



RESOLUCIÓN EXENTA 4.1D/N° 6231 23.11.2016

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 Y SUS CARGAS FAMILIARES VIGENTES DEL SERVICIO BIENESTAR 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 Exento N°486/2014 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 los funcionarios(as) afiliados(as) activos, pasivos y cargas familiares vigentes.

2. Que, para el presente año se determinó contratar los servicios de una compañía aseguradora para otorgar beneficios económicos de vida, catastróficos y reembolsos para los gastos médicos, clínicos, dentales, farmacéuticos, de hospitalización u otros que correspondan.

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.

5. Que respecto de lo anterior, de acuerdo a lo analizado y revisado por el Servicio de Bienestar, los precios que actualmente paga Fonasa son mejores a los que ofrece el convenio marco, configurándose entonces la situación de verificar que existen mejores condiciones en el mercado, 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 Y SUS CARGAS FAMILIARES VIGENTES DEL SERVICIO BIENESTAR"

1. INTRODUCCIÓN

La presente licitación tiene por objeto contratar "Seguro Complementario de Vida, Salud, Catastrófico y Dental para los afiliados y sus cargas familiares del Servicio Bienestar", por el período de 1 año, de manera de otorgar una indemnización (reembolso) a los afiliados y sus cargas familiares por seguro de vida, catastrófico y los gastos médicos, clínicos, dentales, farmacéuticos, de hospitalización u otros en los que éstos deban incurrir el afiliado. 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 a nuestros afiliados ubicados en 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 4° de la ley N° 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 N° 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 N° 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 ADMINISTRATIVAS, TÉCNICAS Y ANEXOS

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 2.2 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. 62° 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 DE SERIEDAD DE LA OFERTA Y FIEL CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO

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 \$ 1.000.000-(un millón de 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 Y SUS CARGAS FAMILIARES VIGENTES DEL SERVICIO BIENESTAR"** y deberá ser pagadera a la vista y tener el carácter de irrevocable. Tendrá vigencia de 90 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 \$10.000.000, cuya glosa será: "**GARANTIA DE FIEL CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO LICITACIÓN SEGURO COMPLEMENTARIO DE VIDA, SALUD, CATASTRÓFICO Y DENTAL PARA LOS AFILIADOS Y SUS CARGAS FAMILIARES VIGENTES DEL SERVICIO BIENESTAR**", 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 **10 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, salvo aquellos incorporados en el portal www.chileproveedores.cl:

- Declaración de aceptación de las Bases Administrativas, Técnicas y Anexos. (Según Anexo N° 1-A o Anexo N°1- B).
- 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).

- 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.
- 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 Y SUS CARGAS FAMILIARES VIGENTES DEL SERVICIO BIENESTAR**", 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, 9, 10 y 11.**
3. **Propuesta Técnica del Servicio, según anexo N° 12.**

1. PRECIO(OFERTA ECONÓMICA)	ANEXO N°6	<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>
2. PROPUESTA DE	ANEXO N°7,	2.1) Planes de Beneficios: Incorporar los planes de

PLANES DE BENEFICIOS	8, 9, 10 y 11	<p>beneficios ofertados, en los siguientes anexos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anexo N°7: Condiciones Particulares Seguro de Vida. - Anexo N°8: Condiciones Particulares Seguro de Salud. - Anexo N°9: Condiciones Particulares Seguro de Catastrófico. - Anexo N°10: Condiciones Particulares Seguro Dental. <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 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, 9 y 10 de las presentes bases de licitación.</p> <p>En el caso de que el oferente no presente los anexos señalados en este numeral, su oferta será declarada Inadmisibles.</p> <p>2.2) Beneficios Adicionales: Incorporar todos los beneficios adicionales a los solicitados en las presentes bases de licitación, en el Anexo N°11, encasillados en el tipo de seguro y según las siguientes materias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nuevos beneficios (coberturas). - Aumento tope anual. - Aumento tope por evento. - Aumento porcentajes reembolsos. - Aumento porcentajes bonos. - Descuentos clínicas, centros médicos, dentales, etc. - Servicios externos como; descuentos comercio, aplicaciones Web. - Otros.
3. PROPUESTA TÉCNICA DE SERVICIO	ANEXO N°12	<p>La propuesta técnica definida en el N°2 de las bases técnicas, deberá entregar la información en los siguientes anexos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los plazos para el cumplimiento de liquidaciones y depósitos, deberán ser ingresados en el anexo N°12. • Los nombres y numero de las Cadenas de Farmacias en convenio para operar descuentos en línea, deberán ser ingresadas en el anexo N°12. <p>En el caso de que el oferente no presente este documento su propuesta será declarada Inadmisibles.</p>

El oferente deberá entregar optativamente el Anexo N° 5 Check List, para verificar que está entregando todos los antecedentes solicitados. Si no presenta este documento, la oferta igual será evaluada.

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

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.

