

**BASES TÉCNICAS****PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD Y DENTAL O SISTEMA REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS DE SALUD Y DENTAL PARA SOCIOS Y SOCIAS DEL SERVICIO DE BIENESTAR MUNICIPAL Y SUS CARGAS LEGALES****1.- OBJETIVO DE LA LICITACIÓN**

Las presentes Bases Técnicas regulan las condiciones generales del llamado a Licitación para la “Contratación de un Plan Complementario de salud y dental o un sistema de reembolso de gastos médicos y dental para socios y socias del servicio de bienestar municipal y sus cargas legales”

Este sistema, está destinado a cubrir aquellos gastos que no sean cubiertos por el Sistema de Salud Previsional del afiliado y sus cargas, conforme a las exigencias de las Bases Administrativas y las presentes especificaciones técnicas.

**2.- ANTECEDENTES GENERALES**

Al mes de agosto 2025 el Servicio de Bienestar cuenta con 438 socios/as inscritos lo que puede aumentar dependiendo de incorporación de nuevo personal al municipio y al Servicio de Bienestar. En la actualidad se cuenta además con cargas legales.

**3.- DESCRIPCION DEL REQUERIMIENTO**

Las presentes bases técnicas entregan requisitos mínimos del servicio requerido por la Municipalidad. Se deben considerar los siguientes productos dentro del Plan:

Las cargas y las futuras cargas legales de los socios, recibirán los mismos beneficios que los socios.

- a) Un plan complementario de salud o sistema de reembolso de gastos médicos para el Titular y sus cargas legales
- b) Un plan complementario de reembolso de gastos dentales o sistema de reembolsos de gastos dentales para el Titular y sus cargas legales

Deberá cumplir con las siguientes características:

- Las cargas legales y las futuras cargas legales de los socios, recibirán los mismos beneficios que los socios.
- Cobertura a cargas legales reconocidas en la Dirección de Personas.
- Sistema de reembolso SIN deducibles.
- No debe contemplar periodos de carencia.
- Sin límites de edad para el ingreso y permanencia.
- Cobertura para enfermedades preexistentes.
- Cobertura para embarazo preexistente.
- Atención libre elección y convenios.
- Sin cobro diferido por edad
- Sin cobro diferido por número de cargas legales
- Bonificación en cuenta del afiliado y alternativa para los que no tengan cuenta bancaria.
- Bonificación en línea a través de sistema I-Med sin costo.
- Bonificación desde el primer día para recién nacidos reconocidas como cargas legales.
- Bonificación prestaciones pagadas a través de excedentes.
- Explicitar las restricciones y exclusiones en caso de no aplicar el sistema de reembolso
- Establecer plazos máximos para recibir el reembolso.
- Reembolsos directos con las farmacias en convenio.
- Plataforma en línea o Sucursal Virtual donde cada afiliado pueda realizar directamente sus reembolsos y que cuente con información disponible de su plan y coberturas.
- Visita ejecutiva en forma presencial al menos al menos 1 vez al mes
- Realización de visita semestral junto con un prestador en convenio para realizar asesoría a los socios respecto a salud preventiva.
- Atención de telemedicina gratuita para socios 7/as y sus cargas legales

Este seguro de salud o sistema de reembolsos de gastos médicos de salud y dental debe cubrir los gastos que no cubra el sistema de salud previsional, por lo tanto, los afiliados al Bienestar y sus cargas legales deberán hacer uso en primer lugar de su sistema en particular; posteriormente, en el caso que corresponda, se deberá activar el Plan GES o CAEC que otorga el Estado de Chile.

