



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LITUECHE  
DEPARTAMENTO DE SALUD

DECRETO ALCALDICIO No. 001101  
LITUECHE, 05 MAY 2014

**CONSIDERANDO:**

- Los programas suscritos a través de convenios entre la Ilustre Municipalidad de Litueche y el Servicio de Salud O'Higgins.
- Que esta licitación se debe realizar a través de licitación pública, mercado público.
- El convenio de reforzamiento odontológico firmado entre la Ilustre municipalidad de Litueche y el Servicio de Salud O'Higgins para el año 2014, aprobado por resolución n°0741 del 25 de Febrero del 2014.
- Que en dicho programa uno de los objetivos es ejecutar 60 prótesis dentales entre hombres y mujeres de escasos recursos de nuestra comuna, más 7 prótesis APS, más 4 endodoncias.
- Que es necesario adquirir los servicios de un odontólogo con experiencia para el desarrollo de dicho programa.
- Las bases de licitación que se adjuntan.

**VISTOS:**

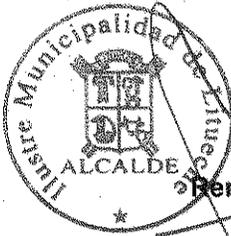
Las normas consagradas en la Ley No. 19.886, Ley de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios y su Reglamento. El Decreto Alcaldicio No. 2.621, de fecha 06 de Diciembre del 2012.-. Lo dispuesto en el art. 66 de la Ley No. 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades y, las demás facultades que me confiere la Ley citada últimamente. Lo consagrado en el estatuto de atención primaria ley 19.378. La resolución n° 1.600 de la Contraloría General de la República.

**DECRETO:**

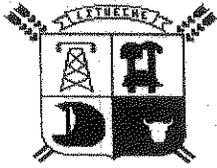
- 1.- **Autorícese el llamado a licitación pública para la ejecución del programa odontológico integral-prótesis dentales año 2014**
- 2.- **Apruébese en todas sus partes las bases de licitación pública de los servicios odontológicos para ejecutar el programa de prótesis hombres y mujeres de escasos recursos 2014.**
- 3.- **Nómbrese en la comisión evaluadora de las ofertas a los siguientes funcionarios:**
  - ADMINISTRADOR MUNICIPAL.
  - SECRETARIA MUNICIPAL
  - DIRECTOR DPTO SALUD MUNICIPAL
- 4.- **Impútese el gasto al programa odontológico Integral 2014 cuenta 22.11.999.002.007**

**ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVASE.**

  
\***Maria Soledad Olmedo**  
Secretario Municipal

  
\***Bené Acuña Echeverría**  
Alcalde

RAE/MSO/GRV/grv  
Distribución  
\*DSM  
\*Oficina de Partes



MUNICIPALIDAD DE LITUECHE  
DEPARTAMENTO DE SALUD

**BASES PROGRAMA ODONTOLÓGICO HOMBRES Y MUJERES ESCASOS  
RECURSOS (ALTA INTEGRAL)  
PROGRAMA REFORZAMIENTO ODONTOLÓGICO AÑO 2014**

**1.- GENERALIDADES**

La Municipalidad de Litueche a través del Departamento de Salud Municipal invita a los proveedores inscritos en el portal Chile compra y que tengan relación con el rubro, a participar de la presente licitación.

**2.- MANDANTE**

I. Municipalidad de Litueche, Departamento de Salud

**3.- PUBLICACION**

Realizada a través del Portal [www.chilecompra.cl](http://www.chilecompra.cl)

**4.- FUENTE DE FINANCIAMIENTO**

Con recursos del Programa Odontológico Integral año 2014 y el Presupuesto del Área de Salud Municipal vigente.

**5.- NUMERO DE PRESTACIONES**

Se requiere un total de **51 Altas** Integrales.

Se requiere un total de 7 prótesis APS.

Se requiere un total de 5 endodoncias

Se requiere un total de 4 altas Integrales Junji-Integra

**6.- DE LOS OFERENTES PARTICIPANTES**

Podrán participar en la presente licitación aquellos oferentes que cumplan con los siguientes requisitos:

- Encontrarse inscrito en los registros de proveedores del portal chilecompra y estar hábil en el registro de Chileproveedores.
- Poseer título médico con especialidad en Odontología. La acreditación deberá ser adjunta (portal chilecompra) anexo título profesional.
- Para la suscripción del contrato se deberá entregar copia del título legalizado ante notario.

