



Litueche

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LITUECHE
DEPARTAMENTO DE SALUD

DECRETO ALCALDICIO No. 0 0 0 3 6 5
LITUECHE, 03 MAR 2015

DSM: 58
GRV/grv

CONSIDERANDO:

- Los programas suscritos a través de convenios entre la Ilustre Municipalidad de Litueche y el Servicio de Salud O'Higgins.
- El convenio Odontológico Integral 2015 de Fecha 12 de Enero del 2015
- Que en dicho programa uno de los objetivos es resolver patologías de salud bucal con los indicadores que se establecen en el mismo convenio.
- Que, dicha licitación se realizara a través del Sistema de Compras y contratación pública, Mercado Publico.

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.

DECRETO:

- 1.- **Llámesse la licitación** pública los servicios de Odontólogo para ejecutar el programa Integral 2015.
- 2.- **Apruébense** en todas sus partes las bases administrativas que regulan la presente licitación.
- 3.- **Nombrase** en la comisión evaluadora a los siguientes funcionarios:
DIRECTOR DEL DPTO DE SALUD
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
SECRETARIO MUNICIPAL
- 4.- **Impútese** el gasto al programa Odontológico Integral año 2015

ANOTESE, COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y ARCHIVASE.



MARIA SOLEDAD OLMEDO
Secretario Municipal (s)



RENE ACUNA ECHEVERRIA
Alcalde

Litueche

MUNICIPALIDAD DE LITUECHE
DEPARTAMENTO DE SALUD

BASES PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL 2015

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

4.- FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Con recursos del Programa Odontológico Integral año 2015 y el Presupuesto del Área de Salud Municipal vigente.

5.- NUMERO DE PRESTACIONES

Se requiere un total de 115 **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.-
- Solo podrán participar personas naturales.



- 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 \$ 100.000.-

6.1.- CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Factores	Ponderación
Experiencia en Servicio Público	30%
Experiencia Programa Prótesis Hombres y Mujeres escasos recursos-Mas Sonrisas	40%
Otros Programas Odontológicos APS	20%
Capacitación en materia dental.	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 36 meses 30%, con una rebaja gradual de 5% en decrecimiento (por oferente).

* **Experiencia en el programa prótesis hombres y mujeres y/o Más Sonrisas de escasos recursos Y/o Mas Sonrisas;** Certificado que acrediten la ejecución de dichos programas. (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 40% de ponderación a los oferentes que acrediten sobre 2 programas con calificación "Bueno"

Se otorgaran 20% de la ponderación a los oferentes que acrediten la ejecución de 1 programa, con un nivel mínimo de calificación, "bueno"

Se otorgaran 0% de ponderación a los oferentes que no acrediten experiencia en el Programa

*Experiencia Otros Programas Odontológicos APS

Más de 24 meses 20%

Entre 12 y 23 meses 10%

Menos de 12 meses 0%

* **Capacitación,** se otorgaran 10% a los oferentes que certifiquen sobre 300 horas de capacitación (Cursos, Diplomas, Post-Títulos, Especialidades)

Se otorgaran 5% a los oferentes que acrediten menos de 300 y sobre 200 horas de capacitación.

- Se otorgaran 0% a los oferentes que acrediten menos de 200 horas de capacitación.



***Para acreditar experiencia solo se contabilizaran certificaciones que acrediten experiencia. Estos certificados deben entregar las fechas para poder cuantificar de forma objetiva el tiempo de experiencia de los oferentes. Los certificados deben al menos ser entregados por el jefe del programa, Director de Consultorio o Jefe de Salud Municipal.**

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

*** Desempate:** Se tomara en cuenta la cantidad de programas ejecutados por oferente, en los servicios públicos y en segunda instancia las horas de capacitación en materia dental.

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.