4.- MOVIMIENTOS BENEFICIARIOS DE SEGURO

- 4.1. Los funcionarios y funcionarias, y sus cargas legales, que se inscriban como socios de Servicio de Bienestar, automáticamente, quedarán adscritos al Plan Complementario o Sistema de Reembolso que se licita, inscritos hasta el décimo día de cada mes. Los socios inscritos a partir del undécimo día de cada mes, recibirán los beneficios de los sistemas complementarios a partir del primer día del mes siguiente a su inscripción.
- 4.2. Los socios o socias del Servicio de Bienestar, cuyas cargas legales sean niños y niñas recién nacidos, el Plan Complementario o Sistema de Reembolso comenzará a regir a partir del día de nacimiento.
- 4.3. El día en que entre vigencia el contrato que se suscriba entre las partes, la Unidad Técnica informará al contratista el listado de socios y socias y sus cargas legales, que a esa fecha tengan dicha calidad, a fin de que comience a operar la cobertura de los sistemas de reembolso contratados.
- 4.4. Del mismo modo, para la aplicación del punto 4.1 anterior, la Unidad Técnica, informará dentro del plazo de los 10 días corridos, al contratista, tanto de los nuevos socios y socias y sus cargas legales, que ingresen al Servicio de Bienestar, como aquellos funcionarios y funcionarias que dejen de tener la calidad de socios del mismo Servicio, a fin de recibir los beneficios del seguro y determinar el pago por número de socios o socias conforme al ver adjudicado, del mes respectivo.

5.- COBERTURA

El sistema de reembolsos de gastos médicos de salud y dental deberá contemplar en su cuadro de beneficios a lo menos las siguientes prestaciones:

- Hospitalización.
- Maternidad.
- Atenciones ambulatorias, tales como consultas médicas; exámenes ambulatorios, de laboratorio e imagenología; procedimientos, terapia ocupacional, tratamientos especializados, como quimioterapia, radioterapia y kinesiología; seguimiento GES con reembolso, cirugía ambulatoria.
- Medicamentos, tales como drogas antineoplásicas, inmunosupresoras, medicamentos de marca y medicamentos genéricos.
- Atenciones psicológicas y psiquiátricas: ambulatoria y hospitalización.
- Prótesis y órtesis (óptica y audífonos).
- Adicionales, como fonoaudiología con bono y con reembolso, y servicio de ambulancia.
- Atención dental.

5.1.- La siguiente tabla expresa el detalle de coberturas mínimas de las prestaciones cubiertas con la ponderación de cobertura y tope anual por beneficiario.

| HOSPITALARIO                                      |                |                   |                  |
|---------------------------------------------------|----------------|-------------------|------------------|
|                                                   | % Bonificación | Tope / Evento(UF) | Tope/ Anual (UF) |
| Día Cama                                          | 50             | 2                 | 20               |
| Día Cama UTI - UCI – Intermedio                   | 50             | 3                 |                  |
| Exceso de día Cama sobre 30 días                  | 50             | 2                 |                  |
| Servicios Hospitalarios                           | 50             | SIN TOPE          |                  |
| Honorarios Médicos Quirúrgicos                    | 50             |                   |                  |
| Tratamiento Obesidad Mórbida (Cirugía Bariátrica) | 50             |                   |                  |
| Cirugía Maxilo Facial por Accidente               | 50             |                   |                  |
| Cirugía Maxilo Facial por Enfermedad              | 50             |                   |                  |
| Gasto Donante Vivo                                | 50             |                   |                  |
| Gasto Donante Post Morten                         | 50             |                   |                  |

|                                                                  |     |          |          |
|------------------------------------------------------------------|-----|----------|----------|
| Hospitalario GES                                                 | 100 |          |          |
| MATERNIDAD                                                       |     |          |          |
| Parto Normal                                                     | 50  | SIN TOPE | 10       |
| Parto Cesárea                                                    | 50  |          | 12       |
| Aborto no Voluntario                                             | 50  |          | 10       |
| Complicaciones del Parto                                         | 50  |          | 10       |
| Complicaciones del Embarazo                                      | 50  |          | 10       |
| AMBULATORIO                                                      |     |          |          |
| Consultas Médicas con Reembolso                                  | 50  | 0,5      | 12       |
| Consultas Médicas con Bono                                       | 50  | 0,5      |          |
| Exámenes de Laboratorio y Radiológicos con Reembolso             | 40  | 1        | 12       |
| Exámenes de Laboratorio y Radiológicos con Bono                  | 40  | 1        |          |
| Procedimientos de Diagnóstico con Reembolso (Incluye Yeso)       | 50  | SIN TOPE | 15       |
| Procedimientos de Diagnóstico con Bono (Incluye Yeso)            | 50  |          |          |
| Procedimientos Terapéuticos con Reembolso                        | 50  |          |          |
| Procedimientos Terapéuticos con Bono                             | 50  |          |          |
| Terapia Ocupacional con Reembolso                                | 50  |          |          |
| Terapia Ocupacional con Bono                                     | 50  |          |          |
| Kinesiología con Reembolso                                       | 50  |          |          |
| Kinesiología con Bonos                                           | 50  |          |          |
| Cirugía Láser Ocular                                             | 40  |          | 5        |
| Cirugía Ocular (Excluye Láser)                                   | 40  |          | 10       |
| Cirugía Ambulatoria                                              | 40  |          | SIN TOPE |
| Ambulatorio GES                                                  | 100 |          |          |
| MEDICAMENTOS                                                     |     |          |          |
| Drogas Antineoplásicas                                           | 30  | SIN TOPE | 8        |
| Drogas Inmunosupresoras                                          | 30  |          |          |
| Medicamentos Ambulatorios de Marca y Bio equivalentes de Marca   | 30  |          |          |
| Medicamentos Ambulatorios Genéricos y Bio equivalentes Genéricos | 100 |          | SIN TOPE |
| PRÓTESIS Y ÓRTESIS                                               |     |          |          |
| Prótesis (excluye prótesis dentales) y Órtesis                   | 50  | SIN TOPE | 10       |
| Plantillas Ortopédicas                                           | 50  |          |          |
| Aparatos Auditivos                                               | 50  |          |          |
| Marcos, Cristales Ópticos                                        | 50  |          | 2,5      |
| ADICIONALES                                                      |     |          |          |
| Fonoaudiología con Reembolso                                     | 50  | 0,5      |          |