- Certificar experiencia en relación a la materia de prótesis dental ( Certificados )
- Llenar y adjuntar a la oferta los formularios 1-2 y 3.-
- Entregar dirección y autorización de uso (box dental), con resolución sanitaria en donde se ejecutara el programa.
- Si el proveedor determina utilizar algunos de los box dependientes del municipio debe entregar autorización de uso y deberá pagar un arriendo de \$ 80.000.-

## 6.1.- CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Factores	Ponderación
Experiencia en Servicio Público	30%
Experiencia Programa Prótesis Hombres y Mujeres escasos recursos	60%
Precio	10%

\* La experiencia en el servicio público se medirá en relación a certificados de contratos profesionales en cualquier calidad jurídica en establecimientos de la red asistencial.

Más de 24 meses 30%, con una rebaja gradual de 5% en decrecimiento (por oferente) a meses menor de 12 meses.

\* Experiencia en el programa prótesis hombres y mujeres de escasos recursos mediante certificado que acrediten la ejecución de dicho programa.(Este certificado deberá señalar la evaluación del programa a través del encargado del establecimiento, solo se considerara los certificados calificando esta ejecución como nivel mínimo "BUENO") se otorgaran 60% de ponderación.

\* Precio, se otorgaran 10% a los oferentes que se enmarquen dentro del presupuesto establecido en las presentes bases.

\* **Puntaje mínimo de adjudicación, 70 puntos**

\* **Desempate:** Se tomara en cuenta la cantidad de programas ejecutados por oferente, se reafirma que la certificación de estos programas deben de acreditarse a través de certificados, y su valoración de calificación debe de ser mínimo "bueno".

## 7.- NUMERO DE PROPUESTAS

Cada oferente, que desee participar en la licitación, podrá presentar una sola propuesta.

## 8.- PRESENTACIÓN, APERTURA Y ADJUDICACIÓN DE LAS OFERTAS

Se establece que la forma de presentación de las ofertas será mediante el portal Chilecompra.

La apertura de las ofertas será en forma electrónica.

El Municipio se reserva el derecho de contratar los servicios de uno o más proveedores.

La adjudicación será mediante resolución de Alcaldía publicada en el portal.

## **9.-PRECIO**

El presupuesto para cubrir la demanda en el punto número 5 es de \$ 8.668.153, (Ocho millones seiscientos sesenta y ocho mil ciento cincuenta y tres) impuestos incluidos.

La oferta deberá considerar valores netos unitarios, en pesos chilenos.

Los prestadores deberán informar el % de impuesto que tributan (10% o 19%)

## **10.- OPERATORIA**

El requerimiento de las prestaciones serán encausados a través del Departamento de Salud de acuerdo a la siguiente operatoria:

- Solo el Departamento de Salud emitirá las Ordenes de Compra, a través del portal las cuales deben indicar fecha, producto y cantidad de este que se esta solicitando, valor según propuesta del proveedor.
- La convocatoria de los beneficiarios será realizado por el Dpto. de Salud Municipal, previo acuerdo de fechas y horas con el prestador.
- El proveedor podrá facturar una vez realizado el 50% de las prestaciones o cuando se haya realizado el 100% de estas, a nombre de la I. Municipalidad de Litueche, RUT: 69.091.100-0. Dirección: Cardenal Caro 796 Comuna Litueche.
- La factura debe ser presentada en el Departamento de Salud, la que será ingresada en la Oficina de Partes de la Municipalidad para la correspondiente visación por parte del Sr. Alcalde.

## **11.- REQUERIMIENTOS TÉCNICOS**

Considera la confección e instalación de una o dos prótesis removibles, parcial o total, de preferencia de acrílico (metálico hasta un 10% según requerimiento del paciente).

Incluye la Fase Clínica, (educación y examen de salud bucal, enseñanzas de cepillado, pulido coronario y radicular, destartraje supra y sub-gingival, exodoncias y obturaciones), Fase de Laboratorio y sus respectivos controles post-instalación, considerando a lo menos 3 controles por paciente.

Las Altas de seguimiento están referidas a evaluar, realizar seguimiento y reparación cuando se requiera, en aquellos pacientes que han tenido algún tipo de

dificultad a causa de la instalación de 1 o 2 prótesis por medio del ítem Hombres y Mujeres de escasos recursos.

El prestador debe proveer las instalaciones de un box dental con resolución sanitaria al día para realizar las diferentes prestaciones hincadas en esta licitación.

#### **12.- SATISFACCION USUARIO**

El prestador deberá confeccionar una planilla que contenga a lo menos, nombre y apellidos, rut, fecha de alta, nº de prótesis instaladas, firma conforme del paciente.

