

**REF: APRUEBA LLAMADO PARA LA CONTRATACIÓN VÍA CONVENIO MARCO BAJO MODALIDAD GRANDES COMPRAS Y APRUEBA LOS TÉRMINOS DE INTENCIÓN DE COMPRA PARA EL SEGURO COLECTIVO DE VIDA CON ADICIONAL DE SALUD Y CATASTRÓFICO - PLAN 4 VALOR PRIMA MENSUAL ID 1695223, PARA LOS/LAS AFILIADOS/AS AL SERVICIO DE BIENESTAR DEL SERVICIO NACIONAL DE MENORES.**

**TRAMITADO**



**RESOLUCIÓN EXENTA N° 1245**

**SANTIAGO, 28 MAY 2021**

**VISTOS** Lo dispuesto en los artículos 3°, 5° N°s 1, 3, 4, 7 y 12 del Decreto Ley N° 2.465, de 1979; en los artículos 79 y siguientes del decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N°18.834, sobre Estatuto Administrativo; en los Decretos Supremos N°s. 356, de 1980, 79, de 2020 y 907, de 2021, todos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, en el Decreto Supremo N° 375, de 2003, del Ministerio de Hacienda; en las Resoluciones Exentas RA N°s 263/605/2021 y 263/1849/2021, ambas de 2021, del SENAME en el artículo 9° de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, cuyo Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado fue aprobado por el D.F.L N° 1/19.653, de 2000; en la Ley N° 19.886, de Bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios, y su Reglamento contenido en el Decreto Supremo N° 250, de 2004, del Ministerio de Hacienda, y sus modificaciones; en la Ley N° 21.289, que aprobó el Presupuesto del Sector Público para el año 2021; en la Directiva de Contratación Pública N°15 "Instrucciones para la Aplicación del Mecanismo de Grandes Compras", de la Dirección de Compras y Contratación Pública; en la Resolución N° 578 B, de 2020, de la Dirección de Compras y Contratación Pública; y en las Resoluciones N° 7 y N° 8, de 2019, de la Contraloría General de la República.

**CONSIDERANDO:**

1. Que, el Servicio Nacional de Menores, requiere mediante el procedimiento de grandes compras de Convenio Marco, la contratación de seguro colectivo de vida con adicional de salud y catastrófico para los/las afiliados/as al Servicio de Bienestar del Servicio Nacional de Menores.
2. Que, la Dirección de Compras y Contratación Pública, a través de Resolución N° 578 B, de fecha 29 de septiembre de 2020, licitó bajo el ID: **2239-18-LR18**, el "Convenio Marco Convenio para la adquisición del Seguro colectivo de vida con adicional de salud", encontrándose disponible los bienes y servicios requeridos, en el Catálogo Electrónico del portal web [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl).
3. Que, este proceso se ajustará a lo dispuesto en el artículo 14 bis del Decreto Supremo N°250 de 2004, del Ministerio de Hacienda, que aprueba el reglamento de la Ley N°19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios, por cuanto supera las 1.000 UTM.
4. Que, en dicho entendido, y conforme a lo dispuesto en el artículo 14 bis del reglamento de la Ley de Compras, procede comunicar, a través del Sistema, la intención de compra a todos los proveedores adjudicados en la respectiva categoría del Convenio Marco al que adscribe el bien y/o servicio requerido.
5. Que, existe disponibilidad presupuestaria para proceder a la presente contratación, según Certificado de Disponibilidad Presupuestaria N° 1, de 16 de febrero de 2021, emitido por la Jefa de la Unidad de Bienestar del Servicio Nacional de Menores, un monto de \$1.088.829.000.- (mil ochenta y ocho millones ochocientos veintinueve mil pesos).

**RESUELVO:**

1. **AUTORIZÁSE** el llamado para la contratación, vía convenio marco, bajo la modalidad "Grandes Compras", para la contratación del **"SEGURO COLECTIVO DE VIDA CON ADICIONAL DE SALUD Y CATASTRÓFICO - PLAN 4 VALOR PRIMA MENSUAL, PARA LOS/LAS AFILIADOS/AS AL SERVICIO DE BIENESTAR DEL SERVICIO NACIONAL DE MENORES"**; disponibles en el catálogo electrónico del portal web [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl), publicado bajo el ID 1695223
2. **APRUEBANSE** los términos de la intención de compra para la presentación de ofertas en el proceso de "Grandes Compras", para la contratación **SEGURO COLECTIVO DE VIDA CON ADICIONAL DE SALUD Y CATASTRÓFICO - PLAN 4 VALOR PRIMA MENSUAL ID 1695223, PARA LOS/LAS AFILIADOS/AS AL SERVICIO DE BIENESTAR DEL SERVICIO NACIONAL DE MENORES**, cuyo texto se transcribe a continuación:

**"INTENCIÓN DE COMPRA PARA LA CONTRATACIÓN DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA CON ADICIONAL DE SALUD Y CATASTRÓFICO - PLAN 4 VALOR PRIMA MENSUAL ID1695223, PARA LOS/LAS AFILIADOS/AS AL SERVICIO DE BIENESTAR DEL SERVICIO NACIONAL DE MENORES.**

**Cronograma del proceso de Grandes Compras de Convenio Marco**

Nº	Proceso	Plazo
1	Plazo de Publicación de la Intención de Compra	10 días hábiles
2	Plazo para formular consultas y aclaraciones	Desde el primer (1º) día de publicación de la Intención de Compra, hasta el quinto (5º) día hábil. Las consultas y aclaraciones deberán ser realizadas a través del correo electrónico <a href="mailto:yrios@sename.cl">yrios@sename.cl</a> ; <a href="mailto:magonzalez@sename.cl">magonzalez@sename.cl</a> ; <a href="mailto:lcerda@sename.cl">lcerda@sename.cl</a> indicando en el asunto el Nº de ID correspondiente al proceso de Grandes Compras.
3	Respuestas a las consultas y aclaraciones	Desde el término del plazo para realizar consultas, y hasta el segundo (2º) día hábil corrido siguiente.
4	Cierre del plazo de recepción de Ofertas	Hasta el décimo (10º) día hábil de publicada la Intención de Gran Compra.
5	Apertura de las ofertas	Al día hábil siguiente al cierre del plazo de recepción de ofertas.
6	Evaluación de las Ofertas	5 días hábiles contados desde el día siguiente a la apertura de las ofertas.
7	Selección de las ofertas	5 días hábiles contados desde el día siguiente del plazo de Evaluación de las ofertas.