|                                          |    |          |    |
|------------------------------------------|----|----------|----|
| Fonoaudiología con Bonos                 | 50 | 0,5      | 10 |
| Servicio de Ambulancia Terrestre y Aéreo | 50 | SIN TOPE | 10 |

| PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA              |    |          |    |
|---------------------------------------|----|----------|----|
| Consulta Psiquiátrica y/o Psicológica | 50 | 0,5      | 10 |
| Psicopedagogía                        | 50 | 0,5      |    |
| Hospitalización Psiquiátrica          | 50 | SIN TOPE |    |

| DENTAL             |                |                    |                  |
|--------------------|----------------|--------------------|------------------|
|                    | % Bonificación | Tope Evento / (UF) | Tope / Anual(UF) |
| Periodoncia        | 40             | SIN TOPE           | 5                |
| Endodoncia         | 40             |                    |                  |
| Ortodoncia         | 40             |                    |                  |
| Prótesis Fija      | 40             |                    |                  |
| Cirugía Bucal      | 40             |                    |                  |
| Operatoria Dental  | 40             |                    |                  |
| Radiología         | 40             |                    |                  |
| Disfunción         | 40             |                    |                  |
| Odontopediatría    | 40             |                    |                  |
| Urgencia           | 40             |                    |                  |
| Prótesis Removable | 40             |                    |                  |
| Implantología      | 40             |                    |                  |
| Laboratorio        | 40             |                    |                  |
| Diagnóstico        | 40             |                    |                  |

6.- Los afiliados, actualmente vigentes, del Servicio de Bienestar de la I Municipalidad de Renca se distribuyen en:

| Relación/ socio cargas | Número de socios |
|------------------------|------------------|
| Socios sin cargas      | 288              |
| Socios con una carga   | 87               |
| Socios con 2 cargas    | 42               |
| Socios con 3 cargas    | 16               |
| Socios con 4 cargas    | 4                |
| Socios con 5 cargas    | 1                |
| Total socios           | 438              |

| Tramo edad | Cantidad de socios que tienen cargas en el tramo | Cantidad de cargas que tienen los socios en el tramo |
|------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 0-17 años  | 111                                              | 168                                                  |
| 18-24 años | 46                                               | 48                                                   |
| 25-30 años | 0                                                | 0                                                    |
| 31-50 años | 8                                                | 8                                                    |
| 51-60 años | 12                                               | 12                                                   |
| 61-70 años | 5                                                | 4                                                    |
| 71-80 años | 0                                                | 0                                                    |
| Total      | 182                                              | 240                                                  |