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

9.-PRECIO

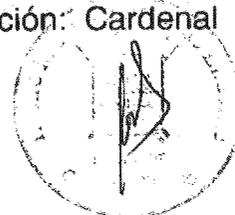
El presupuesto para cubrir la demanda en el punto número 5 es de \$ **18.501.772**, (Diez y ocho millones quinientos un mil setecientos setenta y dos.) impuestos incluidos.

La oferta deberá considerar valores netos unitarios, en pesos chilenos.
Los prestadores deberán informar el % de impuesto que tributan (10%)

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 Solicita un primer estado de pago una vez realizado el 50% de las prestaciones, este será el 31 de agosto del 2015, a nombre de la I. Municipalidad de Litueche, RUT: 69.091.100-0. Dirección: Cardenal Caro 796 Comuna Litueche.



- El segundo estado de pago por un 100% de las actividades se realizará a más tardar el 31 de Diciembre del 2015.
- La Boleta 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

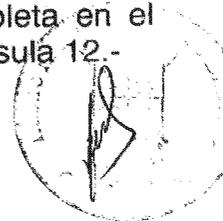
50 % cumplimiento al 31 de Agosto 2015

100% cumplimiento al 31 de Diciembre 2015 (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 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 el 31-12-2015 al 31-03-2016.

Garantía por 1 año por falla o fabricación (desprendimiento de piezas y/o retenedores). Este instrumento será condicional al último pago del programa

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

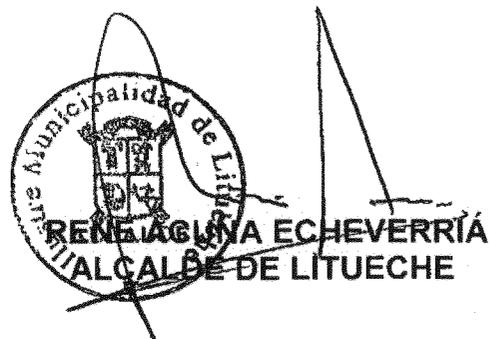
- Incumplimiento en los plazos señalados en la cláusula 12 y 13.-
- Por acuerdo entre la Municipalidad y el Proveedor Adjudicado con mínimo 15 días de anticipación.
- El término de contrato no considera indemnización de ninguna índole por parte del Municipio.

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.

21.- **Nombrase** en la comisión evaluadora a los siguientes funcionarios:

DIRECTOR DEL DPTO DE SALUD
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
SECRETARIO MUNICIPAL





DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
FTR / EDU / NMR / GCS / WDP / LCS / EPH / FOP / rap

CONVENIO PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL 2015
SERVICIO DE SALUD DEL LIBERTADOR GENERAL BERNARDO O'HIGGINS

E

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LITUECHE

En Rancagua, a 12 de Enero de 2015, entre el Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O'Higgins, persona jurídica de derecho público, RUT N° 61.606.800-8, representado por su Director (T. y P.) Fernando Troncoso Reinbach, ambos con domicilio en Alameda N° 609, de Rancagua, en adelante "El Servicio" y la Ilustre Municipalidad de Litueche, persona jurídica de derecho público, RUT N° 69.091.100-0, representada por su Alcalde (S) Don Andrés Pérez Correa, ambos domiciliados en Cardenal Caro N° 796 Litueche, en adelante "La Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERO: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Por su parte, el Ministerio de Salud, mediante el Decreto respectivo reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución."

SEGUNDO: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, enmarcadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa de Odontológico Integral.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 1157 de 19 de noviembre del 2014, del Ministerio de Salud. Anexo al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que "La Municipalidad" se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

TERCERO: El Ministerio de Salud a través de "El Servicio", conviene en asignar a "La Municipalidad" recursos destinados a financiar todos o algunos de los siguientes componentes del Programa Odontológico Integral.