## I.- INTRODUCCIÓN:

La Ley N° 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios y sus modificaciones; el Decreto Supremo N° 250, de 2004, del Ministerio de Hacienda que la reglamenta, específicamente el artículo 14 bis, que señala que "en las adquisiciones vía Convenio Marco, superiores a 1.000 UTM, denominadas Grandes Compras, las entidades deberán comunicar, a través del Sistema, la intención de compra a todos/as los/las proveedores/as adjudicados/as en la respectiva categoría del Convenio Marco al que, adscribe el bien o servicio requerido.

En conformidad a lo establecido en la mencionada normativa, el Servicio Nacional de Menores, invita a todos/as los/las proveedores/as del Convenio Marco a presentar sus ofertas para la contratación de **SEGURO COLECTIVO DE VIDA CON ADICIONAL DE SALUD Y CATASTRÓFICO PARA LOS/LAS AFILIADOS/AS AL SERVICIO DE BIENESTAR DEL SERVICIO NACIONAL DE MENORES.**

## II.- DEL SERVICIO REQUERIDO:

### 1. ANTECEDENTES

---

El Servicio Nacional de Menores, a través del Servicio de Bienestar requiere contratar un Seguro colectivo de vida con adicional de salud para **4033 afiliados/as al Servicio de Bienestar**, con el objetivo de brindarles beneficios de salud.

Cabe hacer presente que beneficiarios/as del Servicio de Bienestar del Servicio Nacional de Menores son sus afiliados/as activos/as y afiliados/as jubilados/as, incluyendo sus respectivas cargas legales.

### 2. DEL SERVICIO/PRODUCTO REQUERIDO

---

#### 2.1 Objetivo

Por el presente instrumento, y en conformidad a lo establecido en DS N° 250/2004, este "Servicio" contratará un **SEGURO COLECTIVO DE VIDA CON ADICIONAL DE SALUD Y CATASTRÓFICO - PLAN 4 VALOR PRIMA MENSUAL ID 1695223, PARA LOS/AS AFILIADOS/AS AL SERVICIO DE BIENESTAR DEL SERVICIO NACIONAL DE MENORES**, para dar cumplimiento a los beneficios de salud estipulados en el Reglamento particular del Servicio de Bienestar del Servicio Nacional de Menores.

#### 2.2 Especificaciones

El Servicio contratará el **Seguro colectivo de vida con adicional de salud y catastrófico - Plan 4 Valor Prima Mensual ID 1695223**, para otorgarle beneficios de salud a los/las afiliados/as del Servicio de Bienestar, y sus respectivas cargas legales sin importar que los beneficiarios/as padezcan alguna preexistencia.



### 3. CONDICIONES DE LOS SEGUROS

---

#### 3.1 Condiciones comunes de los Seguros

##### a. Vigencia del contrato, de las pólizas y cláusula de ajuste de tarifas

El contrato tendrá una vigencia de 12 meses (anual) a contar de la Resolución que lo aprueba, periodo en el cual el adjudicatario estará obligado a mantener las condiciones de las bases y pólizas durante todo este periodo.

La contratación de pólizas colectivas a través de Convenio Marco para el Servicio de Bienestar del Servicio Nacional de Menores será anual. Independiente de ello, cada enero comenzará a regir el nuevo precio según lo establecido en la cláusula de reajuste respectiva, independiente de la fecha en que se haya contratado o iniciado la vigencia particular de la póliza.

##### b. Cobertura Automática

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

#### 3.2. Edad de los/las asegurados/as:

No existirá restricción respecto de la edad de ingreso o de la edad tope de permanencia de los/las asegurados/as a los seguros a que se refiere la contratación requerida, salvo las siguientes condiciones:

##### a) Seguro de Vida:

El capital asegurado hasta los 74 años de edad será UF. 50; desde los 75 y hasta los 79 años UF. 20; desde los 80 y hasta los 85 años de edad UF. 15 y mayor de 85 años UF. 1.

##### b) Seguros de Salud:

En el caso de hijos cargas familiares deberán tener hasta 18 años de edad o 24 en caso de ser estudiantes. Cabe señalar que, en el caso de los hijos/as con discapacidad aplica la normativa vigente.

#### 3.3. Seguro Colectivo de Vida:

##### a) Asegurados/as:

Tendrán derecho a estar asegurados/as todos/as los/las afiliados/as titulares del Servicio de Bienestar del Servicio Nacional de Menores.

##### b) Riesgos a cubrir:

Se cubre el riesgo de fallecimiento por enfermedad o accidente según las condiciones generales de la póliza depositada en el Registro de Pólizas bajo el código POL220130565 y el capital por cada asegurado/a corresponderá a UF. 50 hasta los 74 años de edad; desde los 75 y hasta los 79 años UF. 20; desde los 80 y hasta los 85 años de edad UF. 15 y mayor de 85 años UF. 1 o según corresponda.

**c) Declaración Personal de Salud y Exámenes Médicos:**

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

Todos/as los/las afiliados/as al Servicio de Bienestar deberán ser asegurados/as por la Compañía adjudicada, sin ningún requisito, según lo indican las bases de Licitación de Convenio Marco.

**d) Preexistencias:**

No se podrá excluir a ningún asegurado/a o beneficiario/a en virtud de enfermedades preexistentes al inicio y durante la vigencia del contrato, tal como lo indican las bases de licitación del convenio marco.

**3.4. Adicional Salud (Complementario Sistema de Salud Chileno)**

**a) Asegurados/as:**

Tendrán derecho a estar asegurados/as todos/as los/las afiliados/as al Servicio de Bienestar del Servicio Nacional de Menores incluyendo sus respectivas cargas legales. Los/as titulares y sus cargas podrán hacer uso del seguro una vez que el organismo previsional de salud al que estuvieren afiliados/as, sea FONASA o ISAPRE, haya otorgado la cobertura de las prestaciones médicas, sin perjuicio de los beneficios que puedan otorgar el Servicio de Bienestar directamente, los que serán impetrados después de los antes indicados, así como también, de otros Seguros Complementarios de Salud, al que pertenezcan los/las asegurados/as.

**b) Riesgos a cubrir:**

Se cubre el reembolso de gastos médicos según las condiciones generales de la cláusula adicional depositada en el Registro de Pólizas bajo el código POL320180044 las condiciones particulares señaladas en el presente documento.