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 corridas, 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 Pública Seguro Complementario de Vida, Salud, Catastrófico y Dental para los Afiliados y sus cargas familiares vigentes del Servicio Bienestar del Fondo Nacional de Salud"**

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	Valeria Céspedes Gómez
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	Maria Cristina Yañez Vivallos
Jefa del Servicio de Bienestar	Maria Teresa Villouta Vila
Representante afiliados ante el CAB	Fidelisia López Mándaca
Representante ANAFF ante el CAB	Rodrigo Reyes Sepulveda

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(Oferta Económica)	40
b) Propuesta de Planes de Beneficios	30
c) Propuesta Técnica del Servicio	25
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 (Oferta Económica) (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 inadmisibile.

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

b) **Propuesta de Planes de Beneficios (30 %):** Este criterio se divide en Plan de Beneficios, de cada uno de los seguros demandados y en Beneficios Adicionales, donde cada compañía podrá detallar en forma libre cada uno de los beneficios adicionales ofertados.

b.1) Planes de Beneficios (70%):

Este criterio se evaluará según el cumplimiento de las condiciones establecidas en los Anexos N° 7, 8, 9 y 10, donde se presenta un cuadro completo con los requerimientos solicitados por cada seguro; de vida, salud, catastrófico y dental, con otro cuadro en blanco para completar la oferta de cada compañía, finalmente el puntaje de los 4 seguros serán promediados, dichos cuadros se evaluarán de la siguiente forma:

b.1.1) Cuadro de Beneficios de Seguro de Vida: (Anexo N°7): El cuadro de beneficios de vida considera 4 condiciones particulares (que son los campos que cada oferente deberá completar), las cuales se consideran en el puntaje solo si son iguales a las requeridas en dicho cuadro.

CONDICIONES PARTICULARES VIDA	Puntaje
4 condiciones iguales	100
Entre 1 a 3 condiciones igual	0
0 condiciones iguales	Inadmisible

b.1.2) Cuadro de Beneficios de Seguro de Salud: (Anexo N°8): El cuadro de beneficios de salud considera 84 condiciones particulares (que son los campos que cada oferente deberá completar), las cuales se consideran en el puntaje solo si son iguales a las requeridas en dicho cuadro.

CONDICIONES PARTICULARES SALUD	Puntaje
84 condiciones iguales	100
Entre 50 y 83 condiciones iguales	40
Entre 1 y 49 condiciones iguales	0
0 condiciones iguales	Inadmisible

b.1.3) Cuadro de Beneficios de Seguro Catastrófico: Anexo N°9: El cuadro de beneficios catastróficos considera 26 condiciones particulares (que son los campos que cada oferente deberá completar), las cuales se consideran en el puntaje solo si son iguales a las requeridas en dicho cuadro.

CONDICIONES PARTICULARES CATASTROFICAS	Puntaje
26 condiciones iguales	100
Entre 16 y 25 condiciones iguales	40
Entre 1 y 15 condiciones iguales	0
0 condiciones iguales	Inadmisible

b.1.4) Cuadro de Beneficios de Seguro Dental: Anexo N°10: El cuadro de beneficios dentales considera 31 condiciones particulares (que son los campos que cada oferente deberá completar), las cuales se consideran en el puntaje solo si son iguales a las requeridas en dicho cuadro.

CONDICIONES PARTICULARES DENTALES	Puntaje
31 condiciones iguales	100
Entre 19 Y 30 condiciones iguales	40
Entre 1 y 18 condiciones iguales	0
0 condiciones iguales	Inadmisible

Puntaje= (Promedio puntaje de condiciones particulares Vida + condiciones particulares Salud + Condiciones particulares Catastróficas + condiciones particulares dentales) x ponderador (70%)

b.2) Beneficios Adicionales (30%):

Este criterio será de libre participación, pudiendo agregar en el cuadro del anexo N°11, los beneficios que deseen los oferentes, esto siempre y cuando mantenga los planes dentro del monto estimado presentado en las bases técnicas, como así mismo dentro del precio ofertado por las compañías de seguros. Se evaluará de la siguiente forma:

BENEFICIOS ADICIONALES	Evaluación
Nuevos beneficios	10 puntos por cada uno
Aumento tope anual	1 punto por cada UF adicional
Aumento tope por evento	1 punto por cada UF adicional
Aumento porcentaje bono	1 punto por cada punto porcentual
Aumento porcentaje reembolso	1 punto por cada punto porcentual
Descuentos por convenios con clínicas, centros médicos, dentales, etc.	3 puntos por cada convenio
Servicios externos como: Descuentos por convenios en el comercio.	2 puntos por cada convenio
Otros	1 puntos por cada convenio
No indica o no ofrece	0 puntos

Cálculo de Puntos:

- i. Se calcula la cantidad de puntos por cada Beneficio Adicional
- ii. Se suma la cantidad de puntos de todos los Beneficios Adicionales.
- iii. Fórmula para el cálculo del puntaje de cada Beneficio Adicional =
(suma mayor cantidad de puntos oferta) / (suma cantidad de puntos oferta evaluada)

