delitos de cohecho que indica. Así como no haber sido condenado por delitos concursates, según la nueva ley de quiebras (art. 401, ley 20.720), dentro de los dos años anteriores al momento de presentar la oferta, formular la propuesta o suscribir el servicio. (Según Anexo N° 2-A o Anexo N°2° B).	
Declaración de aceptación de las Bases Administrativas. (Según Anexo N° 1-A o Anexo N°1	
Identificación del Representante Legal, según Anexo N°3.	
En el caso que la postulación sea de un corredor de seguros, deberá presentar documento que acredite condición de corredor de Seguros y Carta de representación de la Compañía de Seguros.	
Certificado de vigencia social, si correspondiera.	
Precio (Oferta Económica), según Anexo N°6.	
Condiciones particulares cobertura salud, según Anexo N°7.	
Condiciones particulares cobertura catastrófico, según Anexo N°8.	
Condiciones particulares cobertura dental, según Anexo N°9.	

Oferente	
Nombre Representante Legal	
Rut Representante Legal	
Firma Representante Legal	
Fecha	

ANEXO N° 6

OFERTA ECONÓMICA

LICITACIÓN PÚBLICA

"SEGURO COMPLEMENTARIO DE VIDA, SALUD, CATASTRÓFICO Y DENTAL PARA LOS AFILIADOS DEL SERVICIO BIENESTAR Y SUS CARGAS FAMILIARES VIGENTES"

ITEM	DESCRIPCIÓN PRIMA POR AFILIADO	PRECIO NETO MENSUAL, EN UF	PRECIO MENSUAL IVA INCLUIDO, EN UF
1.	VIDA, SALUD, CATASTRÓFICO		
2.	DENTAL		
	TOTAL PRIMA UNITARIA		

PRECIO TOTAL PRIMA MENSUAL, IVA INCLUIDO: UF _____ X 1.007 AFILIADOS = UF _____

Oferente	
Nombre Representante Legal	
Rut Representante Legal	
Firma Representante Legal	
Fecha	

ANEXO N°7
CONDICIONES PARTICULARES COBERTURA SALUD
CUADRO DE BENEFICIOS DE GASTOS MEDICOS Y HOSPITALARIOS

GASTOS AMBULATORIOS	% Reembolso	% Bono	Tope Evento	Tope Anual
Consultas médicas	70	50	UF 0.5	UF 10
Exámenes y procedimientos (incluye preventivo mamografía)	60	40	s/tope	UF 15
Cirugía ambulatoria (Incluye todo tipo de cirugía ocular inclusive láser con dioptría 5 o superior).	60	60	s/tope	UF 40
Medicamentos genéricos o bioequivalentes	40	40	s/tope	UF 15
Medicamentos de marca	80	80	s/tope	
CAEC ambulatorio (copago)	80	80	s/tope	s/tope
GES ambulatorio (copago)	80	80	s/tope	s/tope
Reembolso por gastos sin cobertura Isapre o FONASA o no codificados	50 % del ítem respectivo		s/tope	UF 15
PSIQUIATRÍA/PSICOLOGÍA	% Reembolso	% Bono	Tope Evento	Tope Anual
Consulta	50	50	UF 0.5 por sesión	UF 10
Hospitalización	50	50	s/tope	UF 15
OTROS GASTOS AMBULATORIOS	% Reembolso	% Bono	Tope Evento	Tope Anual
Óptica (Incluyendo marcos, cristales y lentes de contacto)	70	70	s/tope	UF 3
Prótesis y órtesis (Incluyendo audífonos y silla de ruedas)	70	70	s/tope	UF 15
Cobertura GES/CAEC	80	80	s/tope	S/tope
GASTOS HOSPITALARIOS	% Reembolso	% Bono	Tope Evento	Tope Anual
Día cama hasta 30 días	80	80	UF 5	s/tope
Exceso día cama	70	70	UF 4	s/tope
Honorarios médicos quirúrgicos y servicios hospitalarios (Incluye derecho a pabellón, cirugía dental por accidente, servicio de ambulancia (radio 50 km) y servicio de enfermería profesional).	50	50	s/tope	s/tope
CAEC Hospitalario (Copago)	80	80	s/tope	s/tope
Ges Hospitalario (Copago)	80	80	s/tope	s/tope
MATERNIDAD	% Reembolso	% Reembolso	Tope Prest. UF	Tope Anual
Parto Normal	50	50	s/tope	UF 15
Cesárea	50	50	s/tope	UF 20
Aborto no provocado	50	50	s/tope	UF 10
GASTOS EN EL EXTRANJERO				
Zonas limítrofes:	Mismos beneficios del plan de salud para las atenciones efectuadas en el extranjero, una vez bonificadas por su sistema de salud previsional.			
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:	Mismos beneficios del plan de salud para las atenciones efectuadas en el extranjero, una vez bonificadas por su sistema de salud previsional			