Detalle sistema previsional:

|        |        |        |
|--------|--------|--------|
| SOCIOS | FONASA | ISAPRE |
| 438    | 292    | 146    |

SINIESTRALIDAD MENSUAL

| MES                                                         | TITULAR | APORTE        | BONIFICACIÓN  | SINIEST. MENSUAL | APORTE ACUMULADO | BONIFICACIÓN ACUMULADA | SINIEST. ACUMULADA |
|-------------------------------------------------------------|---------|---------------|---------------|------------------|------------------|------------------------|--------------------|
| ene-25                                                      | 441     | \$ 8.125.212  | \$ 1.736.967  | 21%              | \$ 8.125.212     | \$ 1.736.967           | 21%                |
| feb-25                                                      | 440     | \$ 8.162.445  | \$ 4.518.537  | 55%              | \$ 16.287.657    | \$ 6.255.504           | 38%                |
| mar-25                                                      | 435     | \$ 8.121.090  | \$ 5.452.999  | 67%              | \$ 24.408.747    | \$ 11.708.503          | 48%                |
| abr-25                                                      | 430     | \$ 8.065.165  | \$ 5.673.328  | 70%              | \$ 32.473.912    | \$ 17.381.831          | 54%                |
| may-25                                                      | 434     | \$ 8.163.946  | \$ 6.818.839  | 84%              | \$ 40.637.858    | \$ 24.200.670          | 60%                |
| jun-25                                                      | 438     | \$ 8.255.509  | \$ 5.239.734  | 63%              | \$ 48.893.367    | \$ 29.440.404          | 60%                |
| jul-25                                                      | 439     | \$ 8.255.801  | \$ 8.245.042  | 100%             | \$ 57.149.168    | \$ 37.685.446          | 66%                |
| ago-25                                                      | 438     | \$ 8.279.897  | \$ 8.323.311  | 101%             | \$ 65.429.065    | \$ 46.008.757          | 70%                |
| TOTAL                                                       |         | \$ 65.429.065 | \$ 46.008.757 |                  |                  |                        |                    |
| Siniestralidad Acumulada + Gastos Ocurredos y No Reportados |         |               |               |                  | 8,33%            | \$ 49.841.286          | 76%                |

FORMULARIO N°1  
ANEXO ADMINISTRATIVO  
IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE, ACEPTACIÓN DE BASES Y  
PACTO DE INTEGRIDAD

**A. IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE (solo para persona natural)**

|                                                             |   |  |
|-------------------------------------------------------------|---|--|
| NOMBRE                                                      | : |  |
| R.U.T.                                                      | : |  |
| DIRECCIÓN                                                   | : |  |
| TELÉFONO                                                    | : |  |
| E – MAIL                                                    | : |  |
| E – MAIL (Encargado del Contrato en caso de ser adjudicado) | : |  |

**B. RESUMEN DE ANTECEDENTES LEGALES DE LAS SOCIEDADES OFERENTES (solo para persona jurídica)**

|                             |   |  |
|-----------------------------|---|--|
| RAZÓN SOCIAL                | : |  |
| RUT                         | : |  |
| DIRECCIÓN                   | : |  |
| TELÉFONO                    | : |  |
| E – MAIL                    | : |  |
| REPRESENTANTE LEGAL         | : |  |
| RUT DEL REPRESENTANTE LEGAL | : |  |

**C. ACEPTACIÓN DE BASES**

Mediante el presente formulario declaro:

1. Conocer y aceptar en todas sus partes, las condiciones establecidas en las Bases Administrativas, Bases Técnicas, Anexos, Respuestas a las Consultas y las Aclaraciones (de haberlas), que rigieron la Propuesta.
2. Haber estudiado todos los antecedentes y verificado las Bases de la propuesta.
3. En caso de ser adjudicado, el oferente acepta que el medio de comunicación oficial para los servicios contratados a través de la presente licitación es por medio de correo electrónico.

**D. PACTO DE INTEGRIDAD**

El oferente se obliga a no ofrecer ni conceder, ni intentar ofrecer o conceder, sobornos, regalos, premios, dádivas o pagos, cualquiera fuese su tipo, naturaleza y/o monto, a ningún funcionario público en relación con su oferta, con el proceso de licitación pública, ni con la ejecución del contrato que se derive de la misma, ni tampoco a ofrecerlas o concederlas a terceras personas que pudiesen influir directa o indirectamente en la ejecución del contrato. De esta forma, el contratista tiene plena conciencia de que dichas prácticas constituyen delitos, cuya penalidad fue aumentada por la Ley N° 21.121 que modifica el Código Penal y otras normas legales para la prevención, detección y persecución de la corrupción, y que su vulneración, en el evento de adjudicarse la oferta constituirá una causal de término de contrato.