**c) Montos asegurados:**

Los montos límites asegurados, aplicables por cada miembro del grupo familiar perteneciente a cada asegurado/a, se establecen en el "SEGURO COLECTIVO DE VIDA CON ADICIONAL DE SALUD Y CATASTRÓFICO - PLAN 4", señalado en el punto 3.3, de estas bases técnicas.

**d) Deducibles:**

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

- Titular solo: 0.5 UF
- Titular con una carga: 1.0 UF
- Titular con dos o más cargas: 1.4 UF

**e) Declaración Personal de Salud y Exámenes:**

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

Todos/as los/las afiliados/as al Servicio de Bienestar del Servicio Nacional de Menores, deberán ser asegurados/as por la Compañía adjudicada, sin ningún requisito previo.

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



f) **Preexistencias:**

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

**3.5. Seguro catastrófico sin definición previa de patologías:**

a) **Asegurados/as:**

Todos/as los/las afiliados/as al Servicio de Bienestar del Servicio Nacional de Menores, deberán ser asegurados/as por la Compañía adjudicada, sin ningún requisito previo. Se incluyen sus cargas legales.

b) **Riesgos a cubrir:**

La cobertura se ajustará al modelo depositado en el Depósito de Pólizas bajo los códigos POL220130565 y POL320180044, dejándose constancia que será válida para gastos de cualquier enfermedad y serán otorgados para cada asegurado/a en forma individual, salvo las exclusiones señaladas en el modelo depositado.

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

c) **Monto asegurado y deducible:**

Para el "Plan 4" ID 1695223, definido en el punto 3.3 de las presentes Bases Técnicas, se deberá considerar monto anual por **grupo familiar** de UF 2.000 con deducible de UF 25.

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

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

d) **Declaración Personal de Salud y Exámenes Médicos:**

No se exigirá Declaración de Salud ni exámenes médicos de ninguna clase a las personas que sean incorporadas, tanto al inicio como en cualquier momento durante la vigencia de la respectiva póliza. Todos/as los/las afiliados/as al Servicio de Bienestar del Servicio Nacional de Menores, deberán ser asegurados/as por la Compañía adjudicada, sin ningún requisito previo.

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

e) **Preexistencias:**

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

### 3.6. Procedimientos y Coberturas especiales:

- a) El plazo para presentar los gastos de cobertura hospitalaria se contabilizará desde la fecha de emisión de los respectivos bonos y/o fecha de pago de dichos servicios. Se debe permitir el reembolso de los bonos pagados con excedentes.
- b) Se deberá liquidar y bonificar parcialmente la cuenta hospitalaria, de forma que aquellos gastos que aún no hayan sido cancelados por el/la asegurado/a quedarán pendientes de pago hasta completar los documentos contables pertinentes.
- c) Si el sistema de salud del afiliado no otorga cobertura a alguna prestación, dicha institución deberá timbrar la boleta o factura como "No Bonificable", en tal caso, el seguro pagará el 42,5% del ítem respectivo indicado en el plan de beneficios, esto, sobre la columna "vía reembolso".
- d) Todas aquellas prestaciones, que no hayan sido codificadas en el arancel Fonasa y que por defecto no tienen cobertura en su sistema previsional, ingresarán al ítem de "**Gastos no Codificados**", por tanto, serán cancelados al 42,5% de cobertura con un tope anual de UF 12,75 anual por persona.
- e) Se hará efectivo el pago del siniestro cuyo copago sea realizado con los excedentes de Isapre, toda vez que el bono original, indique claramente el monto cancelado.
- f) Se deberá dar cobertura a los gastos de los/as asegurados/as que, viviendo en zonas limítrofes, efectúen en las zonas contiguas de los países vecinos, para lo cual la compañía deberá indicar como procederá.
- g) Se otorgará cobertura bajo la misma modalidad existente en el plan de beneficios, siempre que sean gastos efectuados en zonas fronterizas o en comisión de servicio del asegurado y cuando no estén cubiertos por la ley 16.744.

Según lo estipulan las bases técnicas N° 7 letra c) del Convenio Marco que indica: No aplicará esta cobertura especial, en aquellos casos en que el asegurado tenga o haya contratado un seguro de salud en el extranjero.

- h) Se deberá incorporar la mamografía dentro de la cobertura de exámenes preventivos.
- i) Se deberá incluir la silla de ruedas en la cobertura de órtesis y prótesis.
- j) Se deberá considerar los procedimientos y reglamentación de las instituciones en el proceso de incorporación de cargas legales, validándose lo que se establezca en las resoluciones exentas de reconocimiento de derechos de asignación familiar. Sin perjuicio de ello, se respetará, en estos casos, la cláusula de los 90 días para presentar la solicitud de reembolsos ante el seguro, de acuerdo a lo estipulado en las presentes bases.
- k) Se deberá incluir dentro del ítem cirugía ambulatoria, todo tipo de cirugía ocular con una Dioptría 5 o superior.
- l) La compañía oferente deberá brindar el servicio de reembolso automático, por medio del sistema de Imed, de todas las prestaciones ambulatorias sin ninguna restricción, franquicia, ni deducibles adicionales a lo establecido en el plan y cuadro de coberturas respectivo. A su vez, deberá mantener un convenio de reembolso automático de medicamentos, en convenio con una o más cadenas nacionales de farmacia, sin establecer franquicia o deducibles adicionales a los establecidos en el plan cuadro de cobertura respectivo.



- m) La Compañía oferente deberá dar cobertura de un 80%, del valor del deducible o copago a pagar por el/la asegurado/a, como consecuencia del uso del beneficio contemplado en las prestaciones cubiertas en el Plan GES o CAEC, siempre que se acojan correctamente y en forma completa a las canastas definidas en este según cada patología.

### **3.7. Cláusulas Especiales:**

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

#### **a) Cláusula de Prevalencia de Bases**

Estas bases formarán parte integrante de la Póliza que se suscriba entre la Compañía adjudicataria y el Servicio de Bienestar del Servicio Nacional de Menores, y su contenido prevalecerá sobre esta/s última/s.

#### **b) Cláusula de Errores u Omisiones**

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

#### **c) Cláusula Exclusión de Arbitraje**

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

#### **d) Cláusula especial de continuidad de seguros**

La póliza que se suscriba como producto de este proceso otorgará continuidad de cobertura a los/las asegurados/as que se encuentren cubiertos en todas las pólizas del Convenio Marco que se encuentra vigente al momento de la publicación de la presente propuesta.

