ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LITUECHE
DEPARTAMENTO DE SALUD

DECRETO ALCALDICIO No 000886
LITUECHE, 13 JUL 2016

CONSIDERANDO:

- La necesidad de ejecutar el Programa Odontológico Integral, establecido en el convenio entre el Servicio de Salud de O´Higgins y la Ilustre Municipalidad de Litueche 2016.

- La necesidad de contratar servicios de **laboratorista dental** para realizar prótesis en el marco del Programa Odontológico Integral.

- Que este proceso debe realizarse a través del portal de contratación y adquisiciones públicas, **mercado público.**

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, que nombra alcalde titular. Lo dispuesto en la Ley. No. 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades y, las demás facultades que me confiere la Ley citada últimamente. Las normas consagradas en el estatuto de atención Primaria, ley Nº 19.378.

DECRETO:

1.- **Llámese** a licitación pública la contratación de laboratorista dental para la ejecución del Programa Odontológico Integral.

2.- **Imputase** el gasto al programa de salud bucal, CUENTA 215.22.11.999.002.007 año 2016.

3.- **Nómbrese en la comisión evaluadora a los siguientes funcionarios:**

Odontóloga DSM, Contraparte Técnica.
Matrón DSM
Enfermera DSM
Administrador Municipal.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.

Ilustre Municipalidad de Litueche
Secretario Municipal

LAURA URIBE SILVA
Secretario Municipal

Ilustre Municipalidad de Litueche
ALCALDE

RENE ACUÑA ECHEVERRÍA
Alcalde

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA PARA MUNICIPIOS
N°55

De conformidad al presupuesto aprobado para este Municipio por el Concejo Municipal para el año 2016, certifico que, a la fecha del presente documento, esta institución cuenta con el presupuesto para financiar la contratación de servicios de Laboratorista Dental para realizar prótesis del Programa Odontológico Integral, por un monto de $2.100.000.- (Dos millones cien mil pesos) IVA incluido.

Ilustre Municipalidad de Litueche
Depto de Salud

GUILLERMO REYES VIDAL
DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

Litueche, 12 de Julio 2016

Litueche

MUNICIPALIDAD DE LITUECHE
DEPARTAMENTO DE SALUD

BASES PROGRAMA ODONTOLOGICO INTEGRAL 2016

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 2016 y el Presupuesto del Área de Salud Municipal vigente.

5.- NUMERO DE PRESTACIONES

Se requiere un total de 60 **prótesis dentales acrílicas parciales o totales, Como máximo, (pudiese ser un número menor),** incluye todos los pasos de laboratorio: Modelo preliminar, cubetas individuales, rodetes de altura, montaje en articulador de modelos definidos, ordenamiento dentario (dientes tipo marché), terminación (acrílico de termocurado) y pulido.

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 de laboratorista dental, debe adjuntar certificado de título (scaneado)
- Para la suscripción del contrato se deberá entregar copia del titulo legalizado ante notario.
- Certificar experiencia en relación a la materia de prótesis dental en el programa odontológico integral-más sonrisas.

- Llenar y adjuntar a la oferta los formularios 1-2 y 3.-
- Solo podrán participar personas naturales.

6.1.- CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Factores	Ponderación
a)Tiempo de entrega días corridos	30%
b)Experiencia certificada programa odontológico integral –más sonrisas	40%

c)Garantía Prótesis	20%
d)Precio	10%

a)Tiempo de entrega: Se solicitaran al prestador de servicios por pedidos de 10 prótesis- SE ENTREGARAN 30% al oferente que entregue menor tiempo de entrega por pedido:

X= Plazo de entrega ofertado * 100 /Plazo de entrega X

b)* Experiencia Programa Odontológico Integral:
Se entregaran 40% al oferente que acredite mediante certificado de Jefe Programa odontológico, Director de Consultorio o Director de Salud, experiencia de haber ejecutado prótesis en programa odontológico integral o/y Programa Hombres y Mujeres escasos recursos /APS

c) GARANTÍA DEL PRODUCTO:

Se entregaran 20% al oferente que entregue superior garantía del producto y materiales de este: X= Mayor garantía Producto Ofertado * 100 /Garantía Producto X

d) Precio:

X= Precio mínimo ofertado * 100 /Precio Oferta X

*** Puntaje mínimo de adjudicación, 70 puntos**
*** Desempate:** Se Adjudicara al oferente que tenga mayor cercanía geográfica de la comuna de Litueche debido al tiempo de entrega y mejoras que se le puedan hacer al producto.

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 $ **2.100.000 (Dos millones cien mil) 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 emitir 3 estados de pago por avances de 20 prótesis.

- 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.- Garantía de la oferta

Boleta de garantía "buena ejecución de los trabajos": 7% del valor referencial del contrato, vigencia desde el 02/01/2017 al 28/02/2017. Este instrumento se solicitará para generar el último estado de pago. Garantía por 1 año por falla o fabricación (desprendimiento de piezas o retenedores).

12.- INSUMOS

Los insumos serán cargo del Prestador de Servicios

13.- Entrega de los Productos

Estos serán entregados en las fechas y Horarios que la Dirección de salud establezca.

14.- Causales de Término de Contrato

Incumplimiento en los plazos señalados
Finalización del Contrato por acuerdo Mutuo

15.- INSUMOS:

Los insumos serán de cargo del prestador.

16.- 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.

17.- SERVICIOS ADICIONALES

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

18.- 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.

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

MATRÓN DSM
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
SECRETARIO MUNICIPAL
ODONTOLOGA ENCARGADA DE PROGRAMAS (CONTRAPARTE TÉCNICA)

RENE ACUÑA ECHEVERRIÁ
ALCALDE DE LITUECHE

FORMATO N° 1
IDENTIFICACION DEL PROPONENTE

FECHA: _____

ANTECEDENTES DEL PROPONENTE

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

FORMULARIO Nº 3

OFERTA ECONÓMICA TOTAL

A. ANTECEDENTES DEL PROPONENTE

NOMBRE	
RUT	

B. DETALLE DE PROPUESTA

SUBTOTAL NETO POR UNIDAD $.....

IMPUESTO 10% $.....

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

Tiempo de Garantía en Meses: _____
Tiempo de Entrega Corridos (10 Prótesis):_____

_____

FIRMA Y TIMBRE PROPONENTE