Puntaje = Puntaje obtenido de Beneficios Adicionales x ponderador (30%)

Puntaje = Puntaje obtenido de Plan de Beneficios + Puntaje obtenido de Beneficios Adicionales x ponderador (30%)

c) Propuesta Técnica del Servicio (25%):

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

c.1) Plazos de Liquidación (50%): Se definirá como plazos de liquidación, al periodo en que se liquidan y depositan en las cuentas bancarias informadas de los afiliados las devoluciones en dinero de los reembolsos enviados a la compañía adjudicada. Dicho plazo de liquidación se entiende desde el momento en que la compañía de seguro recepciona la documentación. La evaluación para los plazos de liquidación es la siguiente:

Plazos de cumplimiento	Puntaje
Menor a 5 días hábiles	100 puntos
Entre 5 a 6 días hábiles	70 puntos
Entre 7 a 9 días hábiles	20
Mayor o igual a 10 días hábiles	0
No indica o no ofrece lo solicitado	Inadmisible

Puntaje= Puntaje Plazos de Liquidación x ponderador (50%)

c.2) Cadenas de Farmacias (50%):

Deberá presentar al menos convenio con 1 cadena de farmacias de las 3 cadenas con mayor cobertura país, esto para operar en línea los descuentos aplicados a medicamentos.

Cadenas de Farmacias	Puntaje
Opera 3 cadenas de farmacias o más	100
Opera 2 cadenas de farmacias	60
Opera 1 cadena de farmacias	20
No opera con cadenas de farmacias	INADMISIBLE

Puntaje= Puntaje Cadenas de Farmacias x ponderador (50%)

Puntaje = (Puntaje obtenido Plazos de Liquidación + Puntaje obtenido Cadenas de Farmacias) x ponderador (25%)

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 obtenido 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(Oferta Económica) + Puntaje Propuesta de Planes 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 (Oferta Económica)**". Si aún persiste la igualdad, se recurrirá al criterio "**Propuesta de Planes 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 Orden de Compra, 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 www.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 1 año, cuyo plazo de las pólizas de seguro a contratar será contado desde el 01/01/2017 y hasta 31/12/2017.

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 terminar el servicio con previo **aviso de 30 días**.

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 Nº 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 15 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 por gastos no reembolsados de acuerdo al plan de beneficios, 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 Y FORMA DE PAGO

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 anual estimado del servicio es de **UF 8.500**, impuestos incluidos.

22. FORMALIZACIÓN DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL

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

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

1. OBJETIVO

La presente licitación tiene por objeto contratar "Seguro Complementario de Vida, Salud, Catastrófico y Dental para los afiliados y sus cargas familiares del Servicio Bienestar", para el período de 1 año, de manera de otorgar una indemnización (reembolso) a los afiliados y sus cargas familiares por seguro de vida, catastrófico y los gastos médicos, clínicos, dentales, farmacéuticos, de hospitalización u otros en los que éstos deban incurrir el afiliado. 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 a nuestros afiliados ubicados en todo el territorio nacional.

2. SERVICIOS REQUERIDOS

2.1 CONDICIONES GENERALES DE LAS PÓLIZAS

- 1) Emisión de pólizas en 10 días hábiles.
- 2) Servicio debe ser otorgado por una sola Compañía o Corredor de Seguros.
- 3) El período de vigencia es de 1 año, comenzando el día 01 de enero de 2017 a las 00:01 horas y hasta el 31 de diciembre de 2017, lo que debe quedar establecido en las correspondientes pólizas de Seguros, incorporando incluso las horas, si así correspondiera.
- 4) Cobertura nacional, es decir que cubra a todos los afiliados del Servicio de Bienestar de la Institución, que se encuentran a lo largo de todo el territorio nacional.
- 5) La contratación del Seguro Complementario de Vida, Salud, Catastrófico y Dental debe entregar cobertura inmediata a los afiliados del Servicio Bienestar de FONASA y sus cargas familiares reconocidas.
- 6) Las coberturas de Salud, catastróficas y dentales no contemplan edades toques de ingreso y permanencia para el asegurado titular, cónyuge y sus cargas legales mientras estas tengan calidad de tal.
- 7) Las Condiciones de los Planes de Beneficios requeridas para operar las pólizas de seguros, están detalladas en los cuadros de condiciones particulares de cada seguro demandado, en los siguientes anexos:
 - **Anexo N°7: Condiciones Particulares Seguro de Vida.**
 - **Anexo N°8: Condiciones Particulares Seguro de Salud.**

- **Anexo N°9: Condiciones Particulares Seguro de Catastrófico.**
- **Anexo N°10: Condiciones Particulares Seguro Dental.**

Es importante destacar, que solo la compañía que iguale todas las condiciones establecidas obtendrá el máximo puntaje.

8) Coberturas y topes requeridos:

COBERTURAS	TOPE ANUAL
SALUD	UF 400 por persona.
DENTAL	UF 12 por grupo familiar.
CATASTRÓFICO	UF 2.000 por grupo familiar.
VIDA	UF 50 y UF 20 por persona, diferenciado para afiliados mayores de 76 años.