- e) Será obligación de la entidad aseguradora dar continuidad a la bonificación de los medicamentos recetados a permanencia y aquellos que normalmente no son considerados remedios o no son curativos, que previamente fueron evaluados y bonificados por una Compañía de Seguros anterior, sin nueva evaluación de pertinencia, con la sola presentación de una anterior colilla de bonificación o documento que demuestre el pago.

### **4. MECANISMOS DE OPERACIÓN**

Sera obligación de la entidad aseguradora proponer y entregar un manual de operación del seguro a los/las beneficiarios/as.

### **5. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS**

Por tener el Servicio de Bienestar del Servicio Nacional de Menores presencia nacional, será obligación de la Compañía de Seguro establecer mecanismos que permitan descentralizar el manejo de los reembolsos en el país.



## **6. PRESENTACIÓN Y TRAMITACIÓN DE SINIESTROS**

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

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

## **7. PAGO DE LAS SOLICITUDES DE REEMBOLSO**

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

Los antecedentes que deberán presentarse en caso de siniestro podrán consistir en originales, copias o fotocopias autorizadas de los documentos que se indican, según corresponda. Las compañías participantes deberán proponer un sistema de operación que facilite los pagos en forma eficiente y que incorpore fórmulas como abonos, por ejemplo, en cuentas corrientes bancarias; envíos de cheques o pagos directos y envío mediante correo electrónico del informe de liquidación de los reembolsos solicitados al beneficiario. Todo este proceso deberá quedar consignado en el respectivo manual de operación. Sin perjuicio de lo anterior, el Servicio de Bienestar del Servicio Nacional de Menores podrá solicitar que el reembolso de cualquier gasto médico le sea pagado como institución contratante.

## **8. INCORPORACIÓN Y RETIRO DE ASEGURADOS/AS**

La responsabilidad de informar respecto de la incorporación y retiro de los/las asegurados/as a la póliza será asumida por el Servicio de Bienestar del Servicio Nacional de Menores, el que informará directamente a la compañía aseguradora. Esta información será entregada dentro de los primeros 15 días de cada mes, especificando la fecha en que las personas ingresaron o dejaron de ser asegurados/as. Si el/la afiliado/a beneficiario/a, cambia de empleador/a, podrá optar a dar continuidad inmediata al seguro, siempre que el/la nuevo/a empleador/a esté dentro de la administración del Estado y éste último tenga contratado a través de su Servicio de Bienestar el mismo seguro.

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

## **9. PAGO DE LA PRIMA**

El Servicio Nacional de Menores determinará la forma de cancelar la Prima correspondiente.

Para el pago de las primas la entidad aseguradora deberá emitir cobranzas mensuales por mes vencido de acuerdo a la información proporcionada por el Servicio de Bienestar y, junto a la nómina de asegurados/as detallada de la cobranza.

## **10. GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN E INFORMES PERTINENTES**

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



La Compañía Aseguradora deberá entregar en forma periódica al Servicio de Bienestar del Servicio Nacional de Menores a lo menos los siguientes informes:

- ✓ Informe de Siniestralidad
- ✓ Se deberá presentar un cuadro resumen de todas las prestaciones durante el periodo analizado y acumulado, en detalle, analizando en profundidad cada uno de los ítems
- ✓ Informe de Siniestros Pendientes de Liquidación.
- ✓ Informe de primas pagadas

## 11. DETALLE DE PRODUCTOS LICITADOS

### SEGURO DE VIDA

Deberá ofrecer un Seguro de vida según el siguiente cuadro de beneficios y coberturas:

<b>SEGURO DE VIDA – PLAN ÚNICO</b>			
	<b>Monto asegurado</b>	<b>Carencias</b>	<b>Otros</b>
<b>Seguro de Vida Plan Único</b>	<b>UF 50</b>	<b>No tiene</b>	<b>Póliza sólo para afiliados titulares.</b>

### SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD-PLAN 4

Deberá ofrecer un Plan de Salud según el siguiente cuadro de beneficios y coberturas:

<b>Plan complementario de salud</b>			
<b>Ítem</b>	<b>%Reembolso</b>		<b>Otros</b>
Reembolso para gastos sin cobertura Isapre o FONASA	42,5% del ítem respectivo	Depende del ítem respectivo	Sin Tope
Reembolso para gastos no codificados	42,5% del ítem respectivo	s/tope por evento	UF 12,75 (tope anual)
<b>GASTOS AMBULATORIOS</b>	<b>% Reembolso</b>	<b>Tope Prest. UF</b>	<b>Tope Anual</b>
Consultas médicas: pago vía reembolso	42,5	UF 0.42 por sesión	Uf 8,5
Consultas Médicas: pago vía bono (FONASA o Isapre)	59,5	UF 0.42 por sesión	
Exámenes y procedimientos: pago vía reembolso	34	s/tope	UF 12,75
Exámenes y procedimientos: pago vía bono (FONASA o Isapre)	51	s/tope	
Cirugía ambulatoria	51	s/tope	UF 34
Medicamentos genéricos o bioequivalentes.	68	s/tope	UF 12,75
Medicamentos de marca	34	s/tope	
<b>PSIQUIATRÍA/PSICOLOGÍA</b>	<b>% Reembolso</b>	<b>Tope Prest. UF</b>	<b>Tope Anual</b>
Consulta	42,5	UF 0.42 por sesión	UF 8,5
Hospitalización	42,5	s/tope	UF 12,75
<b>OTROS GASTOS AMBULATORIOS</b>	<b>% Reembolso</b>	<b>Tope Prest. UF</b>	<b>Tope Anual</b>

Óptica (incluyendo marcos)	51	s/tope	UF 2,55
Prótesis y órtesis (incluyendo audífonos y silla de ruedas)	59,5	s/tope	UF 12,75
<b>GASTOS HOSPITALARIOS</b>	<b>% Reembolso</b>	<b>Tope Prest. UF</b>	<b>Tope Anual</b>
Día cama hasta 30 días	68	UF 4,25 diarias	30 días
Exceso día cama	59,5	UF 3,4 diarias	s/tope
Honorarios médicos y SS. hospitalarios	42,5	s/tope	
<b>MATERNIDAD</b>	<b>% Reembolso</b>	<b>Tope Prest. UF</b>	<b>Tope Anual</b>
Parto Normal	42,5	s/tope	UF 12,75
Cesárea	42,5	s/tope	UF 17
Aborto no provocado	42,5	s/tope	UF 8,5
Monto máximo reembolso	Por asegurado		
<b>COBERTURA GES/AUGE/CAEC</b>			
<b>La Compañía oferente deberá dar cobertura de un 80%, del valor del deducible o co-pago a pagar por el asegurado, como consecuencia del uso del beneficio contemplado en las prestaciones cubiertas en el Plan AUGÉ/ GES o CAEC, siempre que se acojan correctamente y en forma completa a las canastas definidas en este según cada patología.</b>			
<b>Monto asegurado máximo</b>		<b>UF 400</b>	