#### **13.- GRADO DE CUMPLIMIENTO**

10 % cumplimiento al 30 de Junio 2014

60% cumplimiento al 31 de Agosto 2014 (acumulado)

100% cumplimiento al 20 de Diciembre 2014 (acumulado)

#### **14.- PLAZOS DE PAGO**

Dos estados de pago, el primero por el 50% del total del contrato y el segundo por el restante 50%, cada uno una vez recepcionada la factura o boleta en el municipio de acuerdo al porcentaje de cumplimiento señalada en la cláusula 12.-

#### **15.- GARANTIAS DE LA OFERTA:**

Boleta de garantía "Buena Ejecución de los Trabajos": 7 % del valor referencial del contrato, vigencia desde e 21-11-2014 al 31-03-2015.

Garantía por 1 año por falla o fabricación (desprendimiento de piezas y/o retenedores).

#### **16.- INSUMOS:**

Los insumos serán de cargo del prestador.

#### **17.- ENTREGA DE LAS PRESTACIONES**

Estas deberán ser entregadas en el sector urbano de la Comuna de Litueche, el día y hora que se fije de común acuerdo de las partes.

#### **18.- SERVICIOS ADICIONALES**

En caso de que el proveedor ofrezca servicios adicionales, éstos deberán ser claramente especificados en la oferta.

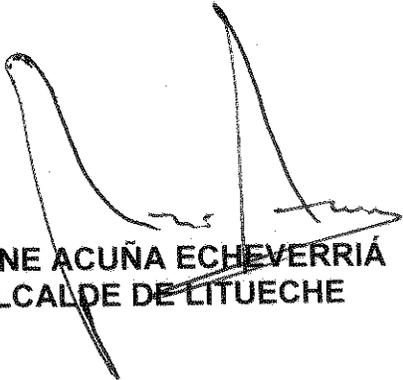
#### **19.- CAUSALES DE TÉRMINO DE CONTRATO**

- Incumplimiento en los plazos señalados en la cláusula 12.-
- Por acuerdo entre la Municipalidad y el Proveedor Adjudicado con mínimo 15 días de anticipación.
- El término de contrato no considera indemnización de ninguna índole por parte del Municipio.

## 20.- Declaración Jurada

- A través de Declaración Jurada dar cumplimiento a los siguientes artículos:
- Artículo 10º de la ley 18.883.
- Artículo 55º, 56º y 57º de la Ley Nº 18.575.



  
RENE ACUÑA ECHEVERRÍA  
ALCALDE DE LITUECHE

FORMATO N° 1  
IDENTIFICACION DEL PROPONENTE

FECHA: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES DEL PROPONENTE

NOMBRE	
RUT	
DOMICILIO DEL PROPONENTE	CALLE: N°:
	DEPTO.: CIUDAD:
	COMUNA: FAX
	FONO:
E-MAIL:	

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA PROPONENTE

**FORMATO N° 2**  
**DECLARACION JURADA SIMPLE DE ACEPTACION DE LOS ANTECEDENTES DE LA**  
**PROPUESTA PUBLICADOS EN EL PORTAL MERCADOPUBLICO**

FECHA: \_\_\_\_\_

**A. ANTECEDENTES DEL PROPONENTE**

NOMBRE		
RUT		
DOMICILIO DEL PROPONENTE	CALLE:	N°:
	DEPTO.:	CIUDAD:
	COMUNA:	FAX
	FONO:	E-MAIL:

**B. DECLARO LO SIGUIENTE:**

1. Conocer y aceptar las condiciones establecidas en las presentes bases administrativas generales, bases técnicas especiales y especificaciones técnicas.
2. Haber estudiado todos los antecedentes y verificado la concordancia entre los requerimientos y especificaciones técnicas de la propuesta.
3. Haber verificado las condiciones de trabajo y de abastecimiento y estar de acuerdo con ellas.
4. Estar conforme con las condiciones generales del programa, incluidas las observaciones y aclaraciones si las hubiere.
5. Aceptar la decisión del mandante en la adjudicación de la propuesta en el sentido que es inapelable y no susceptible de recursos administrativos o judiciales alguno.
6. Que el incumplimiento de las condiciones que establecen las bases Administrativas, dará pie a un término anticipado de contrato.
7. Que no se me ha rescindido ningún contrato por parte del Fisco o con particulares, por incumplimiento.

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y TIMBRE PROPONENTE O REPRESENTANTE LEGAL

FORMULARIO Nº 3  
OFERTA ECONÓMICA TOTAL

A. ANTECEDENTES DEL PROPONENTE

NOMBRE	
RUT	

B. DETALLE DE PROPUESTA

SUBTOTAL NETO MENSUAL \$.....

IMPUESTO 10% \$.....

IVA 19%

<b>TOTAL</b>	\$.....
	Son (en palabras)

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y TIMBRE PROPONENTE O REPRESENTANTE LEGAL