- 9) Las corredoras podrán adicionar nuevos beneficios, mayores topes, mayores reembolsos, convenios, etc., en el anexo N°11 "Beneficios Adicionales", lo que obtendrá un 10% de puntaje en el ítem beneficios adicionales. Estos beneficios no son obligatorios y por ningún motivo permiten un alza en el precio o la presentación de un segundo valor.
- 10) La póliza que se suscriba como producto de esta licitación otorgará continuidad de cobertura a los asegurados que se encuentran cubiertos en todas las pólizas del convenio anterior que se encuentra vigente al momento de la publicación de la presente propuesta.
- 11) Durante la vigencia de las pólizas no se exigirá declaración de salud ni exámenes médicos a las personas que se incorporen.
- 12) No se podrá excluir a ninguna persona por enfermedades preexistentes y/o embarazos al inicio y/o durante la vigencia de las pólizas.
- 13) 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.
- 14) 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.
- 15) 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.
- 16) Se otorga cobertura a los gastos provenientes de la atención del parto y complicaciones del embarazo que requieran hospitalización pre y postnatal. Los gastos por consulta médica, exámenes ambulatorios, medicamentos, etc. Serán cubiertos según plan de beneficios ambulatorio siempre que el beneficio de maternidad se encuentre cubierto por la presente póliza.
- 17) El recién nacido tiene un plazo de incorporación de 60 días contados desde la fecha de su nacimiento, esto para que mantengan los beneficios propios de su condición.
- 18) Los copagos del asegurado cubiertos con los excedentes de la isapre serán liquidados y reembolsados según plan de beneficios.
- 19) 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 se cubrirán al 50% de lo señalado en el porcentaje de cobertura especial en aquellos casos en que el asegurado tenga o haya contratado un seguro en el extranjero.

- 20)** Se deberán considerar los procedimientos y reglamentación de la institución en el proceso de incorporación de cargas familiares, valiéndose lo que se establezca en las resoluciones exentas de reconocimiento de derechos de asignación familiar. Sin Perjuicio de ello, se respetarán, en estos casos, la cláusula de los 90 días para presentar la solicitud de reembolso al seguro.
- 21)** Anticonceptivos para patologías específicas (Ovarios poliquísticos, amenorreas, etc.), serán evaluados con exámenes hormonales, ecografías ginecológicas e informe médico.
- 22)** Hormonas para el tratamiento de la Menopausia.
- 23)** Pago de vitaminas y Minerales para mujeres embarazadas e hijos menores de 12 años y otros que podrían ser evaluados según patologías.
- 24)** Se consideran Prótesis y Ortesis sujetas a reembolso, todas aquellas señaladas en el Arancel de Prestaciones de Fonasa.
- 25)** Los tratamientos de Psicopedagogía se cancelarán siempre y cuando exista derivación médica con diagnóstico clínico asociado bajo el ítem de cobertura Psiquiatría y Psicología. La prestación deberá ser realizada por psicopedagogos, psicólogos o profesores con postítulo en psicopedagogía.
- 26)** Cobertura especial para "Cirugía plástica y dental por accidente", siempre y cuando la prestación sea realizada por un cirujano plástico y/o maxilofacial, y en el evento haya sido cubierto por el sistema de salud previsual a la cual se encuentra afiliado el asegurado (Isapre/Fonasa). Su bonificación se realizará bajo el Ítem Servicios Hospitalarios.
- 27)** Los tratamientos de inmunoterapia estarán cubiertos solo como tratamiento curativo y asociado a un historial médico (reembolsos anteriores) evitando solicitar un informe del médico tratante.
- 28)** Los Controles de Niño Sano se cubrirán hasta los 12 años e incluye consultas, exámenes y ecografía de pelvis, sin solicitar mayores antecedentes.
- 29)** Los medicamentos asociados a otros tratamientos serán cubiertos siempre y cuando estos medicamentos sean coadyudantes del tratamiento primario y eviten efectos secundarios como por ejemplo: Antiinflamatorios por algún diagnóstico que lo amerite junto con Omeprazol.
- 30)** Serán reembolsados los gastos de Ópticas aun cuando vengan sin diagnóstico del médico en Formulario de Reembolsos, siempre y cuando hayan sido reembolsados en forma previa por su sistema de salud previsual. También se cubre el Control Preventivo Oftalmológico para niños mayores de 3 años.
- 31)** Se otorga cobertura para Controles y Exámenes Preventivos de Urología (Ej. Antígeno Prostático).
- 32)** Los tratamientos para bajar de peso cubren medicamentos que tengan ese fin y asociados a patologías convergentes, lo anterior para casos de Obesidad con Índice de Masa Corporal sobre 35 Kg/m², en el caso de la cirugía por obesidad se debe solicitar IMC consignado peso y talla, se cubrirá solo Obesidades Mórbida con IMC igual o mayor a 40, también se dará cobertura a Obesidad Severa con IMC igual o mayor a 35 pero con factor de riesgo cardiovascular demostrado y las siguientes patologías: Hipertensión- Enfermedad Cardiovascular- Diabetes- Artritis de rodilla o cadera- Enfermedades degenerativas de la columna, dislipidemia, apnea del sueño. El IMC bajo criterio de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En caso de cumplirse el criterio señalado, la cirugía por Obesidad Mórbida se cubrirá por Ítem Hospitalario.
- 33)** La cobertura de salud reembolsará los gastos incurridos en exceso de lo que cubre el sistema previsual del asegurado, solo en la proporción y hasta la suma máxima indicada en el Cuadro de Beneficios incluido en el presente contrato.