### SEGURO CATASTRÓFICO

Deberá ofrecer un Seguro Catastrófico según el siguiente cuadro de beneficios y coberturas:

<b>SEGURO CATASTRÓFICO - PLAN ÚNICO</b>		
<b>1. Gastos Hospitalarios</b>	<b>% Reembolso</b>	<b>Tope Anual UF</b>
Día cama	<b>100</b>	<b>Sin tope</b>
Honorarios médicos	<b>100</b>	<b>Sin tope</b>
Día cama UTI/intermedio	<b>100</b>	<b>Sin tope</b>
Derecho a pabellón	<b>100</b>	<b>Sin tope</b>
Cirugía dental por accidente	<b>100</b>	<b>Sin tope</b>
Servicio ambulancia (50 km)	<b>100</b>	<b>Sin tope</b>
Medicamentos - insumos	<b>100</b>	<b>Sin tope</b>
Servicio enfermería	<b>100</b>	<b>Sin tope</b>
Otros gastos	<b>100</b>	<b>Sin tope</b>
<b>2. Gastos ambulatorios</b>	<b>% Reembolso</b>	<b>Tope Anual UF</b>
Medicamentos	<b>50</b>	<b>Sin tope</b>
Consulta médica	<b>100</b>	<b>Sin tope</b>
Exámenes	<b>100</b>	<b>Sin tope</b>
Procedimientos	<b>100</b>	<b>Sin tope</b>
Drogas Antineoplásicas	<b>80</b>	<b>Sin tope</b>
<b>3. Monto máximo reembolso</b>	<b>Por grupo familiar</b>	
Monto asegurado máximo	<b>UF 2.000</b>	
<b>4. Periodo de acumulación</b>	<b>Ver nota</b>	
Deducible	<b>UF 25</b>	

**Los beneficiarios por coberturas deberán ser los detallados en el siguiente cuadro:**

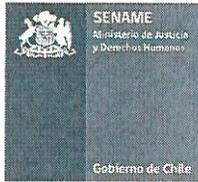
Cobertura	Beneficio de la Cobertura
Vida	Personas naturales o jurídicas que el asegurado/a designe explícitamente en el formulario de designación de beneficiario. La indemnización deberá ser inembargable y exenta de impuesto de herencia y no requerirá trámite de posesión efectiva para su pago, siempre que exista formulario de declaración de beneficiario.
Salud	Titular y cargas familiares
Catastrófico	Titular y cargas familiares

**A. Condiciones de cobertura de salud**

- a) La cobertura de salud reembolsará los gastos incurridos en exceso de lo que cubre el sistema de salud previsional del/de la asegurado/a, sólo en la proporción y hasta la suma indicada en el cuadro de beneficios incluido en las presentes bases. Aquellos gastos que no tienen cobertura en su sistema de salud, sea que no estén codificados o sean sin cobertura, se pagarán al 42,5% de lo que indica el porcentaje de cobertura del ítem respectivo, con tope anual de UF 12,75 para el caso de Gastos no Codificados. Para el caso en que el sistema de salud ISAPRE del afiliado no otorgue cobertura a alguna prestación en este caso se deberán presentar los documentos originales como No Reembolsable por parte de la ISAPRE.
- b) El ítem honorarios médicos y servicios hospitalarios cubre derecho a pabellón, cirugía dental por accidente, servicio de ambulancia terrestre y de enfermería. El servicio de ambulancia es de un centro hospitalario a otro centro hospitalario dentro de un radio de 50 km.
- c) Se liquidará y bonificará parcialmente la cuenta hospitalaria, de forma que aquellos gastos que aún no hayan sido cancelados por el/la asegurado/a quedarán pendientes de pago hasta completar los documentos contables.
- d) Se cubrirá la mamografía dentro de la cobertura de exámenes preventivos de control ginecológico.
- e) Se cubrirá la silla de ruedas en la cobertura de órtesis y prótesis.
- f) Se incluye dentro del ítem cirugía ambulatoria, todo tipo de cirugía ocular (refractaria) con una dioptría 5 o superior.
- g) Se entenderá por obesidad mórbida, la obesidad cuyo índice de masa corporal (IMC) sea mayor o igual a 40. Esta se cubrirá siempre y cuando el/la asegurado/a sea mayor de 18 años. Todos los gastos correspondientes a consultas, exámenes, procedimientos, tratamientos, incluyendo la cirugía y los medicamentos, serán cubiertos bajo el ítem correspondiente al cuadro beneficios.

No obstante, en los casos de asegurados con IMC mayor o igual a 35 con patología asociada de relevancia médica como hipertensión arterial, diabetes tipo 2, dislipidemia, apnea del sueño u osteoartritis de grandes articulaciones, los gastos serán sometidos a evaluación.

- h) Gastos complicaciones del embarazo/parto las complicaciones del embarazo se cubrirán: si corresponde a gastos ambulatorios se cubrirán bajo la prestación ambulatoria correspondiente, y si requiere ser hospitalizada estará cubierto por el ítem maternidad, bajo la prestación complicaciones del embarazo. En consecuencia, si el evento termina en parto, los días previos de hospitalización serán cubiertos por ítem complicaciones del embarazo y a contar del parto será cubierto el ítem complicaciones de parto según sea el evento. Las complicaciones del embarazo se cubrirán en el Ítem de Servicios Hospitalarios y Honorarios Médicos Quirúrgicos.



- i) Se otorgará cobertura para hormona del crecimiento por talla baja, siempre y cuando esta condición sea producto de alteraciones tumorales del cerebro y/o endocrinas. Adicionalmente esta cobertura aplicará sólo para beneficiarios menores de 10 años. Dado lo anterior, no tendrá cobertura cuando la condición de talla baja sea producto de variantes normales del crecimiento, como talla baja familiar o retraso de crecimiento constitucional.
- j) Las prestaciones como psicología, kinesiología, fonoaudiología y psicopedagogía es requisito que sean derivadas por un profesional médico, el cual deberá extender una orden médica donde señale el tipo de tratamiento.
- k) Los antecedentes que deberán presentarse en caso de siniestro podrán consistir en originales, copias o fotocopias autorizadas de los documentos que se indican, según corresponda. Si, la compañía autorizara las copias o fotocopias dependiendo del motivo de éstas.