ANEXO N°8
CONDICIONES PARTICULARES COBERTURA CATASTRÓFICO
CUADRO DE BENEFICIOS DE GASTOS MEDICOS Y HOSPITALARIOS

SEGURO CATASTROFICO – PLAN ÚNICO		
1.Gastos Hospitalarios	% Reembolso	Tope Anual UF
Día cama	100	Sin tope
Honorarios médicos	100	Sin tope
Servicios Hospitalarios	100	Sin tope
2.Gastos ambulatorios	% Reembolso	Tope Anual UF
Cirugía ambulatoria	100	Sin tope
Consulta General	100	Sin tope
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos	100	Sin tope
Fonoaudiología, Kinesiología y Medicina Física	100	Sin tope
Medicamentos	50	Sin tope
Yeso	100	Sin tope
Drogas Oncológicas, Inmunosupresoras y Antineoplásicas	80	Sin tope
Sin cobertura Isapre o Fonasa	50	Sin tope
3.Otros		
Traslado en Ambulancia	100	Sin tope
Prótesis y Órtesis	100	Sin tope

ANEXO N°9

CONDICIONES PARTICULARES COBERTURA DENTAL

CUADRO DE BENEFICIOS DE GASTOS DENTALES

PRESTACIONES	% Reembolso con cobertura Isapre o Fonasa	% Reembolso Sin cobertura Isapre o Fonasa	Tope Anual Individual
DENTAL BÁSICA			UF 12.00
Radiología Intraoral	70	50	
Higienización, limpieza y general	70	50	
Endodoncia	70	50	
Odontopediatría	70	50	
Operatoría Dental sin laboratorio	70	50	
Cirugía Bucal Simple	70	50	
DENTAL ESPECIALIDAD			
Radiología Oral	70	50	
Operatoría Dental Completa	70	50	
Periodoncia	70	50	
Cirugía Bucal Completa	70	50	
Prótesis Fijas	70	50	
Prótesis Removibles	70	50	
Implantes Dentales	70	50	
Medicamentos	70	50	
ORTODONCIA			
Ortodoncia	70	50	

2. Llámese a Licitación Pública
"SEGURO COMPLEMENTARIO DE VIDA, SALUD, CATASTRÓFICO Y DENTAL PARA LOS AFILIADOS DEL SERVICIO BIENESTAR Y SUS CARGAS FAMILIARES VIGENTES".

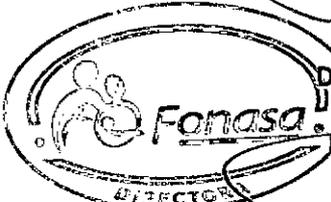
3. Publíquese este documento, correspondiente a las Bases Administrativas y Técnicas y sus Anexos, en el sitio www.mercadopublico.cl.

4. Remítase copia de esta resolución al Administrador Institucional del Lobby, en particular a lo referido a la Comisión Evaluadora de Ofertas, señalado en el 9.1 de las presentes bases.

5. Publíquese en el sistema Lobby los integrantes de esta comisión evaluadora, mientras dure la licitación, período comprendido desde la publicación de esta resolución en el sistema www.mercadopublico.cl y hasta la fecha de adjudicación.

6. Comuníquese a los miembros de la Comisión Evaluadora de Ofertas que, en el marco de la Ley Lobby, pasan a ser sujetos pasivos, durante el período comprendido entre la publicación de la licitación en el sistema de compras y contrataciones públicas y hasta la fecha de adjudicación o declaración desierta o declaración de dejarse sin efecto.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE



DRA. JEANETTE VEGA MORALES
DIRECTORA NACIONAL
FONDO NACIONAL DE SALUD


GRA/MCY/CIV/MPL/csmn
DISTRIBUCIÓN

- Sub-Departamento Gestión de Personas
- Sub-Departamento de Administración
- Servicio de Bienestar
- Sección Presupuesto
- Sección Compras y Abastecimiento
- Unidad de Transparencia (Ley del Lobby)
- María Cristina Yáñez V, (Miembro de la Comisión Evaluadora de Ofertas)
- Lidia Paredes B, (Miembro de la Comisión Evaluadora de Ofertas)
- Nicole Ojeda T, (Miembro de la Comisión Evaluadora de Ofertas)
- Maribel Gonzalez G, (Miembro de la Comisión Evaluadora de Ofertas)
- Gloria Wasaff V. (Sección Compras y Abastecimiento)
- Oficina de Partes

Nº Ingreso 164