- 34) Aquellos gastos que no tienen cobertura en su sistema previsional de salud por **no estar codificados**, se bonifican al 50% con un tope de UF15.
- 35) Aquellos gastos que no tienen cobertura en su sistema previsional de salud, pero **si tiene código Fonasa**, se castigan al 50% del plan de acuerdo a la prestación, con tope respectivo de la prestación. En este caso se deben presentar los documentos originales timbrados como No reembolsable por parte de la Isapre o Fonasa.
- 36) Se cubrirá la mamografía dentro de la cobertura de exámenes preventivos.
- 37) Se cubrirá la silla de ruedas en la cobertura de Órtesis y Prótesis.
- 38) Gastos complicaciones Embarazo/Parto: Estas se cubrirán de la siguiente manera, si corresponde a gastos ambulatorios se cubrirán bajo la prestación ambulatoria correspondiente y si requiere ser hospitalizada estará cubierto por Ítem Hospitalario. Se considerarán complicaciones del parto, los casos generados después de 2 días el número de días considerados usuales en el parto (3 días parto normal y 4 días cesárea) o aquellas hospitalizaciones ocurridas con posterioridad al alta que generó el parto.
- 39) Se otorga cobertura para Hormona del Crecimiento por talla baja, siempre y cuando esta condición sea producto de alteraciones endocrinas o tumorales, lo que deberá ser evaluado por la Contraloría Médica de la Compañía. Adicionalmente esta cobertura se aplicará solo para beneficiarios menores de 12 años. Dado lo anterior, no tendrá cobertura la condición de talla baja si es producto de variantes normales del crecimiento, como talla baja familiar o retraso del crecimiento constitucional.

2.2 DEL PRECIO

- a. 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.
- b. El monto anual estimado del servicio es de UF 8.500, impuestos incluidos.
- c. El valor a cancelar por concepto de deducible por afiliado dependerá del número de cargas legales:

NUMERO DE CARGAS	DEDUCIBLE
Afiliado sin cargas	0,5 UF
Afiliado con 1 carga	1 UF
Afiliado con 2 carga o más	1,5 UF

- d. Los beneficios adicionales del anexo N°11, por ningún motivo permiten un alza en el precio o la presentación de un segundo valor.

2.3 PLAZOS

- a. El plazo para el pago de siniestros de salud y dental, es evaluable y se define en la letra c.1 del punto 9.2 de las bases administrativas, donde quien oferte el menor plazo obtendrá el mayor puntaje.
- b. Reliquidación de reembolsos especiales de salud en 72 horas.
- c. Liquidación de Siniestros de Vida en 10 días hábiles o menos.
- d. 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.
- e. 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.

f. 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.

g. 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.

h. En la incorporación de las cargas familiares, éstas deberán estar en línea a los 15 días hábiles, para todo sistema lmed y compras en farmacias.

i. Cambios solicitados en los servicios Web, tendrán plazo de 30 días corridos.

2.4 ESPECIFICACIONES Y OPERATIVIDAD DEL SERVICIO

a. Servicio de liquidación en línea para reembolsos a través de la huella digital, en aquellos casos que tenga prestadores médicos, con funcionamiento las 24 horas y todos los días de la semana incluido festivos.

b. El descuento en línea de las farmacias deberá operar a titulares y cargas familiares.

c. La Compañía deberá contar con Portal Web para los asegurados, que deberá informar de todos los siniestros al día, con detalles, como; servicio reembolsado, fecha de liquidación, fecha de pago, monto a pagar y cuenta en la que se depositará, como también justificar cada siniestro no reembolsado.

d. La compañía deberá contar con Portal Web especial y diferenciado para los administradores del seguro del Servicio de Bienestar, esto incluye todo lo mencionado en el punto precedente.

e. El funcionamiento de las páginas web mencionadas en el punto c y d, podrán ser observados por el Servicio de Bienestar y la compañía deberá trabajar en la corrección, reparación o instalación de las funciones solicitadas.

f. Depósito en cuenta corriente bancaria o cuenta vista del asegurado para los reembolsos.

g. Cada reembolso deberá ser informado vía correo electrónico al asegurado, servicio reembolsado, fecha de liquidación, fecha de pago, monto a pagar y cuenta en la que se depositará.

h. La compañía deberá contar con un estafeta encargado de retirar y entregar toda la información al menos 3 veces a la semana en horario a definir.

i. La compañía deberá proveer de formularios a la institución. Para los afiliados se solicita un talonario tipo chequera con tapa dura, que deberá contener formularios médicos y dentales.