#### **B. Condiciones de cobertura catastrófica**

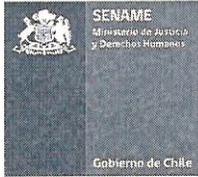
- a) Esta cobertura opera una vez completado el tope de cobertura salud y cubre los gastos incurridos en exceso de lo que cubre el sistema de salud previsional del/de la asegurado/a, en los porcentajes y hasta los topes indicados en el plan de cobertura correspondiente y hasta un máximo de UF 2.000 por grupo familiar.
- b) Cubre al/la asegurado/a ante cualquier evento originado por enfermedad o accidente, sin definición de patología alguna.
- c) Aplicará un deducible de UF 25 por grupo.
- d) Toda consulta que no sea medicina alópata, no estará cubierta por este seguro.

#### **C. Exclusiones**

- a) La compañía otorgará cobertura a los tratamientos, drogas o medicamentos que sean utilizados habitualmente como método anticonceptivo cuando éstos sean prescritos por un médico para el tratamiento curativo de patologías como mioma, ovarios poliquísticos, endometriosis. En estos casos, la compañía podrá solicitar los antecedentes médicos que respalden el diagnóstico.
- b) La compañía otorgará cobertura por obesidad mórbida a mayores de 18 años con IMC >35 cuando éste/a, sea asociado/a a patologías tales como hipertensión arterial, diabetes tipo 2, dislipidemia, apnea del sueño u osteoartritis de grandes articulaciones. En estos casos, los gastos serán sometidos a evaluación por parte de la contraloría médica correspondiente.
- c) Se otorga cobertura para hormona del crecimiento por talla baja, siempre y cuando esta condición sea producto de alteraciones tumorales del cerebro y/o endocrinas. Adicionalmente esta cobertura aplicará solo para beneficiarios menores de 10 años.
- d) Se otorgará cobertura para cirugía ocular para miopía, astigmatismo, hipermetropía y otras enfermedades oculares con 5 dioptrías o más.
- e) Se otorgará cobertura a aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos y de contacto, prótesis, órtesis y silla de ruedas.

## **12. CONTENIDO DE LA OFERTA ECONÓMICA**

La oferta económica deberá ser presentada en moneda nacional, y no estará afecta a ningún tipo de reajuste. El/la oferente deberá indicar por separado el precio unitario del seguro o prima, y el precio total. La oferta económica no podrá exceder de **0,768 UF mensual por afiliado/a**.



### 13. PLAZO DEL CONTRATO

---

El seguro será contratado por el plazo de **12 meses**, contados a partir del día hábil siguiente a la fecha del acto administrativo aprobatorio de la adquisición de dicho seguro y de la emisión de la orden de compra en la plataforma de compras públicas [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl).

El Servicio Nacional de Menores, podrá prorrogar el contrato, por una sola vez, por el mismo plazo y las mismas condiciones bajo las cuales se contrató, siempre que exista disponibilidad presupuestaria para sufragar el gasto.

Sin perjuicio que, el Servicio de Bienestar del Servicio Nacional de Menores podrá poner término al contrato en cualquier tiempo administrativo, y sin requerimiento judicial, si el/la proveedor/a seleccionado/a incumple con sus obligaciones contractuales o por razones de interés fiscal. Asimismo, en conformidad a lo establecido en la legislación y normativa vigente que regula la contratación de seguros.

### 14. DERECHO A VARIAR LAS CANTIDADES O AMPLIACIÓN DEL SEGURO

---

Durante la vigencia del contrato, y según disponibilidad presupuestaria y necesidad del servicio, Servicio Nacional de Menores, podrá autorizar el aumento de las cantidades o la ampliación del seguro, hasta por el 30% del valor total contratado. Tal variación no podrá significar una alteración del precio unitario por producto o bien, establecido por el/la proveedor/a seleccionado/a.

### 15. DEL PAGO Y SU MODALIDAD

---

El pago de la prima del seguro contratado se realizará a través de mensualidades dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que el/la proveedor/a envíe el documento de cobro. La factura correspondiente deberá contar con la recepción conforme de la jefatura del Servicio de Bienestar del Servicio Nacional de Menores. La certificación de recepción conforme es requisito indispensable para la procedencia del pago.

**Pagos de SENAME al prestador del servicio:** Los pagos se verificarán previa certificación de conformidad emitida por la contraparte técnica del SENAME, a través de un informe que se elaborará en un plazo de **5 días hábiles**, y sólo una vez que se encuentre totalmente tramitado el acto administrativo que aprueba el contrato. El valor contratado se pagará de la siguiente forma:

Para efectuar el pago indicado, el proveedor deberá acreditar a través de un certificado del organismo de trabajo correspondiente, el cumplimiento de las obligaciones laborales y provisionales que correspondan a sus trabajadores.

El proveedor, a fin de dar curso a los pagos, deberá emitir factura y/o boleta a nombre de "Servicio Nacional de Menores", R.U.T. N° 61.008.000-6, la que deberá ser debidamente visada previamente por la contraparte técnica.

En virtud de la Ley N° 21.289, del Ministerio de Hacienda, que aprobó la Ley de Presupuestos año 2021, los pagos serán a través de transferencia electrónica, por lo que el adjudicatario deberá informar el nombre del Banco, el número de la cuenta corriente, el RUT de la empresa, y/o persona natural (según corresponda) y correo electrónico.





- María Pilar Ortega Cabrera Jefa Departamento de Gestión y Desarrollo de Personas del SENAME.
- Marisol González Rodríguez, Jefa Unidad Servicio de Bienestar del SENAME.
- Loretto Cerda Orellana, Contadora Servicio de Bienestar del SENAME.

En caso de que alguno de los/as integrantes anteriormente mencionados no se encuentre presente, actuarán de suplente las siguientes personas:

- Katherine Rojas Pereira Jefa Unidad de Control y Gestión de Procesos, del SENAME.
- Yari Ríos Retamal Profesional de Línea, de la Unidad de Bienestar del SENAME.
- Norma Moraga Dávila Profesional de Línea, de la Unidad de Bienestar del SENAME.

La Comisión evaluará cada una de las ofertas presentadas, seleccionando la que obtenga el mayor puntaje, conforme a criterios preseleccionados de las bases de licitación del Convenio Marco respectivo, según sean aplicables.