COMPONENTE: RESOLUCIÓN DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN APS

- Endodoncias en APS (piezas anteriores, premolares, molares)
- Prótesis en APS (prótesis removible)

COMPONENTE: ACERCAMIENTO DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN POBLACIONES DE DIFÍCIL ACCESO (CLÍNICAS MÓVILES)

- Actividades recuperativas en Clínicas Móviles

COMPONENTE: PROMOCIÓN, PREVENCIÓN ODONTOLÓGICA Y RECUPERACIÓN DE LA SALUD BUCAL (CECOSF)

- Aplicaciones de flúor barniz y altas odontológicas totales realizadas en los CECOSF

CUARTO: Conforme lo señalado en las cláusulas precedentes "El Servicio", traspasará a "La Municipalidad", la suma única de \$ 18.501.772 (Dieciocho Millones Quinientos Un Mil Setecientos Setenta y Dos pesos) para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior.

El Municipio se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste para estrategias específicas y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

QUINTA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar las siguientes actividades y metas:

METAS Y REGISTROS A CUMPLIR POR DEL PROGRAMA					
COMPONENTE	META COMUNAL ANUAL	INDICADOR Y FORMULA DE CALCULO	REGISTRO REM	INFORME MENSUAL	FINACIAMIENTO SUBTITULO 24
Resolución de especialidades odontológicas en APS	5 Endodoncias en APS (piezas anteriores y premolares)	N° total de endodoncias piezas anteriores y premolares realizadas en APS/N° total de endodoncias comprometidas en APS) x 100	Sección G del REM A09 Programa odontológico integral Resolución de especialidades en APS Tratamiento de endodoncia	Envío copia de Rem A 09 con datos de producción comunal mensual los cinco primeros días de cada mes al correo del asesor odontológico del SS Libertador General Bernardo O'Higgins	\$ 295.105
	7 Prótesis en APS (prótesis removible)	N° total de prótesis removibles realizadas en APS/N° total de prótesis removibles comprometidas en APS) x 100	Sección G del REM A09 Programa odontológico integral Resolución de especialidades en APS Prótesis removible		\$ 440.202
Promoción y prevención odontológica	Apoyo odontológico CECOSF con sillón dental	(N° total de altas totales en CECOSF a menores de 20 años año actual / Población menor de 20 años asignada en CECOSF en año actual) x 100	Sección C del REM A09 Ingreso y Egreso a tratamiento en APS		\$ 0
	Apoyo odontológico CECOSF sin sillón dental	(N° total de aplicaciones de flúor barniz realizadas en CECOSF a menores de 20 años año actual / Población menor de 20 años asignada en CECOSF en año actual) x 100	Sección B del REM A09 Aplicación flúor del barniz		
Más sonrisas para Chile	115 Atención odontológica integral Mas sonrisas para Chile	(N° total de altas odontológicas integrales en mujeres beneficiarias Mas Sonrisas para Chile/N° total de altas odontológicas integrales en Mas Sonrisas para Chile comprometidas) x 100	Sección F del REM A09 Programa odontológico integral, estrategia más sonrisas para Chile Altas integrales (clasificación de cada alta)	\$ 17.766.465	
TOTAL FINANCIAMIENTO					\$ 18.501.772

Se realizaran un 5% de Auditorias clínicas a las altas odontológicas integrales del componente Más sonrisas

Las fechas de estas auditorías se informaran a los establecimientos según cronograma elaborado por los Asesores Odontológicos de la Dirección de Servicio en acuerdo con los referentes odontológicos comunales.

SEXTO: "El Servicio" evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria y "El Servicio." Los REM serán la base del proceso de monitoreo y evaluación de los distintos componentes, por lo que toda prestación u actividad debe ser registrada por los profesionales de los componentes. El monitoreo y evaluación se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del programa con el propósito de mejorar su eficiencia y efectividad.