2.5 ASESORIAS DE GESTION Y ADMINISTRACION DE POLIZA

a. Se deberá contar con al menos un ejecutivo asignado al Servicio de Bienestar del nivel central, ubicado en Monjitas 665, Santiago Centro, Región Metropolitana, de tiempo completo que entreguen una atención preferencial a los requerimientos de la institución, tanto en lo administrativo como en lo resolutivo.

b. Un ejecutivo se encargará de nuestra cuenta, con visitas mensuales al Servicio de Bienestar, de manera de coordinar acciones que permitan asegurar el efectivo servicio a los asegurados.

- c. También deberán atender las direcciones Zonales de Fonasa, de tiempo completo que entreguen una atención preferencial a los requerimientos de la institución, tanto en lo administrativo como en lo resolutivo. Las Direcciones Zonales de Fonasa son:

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

- d. El Servicio de Bienestar podrá solicitar cualquier tipo de información para labores de gestión y administración, tales como; reportes, filtros y/o datos en particular.
- e. La información será solicitada vía correo electrónico y recepcionada por la misma vía.
- f. El plazo máximo para la entrega de este tipo de información será de 5 días corridos.
- g. La compañía deberá entregar un reporte mensual con toda la información y datos estadísticos de todos los seguros contratados, los detalles de estos reportes se definirán y acordarán con la compañía adjudicada.
- h. Capacitaciones de inducción a profesionales del Servicio de Bienestar, nivel Central y Direcciones Zonales, en materias de fondo, en materias de la compañía contratada y de aplicación operativa de los seguros y sus plataformas.
- i. Plan de comunicación y capacitación a los asegurados que considere información in situ y entrega de material informativo.
- j. 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.

2.6 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.

2.7 AGILIDAD EN LOS PROCESOS

El adjudicatario deberá hacer todas las gestiones necesarias y posibles, para velar por que las solicitudes y reembolsos se liquiden en los plazos establecidos, los que se contarán desde el día que sea entregado a la compañía de seguros.

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 Y SUS CARGAS FAMILIARES VIGENTES DEL SERVICIO BIENESTAR"

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 Y SUS CARGAS FAMILIARES VIGENTES DEL SERVICIO BIENESTAR”**

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 Y SUS CARGAS FAMILIARES VIGENTES DEL SERVICIO BIENESTAR"**

Yo,..... Ruf: 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 Y SUS CARGAS FAMILIARES VIGENTES DEL SERVICIO BIENESTAR"**

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 Y SUS CARGAS FAMILIARES VIGENTES DEL SERVICIO BIENESTAR"

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 Y SUS CARGAS FAMILIARES VIGENTES DEL SERVICIO BIENESTAR”

FECHA	HORARIO	ACTIVIDAD
23/11/2016	A partir de las 12:00 horas	Subida al portal www.mercadopublico.cl de la resolución aprobatoria de las presentes bases.
24/11/2016 al 25/11/2016	Hasta las 16:00 horas	Formulación por escrito por parte de los oferentes, de consultas y/o aclaraciones a través del portal www.mercadopublico.cl
29/11/2016	A partir de las 16:00 horas	Emisión y publicación en el portal www.mercadopublico.cl , de respuestas a las consultas y/o aclaraciones formuladas por los participantes.
13/12/2016	Hasta las 12:00 horas	Presentación de las ofertas a través del portal www.mercadopublico.cl Recepción de la Garantía de Seriedad de la Oferta, en Oficina de Partes, Monjitas N° 665, primer piso, Santiago, hasta las 12:00 hrs. Las ofertas económicas no ingresadas en el portal, no se considerarán válidas.
13/12/2016	A partir de las 12:05 horas	Apertura electrónica de las ofertas, validando los antecedentes incorporados por los oferentes en dicho portal, de conformidad a las bases administrativas.
20/12/2016	A partir de las 16:00 horas	Comunicación del resultado de la licitación, mediante la publicación de la resolución que la adjudique o declare desierta

ANEXO N° 5**CHECK LIST****LICITACIÓN PÚBLICA****"SEGURO COMPLEMENTARIO DE VIDA, SALUD, CATASTRÓFICO Y DENTAL PARA LOS AFILIADOS Y SUS CARGAS FAMILIARES VIGENTES DEL SERVICIO BIENESTAR"**

DOCUMENTOS SOLICITADOS	SI/NO
Declaración de aceptación de las Bases Administrativas, Técnicas y Anexos. (Según Anexo N° 1-A o Anexo N°1-B).	
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 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).	
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 vida, según Anexo N°7.	
Condiciones particulares cobertura salud, según Anexo N°8.	
Condiciones particulares cobertura catastróficas, según Anexo N°9.	