## 19. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

---

La evaluación de las ofertas se efectuará considerando los siguientes criterios y ponderaciones indicados en las bases de licitación del respectivo Convenio Marco.

La Evaluación de las ofertas se realizará en una etapa, evaluación económica del **precio ofertado**, considerando el siguiente criterio de evaluación y ponderación:

El criterio a evaluar será el Precio de la oferta (Valor Prima por valor UF), "A Menor Precio mayor puntaje". El Valor Prima de la oferta deberá ser presentada en el Anexo N° 1 adjunto y no puede ser mayor a **0,768 UF**.

**Precio Proponente:** Valor Prima  $\leq$  0,768 UF (x) Valor Uf al 31-05-2021

**Precio Mínimo:** Menor valor Prima ofertada (x) Valor Uf al 31-05-2021

Se compararán los precios ofertados por los proveedores en la Gran Compra. El puntaje será asignado de acuerdo a la siguiente fórmula:

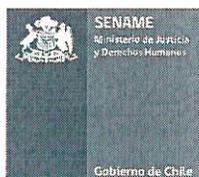
Calculo:

$$\left\{ \frac{\text{Precio Mínimo}}{\text{Precio Proponente}} \right\} \times 100 = \text{Puntaje entre 1 y 100}$$

### Resolución de empate

En caso de existir un empate en el puntaje obtenido para el plan, primará el siguiente criterio:

- Menor oferta deducible presentada



## 20. DEL DERECHO A DESESTIMAR LAS OFERTAS

---

El Servicio Nacional de Menores se reserva el derecho de desestimar cualquiera de las ofertas, por incumplimiento de los requisitos establecidos en la presente Intención de Compra, para lo cual se deberá dictar una resolución fundada.

## 21. DE LA SELECCIÓN DE LA OFERTA Y SU NOTIFICACIÓN

---

El Servicio Nacional de Menores seleccionará la oferta que en su conjunto sea la más ventajosa, teniendo en cuenta los criterios de evaluación establecidos en las bases de licitación del Convenio Marco y en la presente Intención de Compra.

La selección de la oferta se efectuará a través de una resolución de la autoridad competente, la cual será publicada en el portal [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl), entendiéndose por notificada al/a la oferente adjudicado/a transcurridas 24 horas desde dicha publicación.

En dicha resolución se especificarán los criterios de evaluación que permitieron al/a la adjudicatario/a obtener la calificación de la oferta más alta.

En caso de desistimiento del proveedor seleccionado, el Servicio Nacional de Menores podrá seleccionar al siguiente proveedor mejor evaluado.

## 22. DE LAS SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO

---

### a) Multas

El Adjudicatario podrá ser sancionado por las Entidades con el pago de multas, según lo dispone el numeral **10.15.1.1 del Convenio Marco ID 2239-18-LR20**, de acuerdo con lo siguiente:

**Multas por atraso en el inicio de la cobertura para quienes se afilien al seguro:** Estas se aplicarán por cada día hábil de atraso respecto a la fecha de entrega acordada en la orden de compra (OC) que contiene los productos que se entregan con atraso. Se calculará como un 2% diario del valor total de los productos que se entreguen con atraso, sea este retraso para la totalidad de los seguros comprendidos en el seguro colectivo o parte de ellos. Esta multa tendrá un tope de aplicación de 10 días, es decir, podrá ser por hasta el 20% del valor total de los productos que se vean afectados al retraso. En caso que se supere los 10 días de atraso, se entenderá que se ha incurrido en un incumplimiento grave, por lo que procederá por parte de la entidad compradora la aplicación de la medida de término anticipado del respectivo contrato o acuerdo complementario suscrito con el proveedor incumplidor.

**Multas por atraso en el pago de reembolsos:** Estas se aplicarán por cada día hábil de atraso respecto al tiempo que demorará la compañía de seguros en pagar los reembolsos de acuerdo a lo declarado por la compañía de seguros en la **sección "Mis Condiciones Comerciales" (Formulario de Convenio Marco) - Paso 1 "Condiciones Generales"**. Se calculará como un 0,5% diario del valor del reembolso. Esta multa tendrá un tope de aplicación de 10 días, es decir, podrá ser por hasta el 5% del valor total de los productos que se vean afectados al retraso. En caso que se supere los 10 días de atraso, se entenderá que se ha incurrido en un incumplimiento grave, por lo que procederá por parte de la entidad compradora la aplicación de la medida de término anticipado del respectivo contrato o



acuerdo complementario suscrito con el proveedor incumplidor.

En los casos que el proveedor no acepte o no realice alguna acción sobre la orden de compra, el organismo comprador podrá solicitar su rechazo, entendiéndose definitivamente rechazada la OC transcurridas 24 horas desde dicha solicitud.

Las multas se aplicarán sin perjuicio del derecho de las Entidades de recurrir a los Tribunales Ordinarios de Justicia, a fin de hacer valer la responsabilidad del contratante incumplidor en todos los casos.

La multa producirá sus efectos una vez resuelto los recursos pertinentes, o haya vencido el plazo de su interposición sin que se hayan presentados. Desde ese momento el adjudicatario se encontrará obligado al pago de la multa, si es que procediera.

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

Los montos percibidos por multas ingresarán al presupuesto de la respectiva Entidad que esté realizando el cobro.

Asimismo, se hace presente que la DCCP carece de facultades para pronunciarse sobre el mérito de la aplicación de la multa respectiva que decida la respectiva Entidad compradora.

#### **b) Cobro de Garantía por Fiel Cumplimiento**

La Garantía de Fiel Cumplimiento se hará efectiva por el Servicio Nacional de Menores, en virtud de lo estipulado en las bases de licitación del Convenio Marco ID N° 2239-18-LR20

#### **c) Término anticipado del contrato**

El Servicio Nacional de Menores a través del Servicio de Bienestar podrá, además, terminar anticipadamente el contrato, conforme a los incumplimientos singularizados en las bases de licitación del Convenio Marco ID N° 2239-18-LR20.

El término anticipado del contrato deberá ser solicitado por la unidad requirente (administrador del contrato), mediante oficio fundado.

La aplicación de multas, hacer efectiva la garantía por fiel cumplimiento y el término anticipado del contrato se dispondrán mediante la respectiva resolución fundada de la autoridad competente, la que se comunicará con la debida anticipación al proveedor. En contra de dicha resolución procederán los recursos dispuestos en la Ley N° 19.880, Bases de los Procedimiento Administrativos que rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado.