A continuación de acuerdo a la Tabla N° 1, se definen las metas para cada componente:

COMPONENTE	ESTRATEGIA	INDICADOR	META ANUAL	PESO RELATIVO EN COMPONENTE	PESO RELATIVO EN PROGRAMA
Resolución de especialidades odontológicas en APS	Endodoncia en APS	(N° total endodoncias piezas anteriores, premolares y molares realizadas en APS/ N° total de endodoncias comprometidas en APS) x 100	100%	50%	50%
	Prótesis en APS	(N° total prótesis removibles realizadas en APS/ N° total de prótesis removibles comprometidas en APS) x 100	100%	50%	
Acercamiento de la atención odontológica en poblaciones de difícil acceso	Clínicas dentales móviles	(N° total de urgencias con obturación definitiva realizadas en clínica dental móvil año actual / N° total consultas de urgencia realizadas en clínica dental móvil año actual) x 100	No Aplica	No Aplica	No Aplica
Promoción y prevención odontológica	Apoyo odontológico CECOSF con sillón dental	(N° total de altas totales en CECOSF a menores de 20 años año actual / Población menor de 20 años asignada en CECOSF en año actual) x 100	No Aplica	No Aplica	No aplica
	Apoyo odontológico CECOSF sin sillón dental	(N° total de aplicaciones de flúor barniz realizadas en CECOSF a menores de 20 años año actual / Población menor de 20 años asignada en CECOSF en año actual) x 100	No Aplica	No Aplica	
Odontología Integral	Atención odontológica Integral más sonrisas para Chile	(N° total de altas odontológicas integrales en mujeres beneficiarias más sonrisas para Chile / N° total de altas odontológicas integrales más sonrisas para Chile comprometidas) x 100	100%	90%	50%
	Auditorías clínicas al 5% de las altas odontológicas	(N° total de auditorías más sonrisas para Chile realizadas / N° total de auditorías más sonrisas comprometidas) x 100	100%	10%	
TOTAL					100%

De no tener uno o más componentes a cumplir dentro de la cláusula quinta, se deberá repartir proporcionalmente el peso relativo de cada estrategia en el programa

La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:

LA PRIMERA EVALUACIÓN, se efectuará con corte al 31 de Agosto del año 2015. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la re liquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 50%, de acuerdo al siguiente cuadro:

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL PROGRAMA	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2º CUOTA DEL 30%
50%	0%
Entre 40 y 49,99 %	25%
Entre 30 y 39,99 %	50%
Entre 25 y 29,99 %	75%
Menos de 25%	100%

En relación a esto último, las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año 2015, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellos establecimientos que no cumplan con las prestaciones proyectadas.

LA SEGUNDA EVALUACIÓN y final, se efectuará al 31 de Diciembre 2015, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

Al evaluar el cumplimiento individual de cada estrategia, se debe ponderar el peso relativo por componente, lo que constituirá el cumplimiento global del programa. En caso de que una o varias estrategias no apliquen, se deberán reponderar las que sí apliquen proporcionalmente al peso relativo original, con la finalidad de obtener el cumplimiento final del programa.

INDICADORES:

CUMPLIMIENTO DEL COMPONENTE RESOLUCIÓN DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN APS

INDICADOR 1: Número de Endodoncias realizadas en APS

FÓRMULA DE CÁLCULO: $(N^{\circ} \text{ total endodoncias piezas anteriores, premolares realizadas en APS} / N^{\circ} \text{ total de endodoncias comprometidas en APS}) \times 100$

MEDIO DE VERIFICACIÓN: REM / Planilla de distribución de metas programas odontológicos.

INDICADOR 2: Número de prótesis removibles realizadas en APS

FÓRMULA DE CÁLCULO: $(N^{\circ} \text{ total de prótesis removibles realizadas en APS} / N^{\circ} \text{ total de prótesis removibles comprometidas en APS}) \times 100$

MEDIO DE VERIFICACIÓN: REM / Planilla de distribución de metas programas odontológicos.

CUMPLIMIENTO DEL COMPONENTE ACERCAMIENTO DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN POBLACIONES DE DIFÍCIL ACCESO

INDICADOR 1: Número de actividades recuperativas realizadas en clínica dental móvil.