Condiciones particulares cobertura dental, según Anexo N°10.	
Beneficios Adicionales, según Anexo N° 11.	
Plazos de Cumplimiento y Cadenas de Farmacias, según Anexo N° 12.	

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 Y SUS CARGAS FAMILIARES VIGENTES DEL SERVICIO BIENESTAR"

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 1.000 AFILIADOS = TOTAL UF _____

Oferente	
Nombre Representante Legal	
Rut Representante Legal	
Firma Representante Legal	
Fecha	

ANEXO N°7

**CONDICIONES PARTICULARES COBERTURA VIDA
CUADRO DE BENEFICIOS DE VIDA**

COBERTURA	EDAD	MONTO COBERTURA
Seguro Fallecimiento	Titular hasta los 75 años y 364 días.	UF 50
Seguro Fallecimiento	Titular desde los 76 años o más.	UF 20

Cuadro a completar por los oferentes con las condiciones del seguro de salud:

COBERTURA	EDAD	MONTO COBERTURA
Seguro Fallecimiento		
Seguro Fallecimiento		

Oferente	
Nombre Representante Legal	
Rut Representante Legal	
Firma Representante Legal	
Fecha	

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

GASTOS AMBULATORIOS	% Bono	% Reembolso	Tope Evento	Tope Anual
Consultas médicas	70	50	UF 0.5	UF 10
Exámenes y procedimientos (Incluye: preventivo mamografía, Kinesiología y fonoaudiología)	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	80	80	s/tope	UF 15
Medicamentos de marca	40	40	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	s/tope	UF 15
PSIQUIATRÍA/PSICOLOGÍA	% Bono	% Reembolso	Tope Evento	Tope Anual
Consulta	50	50	UF 0.5 por sesión	UF 10
Hospitalización	50	50	s/tope	UF 15
OTROS GASTOS AMBULATORIOS	% Bono	% Reembolso	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
	% Bono	% Reembolso	Tope Evento	Tope Anual

ATENCIÓN URGENCIA				
Servicio de urgencia (incluye medicamentos, insumos y procedimientos)	70	70	s/tope	UF 10
GASTOS HOSPITALARIOS	% Bono	% Reembolso	Tope Evento	Tope Anual
Día cama hasta 30 días	80	80	UF 5 Diarias	s/tope
Exceso día cama	70	70	UF 4 Diarias	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	% Bono	% 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			

Cuadro a completar por los oferentes con las condiciones del seguro de salud:

GASTOS AMBULATORIOS	% Bono	% Reembolso	Tope Evento	Tope Anual
Consultas médicas				
Exámenes y procedimientos (Incluye: preventivo mamografía, Kinesiología y fonología)				
Cirugía ambulatoria (Incluye todo tipo de cirugía ocular inclusive láser con dioptría 5 o superior).				
Medicamentos genéricos o bioequivalentes				
Medicamentos de marca				
CAEC ambulatorio (copago)				
GES ambulatorio (copago)				
Reembolso por gastos sin cobertura Isapre o FONASA o no codificados				
PSIQUIATRÍA/PSICOLOGÍA	% Bono	% Reembolso	Tope Evento	Tope Anual
Consulta				
Hospitalización				
OTROS GASTOS AMBULATORIOS	% Bono	% Reembolso	Tope Evento	Tope Anual
Óptica (Incluyendo marcos, cristales y lentes de contacto)				
Prótesis y órtesis (Incluyendo audífonos, plantillas y silla de ruedas)				
ATENCIÓN URGENCIA	% Bono	% Reembolso	Tope Evento	Tope Anual
Servicio de urgencia (Incluye medicamentos, insumos y procedimientos)				

GASTOS HOSPITALARIOS	% Bono	% Reembolso	Tope Evento	Tope Anual
Día cama hasta 30 días				
Exceso día cama				
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).				
CAEC Hospitalario (Copago)				
Ges Hospitalario (Copago)				
MATERNIDAD	% Bono	% Reembolso	Tope Prest. UF	Tope Anual
Parto Normal				
Cesárea				
Aborto no provocado				
GASTOS EN EL EXTRANJERO				
Zonas limítrofes:				
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:				

Oferente	
Nombre Representante Legal	
Rut Representante Legal	
Firma Representante Legal	
Fecha	

ANEXO N°9

CONDICIONES PARTICULARES CATASTROFICAS

CUADRO DE BENEFICIOS DE GASTOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS

SEGURO CATASTROFICO – PLAN ÚNICO		
1.Gastos Ambulatorios	Reembolso %	Tope Anual UF
Consultas Medicas	100	Sin Tope
Exámenes	100	Sin Tope
Medicamentos	50	Sin Tope
Drogas Oncológicas, inmunosupresoras y Antineoplásicas	80	Sin Tope
Procedimientos	100	Sin Tope
Fonoaudiología, Kinesiología y Medicina Física	100	Sin tope
2.Gastos Hospitalarios	Reembolso %	Tope Anual UF
Día cama	100	Sin Tope
Día cama UTI/Intermedio	100	Sin Tope
Honorarios Médicos	100	Sin Tope
Derecho a Pabellón	100	Sin Tope
Cirugía Dental por accidente	100	Sin Tope
Medicamentos- Insumos	100	Sin Tope
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos	100	Sin tope
Servicio de Enfermería	100	Sin tope
Servicios Hospitalarios (Otros Gastos)	100	Sin tope
Sin cobertura Isapre o Fonasa	50	Sin tope
3.Otros	Reembolso %	Tope Anual UF
Traslado en Ambulancia (50 Kms)	100	Sin tope
Prótesis y Órtesis	100	Sin tope