Sin perjuicio de lo anterior, el Servicio Nacional de Menores a través del Servicio de Bienestar podrá iniciar el procedimiento judicial encaminado a exigir el pago por parte del proveedor responsable del incumplimiento, de las indemnizaciones por los daños y perjuicios ocasionados.

### **23. DE LA ADMINISTRACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL CONTRATO**

La administración y supervisión general del contrato, estará a cargo de la Jefatura del Servicio de Bienestar del Servicio Nacional de Menores, en adelante "el Administrador", quien deberá velar por el cumplimiento de las condiciones establecidas en la presente intención de compra y en las bases de licitación del Convenio Marco Seguros de vida con adicional de salud, ID N° 2239-18-LR20 y en Acuerdo Complementario. Esto, sin



perjuicio de la supervisión conjunta del Jefe de Departamento de Gestión y Desarrollo de Personas y de la Jefa del Servicio de Bienestar, en adelante "la Unidad Supervisora", como contraparte técnica.

La unidad supervisora deberá monitorear y controlar que el contrato se esté ejecutando o cumpliendo de manera óptima y conforme los requerimientos establecidos por el Servicio de Bienestar del Servicio Nacional de Menores y de acuerdo a lo indicado en las Especificaciones Técnicas, informando oportunamente a la autoridad respecto de los incumplimientos e infracciones al contrato. Esta unidad será la encargada de solicitar, cuando corresponda, la aplicación de las sanciones estipuladas en las bases de licitación del Convenio Marco ID N° 2239-18-LR20.

#### **24. IDONEIDAD DEL PERSONAL**

---

El proveedor deberá contar con personal calificado y con la suficiente preparación y grado de especialización y experiencia, para el tipo de servicio que se requiere. La calificación de la idoneidad del personal será consensuada entre las partes, debiendo el proveedor adoptar las medidas correctivas de inmediato, cuando así sea requerido por el Servicio de Bienestar del Servicio Nacional de Menores.

En caso de pérdida, extravíos, hurtos, actuaciones negligentes o ilegales o contrarias a la moral o a las buenas costumbres, en que comprobadamente, a través de la correspondiente investigación judicial o extra judicial, haya participado personal del proveedor, el Servicio Nacional de Menores podrá descontar el valor de la reposición de los bienes faltantes en la facturación correspondiente y el o los trabajadores involucrados en estos hechos, deberán ser desvinculados de inmediato del servicio contratado, encontrándose facultado en tal caso el Servicio Nacional de Menores, para solicitar el reemplazo de dicho personal.

#### **25. DE LA PROPIEDAD DE LA INFORMACIÓN Y PROHIBICIÓN DE USO**

---

Toda información a que se tenga acceso en el marco, tanto del proceso de invitación, durante la ejecución del contrato, así como todo producto, ya sea parcial o final, objeto de la presente Intención de Compra, será de propiedad exclusiva del Fisco-Servicio Nacional de Menores.

Toda la información como documentación que se genere en la ejecución del servicio contratado será de propiedad exclusiva del Fisco-Servicio Nacional de Menores, no pudiendo ser utilizados o destinados a fines distintos a los objetivos señalados.

Queda estrictamente prohibido al adjudicatario proveedor utilizar la información y productos obtenidos, como asimismo su reproducción por cualquier medio, sea total o parcial, sin autorización expresa del Servicio Nacional de Menores.

La contravención a lo establecido precedentemente, facultará al Servicio Nacional de Menores para iniciar las acciones legales, civiles y penales que procedan, a fin de sancionar penalmente a los culpables y reclamar las indemnizaciones que correspondan por los perjuicios ocasionados al Servicio Nacional de Menores, conforme al objeto y alcance del servicio contratado, o cuando así fuera exigido por la legislación aplicable al efecto, por el tiempo estrictamente necesario para cumplir con lo anterior.

La obligación de confidencialidad establecida en el presente instrumento será aplicable a todo el personal del proveedor involucrado en los servicios objeto de esta contratación.

## 26. PROHIBICIONES

El proveedor durante el transcurso del cumplimiento de sus obligaciones contractuales, conforme lo establecido en la presente Intención de Compra, se abstendrá de realizar u ofrecer pagos o brindar beneficios en favor de cualquier empleado, mandatario o de un tercero, con la intención de ejercer influencia sobre la conducta de dicho empleado, mandatario o tercero, en relación con la prestación del servicio objeto del presente documento.

Así también, el proveedor, se obliga a no emplear el nombre del Servicio de Bienestar del Servicio Nacional de Menores para obtener beneficios personales que sean o puedan ser directos o indirectos. El incumplimiento de esta obligación hará responsable al proveedor por los perjuicios directos y previstos que se causen al Servicio Nacional de Menores, sin que ello impida la iniciación de las acciones judiciales correspondientes.

## 27. OTROS

El/la oferente adjudicado/a deberá dar cobertura a los beneficios, a todos los gastos y coberturas de los/as asegurados/as, a partir del 1º día hábil del mes correspondiente a la total tramitación del acto administrativo aprobatorio del acuerdo complementario del/los seguro/os contratado/os.

3. **PUBLÍQUESE** la presente resolución que autoriza el llamado para la contratación, vía convenio marco, bajo la modalidad "Grandes Compras" y aprueba Intención de compra; para la contratación del SEGURO COLECTIVO DE VIDA CON ADICIONAL DE SALUD Y CATASTRÓFICO - PLAN 4 VALOR PRIMA MENSUAL ID 1695223, PARA LOS/LAS AFILIADOS/AS AL SERVICIO DE BIENESTAR DEL SERVICIO NACIONAL DE MENORES, disponibles en el catálogo electrónico del portal web [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl)"

4. **INFÓRMENSE** los miembros integrantes de la Comisión Evaluadora en la plataforma de la Ley del Lobby, [www.leylobby.gob.cl](http://www.leylobby.gob.cl), quienes mantendrán la calidad de sujetos pasivos hasta la fecha de selección de las ofertas. En caso que sus funciones deban extenderse más allá de dicha fecha, deberá actualizarse la fecha de término de la Comisión en el referido portal.

## ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



Visado digitalmente

**IAR/GBT/KSA/PPB/POC/MGR/DDG/RRB**

### Distribución:

- Departamento de Administración y Finanzas
- Departamento de Gestión y Desarrollo de las Personas
- Unidad Servicio de Bienestar
- Unidad de Abastecimiento
- Departamento Jurídico
- Oficina de Partes