FÓRMULA DE CÁLCULO: $(N^{\circ} \text{ total de actividades recuperativas realizadas en clínica dental móvil año actual} / N^{\circ} \text{ total de horas sillón disponibles en clínica dental móvil año actual}) \times 100$

MEDIO DE VERIFICACIÓN: REM / REM

CUMPLIMIENTO DEL COMPONENTE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN ODONTOLÓGICA

INDICADOR 1: promoción, prevención y recuperación de la salud bucal en CECOSF con sillón dental

FÓRMULA DE CÁLCULO: $(N^{\circ} \text{ total de altas odontológicas totales realizadas en CECOSF a menores de 20 años año actual} / \text{Población menor de 20 años asignada en CECOSF en año actual}) \times 100$

MEDIO DE VERIFICACIÓN: REM / Registro de Población año actual

INDICADOR 2: promoción, prevención y recuperación de la salud bucal en CECOSF sin sillón dental

FÓRMULA DE CÁLCULO: $(N^{\circ} \text{ total de aplicaciones de flúor barniz realizadas en CECOSF a menores de 20 años año actual} / \text{Población menor de 20 años asignada en CECOSF en año actual}) \times 100$

MEDIO DE VERIFICACIÓN: REM / Registro de Población año actual

CUMPLIMIENTO DEL COMPONENTE ODONTOLÓGIA INTEGRAL

INDICADOR 1: Altas odontológicas integrales Mas Sonrisas para Chile

FÓRMULA DE CÁLCULO: $(N^{\circ} \text{ total de altas odontológicas Mas sonrisas para Chile} / N^{\circ} \text{ total de altas integrales Mas Sonrisas para Chile comprometidas}) \times 100$

INDICADOR 2: N° total de auditorías realizadas a altas odontológicas integrales Mas Sonrisas para Chile
FÓRMULA DE CÁLCULO: (N° total de auditorías Mas Sonrisas para Chile realizadas / N° total de auditorías Mas Sonrisas para Chile comprometidas) x100
MEDIO DE VERIFICACIÓN: REM / Planilla de distribución de metas programas odontológicos.

La evaluación se realizará en forma independiente para cada Componente del Programa.

Las orientaciones técnicas pueden ser distribuidas desde el servicio hacia la municipalidad, las cuales constituyen indicaciones de carácter obligatorio para la municipalidad.

SEPTIMO: Los recursos serán transferidos por "El Servicio" a "La Municipalidad", en 2 cuotas, la primera cuota correspondiente al 70 % una vez afinada la resolución aprobatoria del presente convenio; y la segunda cuota correspondiente al 30 % Restante en el mes de octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación del Programa.

OCTAVO: Para dar estricto cumplimiento a lo establecido en el presente convenio y demás políticas de auditoría y otras determinadas por "El Servicio", este último designa para todos los fines que fueren pertinentes como coordinadora responsable, supervisora y fiscalizadora, al asesor técnico del Programa, de la Dirección de Atención Primaria, Dr. Fabián Opazo Pérez, o a quien en su oportunidad designe formalmente la Directora de la Atención Primaria o quien le subrogue; y como responsable de la transferencia de los recursos financieros al Jefe del Departamento de Finanzas, don Gerardo Cisternas Soto o quien legalmente le subrogue. Los aludidos, detentarán las facultades necesarias para lograr su óptimo cometido.

No obstante lo anterior, los funcionarios aludidos en su rol encomendado, deberán a lo menos disponer de un monitoreo sobre los gastos involucrados y la eficacia en la ejecución de los objetivos del programa por parte de "La Municipalidad", mensualmente o con la periodicidad que consideren pertinente, a fin de evitar eventuales excedentes u optimización de los recursos.

NOVENO: "La Municipalidad" debe tener una visión integradora y de cooperación con el Hospital de referencia local donde desarrolla sus acciones y a su vez con el Hospital base, esto con el fin de cumplir metas comunales y regionales.