Cuadro a completar por los oferentes con las condiciones particulares de seguro catastrófico:

SEGURO CATASTROFICO – PLAN ÚNICO		
1.Gastos Ambulatorios	Reembolso %	Tope Anual UF
Consultas Medicas		
Exámenes		
Medicamentos		
Drogas Oncológicas, Inmunosupresoras y Antineoplásicas		
Procedimientos		
Fonoaudiología, Kinesiología y Medicina Física		

2.Gastos Hospitalarios	Reembolso %	Tope Anual UF
Día cama		
Día cama UTI/Intermedio		
Honorarios Médicos		
Derecho a Pabellón		
Cirugía Dental por accidente		
Medicamentos- Insumos		
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos		
Servicio de Enfermería		
Servicios Hospitalarios (Otros Gastos)		
Sin cobertura Isapre o Fonasa		
3.Otros	Reembolso %	Tope Anual UF
Traslado en Ambulancia (50 Kms)		
Prótesis y Órtesis		

Oferente	
Nombre Representante Legal	
Rut Representante Legal	
Firma Representante Legal	
fecha	

ANEXO N°10
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 Familiar
DENTAL BÁSICA			UF 12.00
Radiología Intraoral	70	50	
Higienización, limpieza y general	70	50	
Endodoncia	70	50	
Odontopediatría	70	50	
Operatoria Dental sin laboratorio	70	50	
Cirugía Bucal Simple	70	50	
DENTAL ESPECIALIDAD			
Radiología Oral	70	50	
Operatoria Dental Completa	70	50	
Periodoncia	70	50	
Cirugía Bucal Completa	70	50	
Prótesis Fijas	70	50	
Prótesis Removibles (Incluye planos de relajación)	70	50	
Implantes Dentales	70	50	
Medicamentos	70	50	
ORTODONCIA			
Ortodoncia	70	50	

Cuadro a completar por los oferentes con las condiciones particulares de seguro dental:

PRESTACIONES	% Reembolso con cobertura Isapre o Fonasa	% Reembolso Sin cobertura Isapre o Fonasa	Tope Anual Familiar
DENTAL BÁSICA			
Radiología Intraoral			
Higienización, limpieza y general			
Endodoncia			
Odontopediatría			
Operatoria Dental sin laboratorio			
Cirugía Bucal Simple			

DENTAL ESPECIALIDAD			
Radiología Oral			
Operatoria Dental Completa			
Periodoncia			
Cirugía Bucal Completa			
Prótesis Fijas			
Prótesis Removibles (Incluye planos de relajación)			
Implantes Dentales			
Medicamentos			
ORTODONCIA			
Ortodoncia			

Oferente	
Nombre Representante Legal	
Rut Representante Legal	
Firma Representante Legal	
Fecha	

ANEXO N° 11

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

Ingresar todos los beneficios adicionales a los requeridos en los anexos 7, 8, 9 y 10, esto siempre y cuando mantenga los planes dentro del monto estimado presentado en las presentes bases, como así mismo dentro del precio ofertado por las compañías de seguros. Debe ingresar el beneficio en el ítem correspondiente.

Beneficios Adicionales	Descripción Beneficios Adicionales			
	Seguro Vida	Seguro Salud	Seguro Catastrófico	Seguro Dental
Nuevos beneficios	- - -			
Aumento tope anual	- - -			
Aumento tope por evento	- - -			
Aumento porcentajes reembolsos	- - -			
Aumento porcentajes bonos	- - -			
Descuentos clínicas, centros médicos, dentales, etc.	- - -			
Servicios externos como; descuentos comercio.	- - -			
Otros	- -			

Oferente	
Nombre Representante Legal	
Ruf Representante Legal	
Firma Representante Legal	
Fecha	

ANEXO N° 12
PLAZOS DE CUMPLIMIENTO Y CADENAS DE FARMACIAS

A.- Plazos de Cumplimientos:

El plazo de liquidación, que es el período en que se liquidan y depositan en las cuentas bancarias de los afiliados las devoluciones en dinero de los reembolsos, es de _____ **días hábiles**, desde el momento en que la Compañía de Seguro recepciona la documentación.

B.- Cadenas de Farmacias: Indicar los nombres de las farmacias.

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____

Oferente	
Nombre Representante Legal	
Rut Representante Legal	
Firma Representante Legal	
Fecha	

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

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



IBR/MCYV/OTM/LPB/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)
- Valeria Céspedes G., (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

N° Ingreso 419