DECIMO: "El Servicio", requerirá a "La Municipalidad", los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, "El Servicio" deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

UNDECIMO: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, "El Servicio" descontará de la transferencia regular de atención primaria, el valor correspondiente a la parte pagada y no ejecutada del Programa objeto de este instrumento, en su caso.

DUODECIMO: "El Servicio" no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este convenio se señala. Por ello; en caso que "La Municipalidad", se exceda de los fondos destinados para los efectos de este convenio, esta deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución.

DECIMO TERCERO: Consecuente con lo expuesto precedentemente y para efectos de la rendición de cuentas de los recursos financieros objeto de este convenio y en todo lo eventualmente omitido en el mismo, "El Servicio" conjuntamente con "La Municipalidad", deberán velar y procurar por el cumplimiento de lo establecido en la Resolución N° 759, de fecha 23 de diciembre de 2003, que "*Fija Normas de Procedimiento Sobre Rendición de Cuentas*", dictada por la Contraloría General de la República, tomada de razón el 9 de enero de 2004, por el mismo Órgano Contralor, instrumento que en este acto, ambos comparecientes declaran expresa e íntegramente por reconocido, reproducido y desde luego pasa a formar parte integrante del presente convenio para su aplicación y demás fines pertinentes.

DECIMO CUARTO: El presente convenio rige a contar del primero de enero de 2015, y terminará el 31 de diciembre del mismo año si ninguna de las partes manifiesta intención de terminarlo anticipadamente, lo que de provocarse, deberá ser comunicado mediante carta certificada, en un plazo no superior a 10 días, previos a su término.

DECIMO QUINTO: La personería de don Fernando Troncoso Reinbach, para representar a “El Servicio” en su calidad de Director (T. y P.), consta del Decreto Supremo N° 150, de fecha 12 de septiembre de 2014, del Ministerio de Salud; y la personería de Don Andrés Pérez Correa, para representar a la Ilustre Municipalidad de Litueche , en su calidad de Alcalde , consta en la Decreto Exento Alcaldicio N° 44 del 7 de Enero del 2015 , emitida por el Tribunal Electoral de la VI Región.

DECIMO SEXTO: Para los efectos derivados del presente convenio, las partes fijan domicilio en Rancagua y se someten a la jurisdicción de sus Tribunales.

DECIMO SEPTIMO: El presente convenio se firma en cuatro ejemplares de idéntico tenor y fecha, quedando uno en poder de “El Servicio”, uno en poder de “La Municipalidad”; uno en poder de la SEREMI de Salud Región de O’Higgins y el restante en la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria.

**FERNANDO TRONCOSO REINBACH
DIRECTOR (T. y P.)
SERVICIO DE SALUD DEL LIBERTADOR
GENERAL BERNARDO O’HIGGINS**

**ANDRES PEREZ CORREA
ALCALDE (S)
I. MUNICIPALIDAD DE LITUECHE**

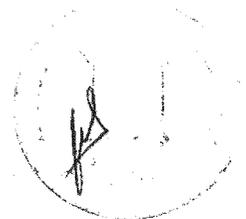
**FORMATO N° 1
IDENTIFICACION DEL PROPONENTE**

FECHA: _____

ANTECEDENTES DEL PROPONENTE

NOMBRE	
RUT	
DOMICILIO DEL PROPONENTE	CALLE: N°:
	DEPTO.:
	COMUNA: CIUDAD:
	FONO: FAX
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: _____

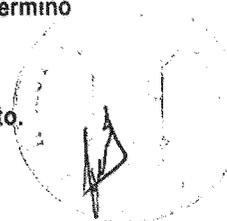
A. ANTECEDENTES DEL PROPONENTE

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



OFERTA ECONÓMICA TOTAL

A. ANTECEDENTES DEL PROPONENTE

NOMBRE	
RUT	

B. DETALLE DE PROPUESTA

SUBTOTAL NETO MENSUAL \$.....

IMPUESTO 10% \$.....

TOTAL	\$.....
	Son (en palabras)



FIRMA Y TIMBRE PROPONENTE