**E. PACTO DE CONFIDENCIALIDAD:**

El Concesionario no podrá utilizar para ninguna finalidad ajena a la ejecución del contrato, la documentación, los antecedentes y, en general, cualquier información, que haya conocido o a la que haya accedido, en virtud de cualquier actividad relacionada con el contrato.

El Concesionario, así como su personal dependiente que se haya vinculado a la ejecución del contrato, en cualquiera de sus etapas, deben guardar confidencialidad sobre los antecedentes y actividades propias y relacionadas con el desarrollo de los servicios.

El Concesionario debe adoptar medidas para el resguardo de la confidencialidad de la información, reservándose el órgano comprador el derecho de ejercer las acciones legales que correspondan, de acuerdo con las normas legales vigentes, en caso de divulgación no autorizada, por cualquier medio, de la totalidad o parte de la información referida.

La divulgación, por cualquier medio, de la totalidad o parte de la información referida en los párrafos anteriores, por parte del proveedor, durante la vigencia del contrato o dentro de los 5 años siguientes después de finalizado éste, podrá dar pie a que la Entidad entable en su contra las acciones judiciales que correspondan. Con todo, tratándose de bases de datos de carácter personal, la obligación de confidencialidad dura indefinidamente, de acuerdo con la Ley N°19.628, sobre Protección de la Vida Privada.

#### F. INHABILIDAD POR CONDENAS DELITOS ECONÓMICOS

El oferente declara que no han sido condenados por delitos económicos y no están afectos a la inhabilidad de contratar con el Estado dispuesta en el artículo 33 de la Ley N° 21.595 sobre delitos económicos".

#### G. PROGRAMA DE INTEGRIDAD

El oferente que resulta ser adjudicado se obliga, para suscribir el contrato, a contar con el programa de integridad, y ajustarse a lo establecido en las presentes Bases y del artículo 17 del reglamento de la Ley N°19.886.

#### H. INHABILIDAD 35 QUATER

El oferente declara que no posee vínculos con personal del organismo en los términos definidos en el inciso primero del artículo 35 quáter de la Ley N° 19.886.

FIRMA DEL OFERENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Respecto de la situación relativa a la Unión Temporal de Proveedores, cada uno de los integrantes de ésta deberá completar el presente formulario, firmarlo e ingresarlo al portal [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl) como parte de sus anexos administrativos

En Renca, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2025.

FORMULARIO N°1-A  
ANEXO ADMINISTRATIVO  
IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE,  
ACEPTACIÓN DE BASES, DECLARACIONES JURADAS Y PACTO DE INTEGRIDAD PARA  
UNIÓN TEMPORAL DE PROVEEDORES (UTP)

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE (solo para persona natural)

|           |   |  |
|-----------|---|--|
| NOMBRE    | : |  |
| R.U.T.    | : |  |
| DIRECCIÓN | : |  |
| TELÉFONO  | : |  |
| E – MAIL  | : |  |

2. RESUMEN DE ANTECEDENTES LEGALES DE LAS SOCIEDADES OFERENTES (solo para persona jurídica)

|                             |   |  |
|-----------------------------|---|--|
| RAZON SOCIAL                | : |  |
| RUT                         | : |  |
| DIRECCIÓN                   | : |  |
| TELÉFONO                    | : |  |
| E – MAIL                    | : |  |
| REPRESENTANTE LEGAL         | : |  |
| RUT DEL REPRESENTANTE LEGAL | : |  |

3. ACEPTACIÓN DE BASES

Mediante el presente formulario declaro:

- a. Conocer y aceptar en todas sus partes, las condiciones establecidas en las Bases Administrativas Generales, Bases Administrativas Especiales, Bases Técnicas Anexos, Respuestas a las Consultas y las Aclaraciones (de haberlas), que rigieron la Propuesta.
- b. Haber estudiado todos los antecedentes y verificado las Bases de la propuesta.
- En caso de ser adjudicado, el oferente acepta que el medio de comunicación oficial para los servicios contratados a través de la presente licitación es por medio de correo electrónico.

4. DECLARACIÓN JURADA SIMPLE DE REQUISITOS PARA OFERTAR CON EL ESTADO

Yo, \_\_\_\_\_ RUT N° \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_ en representación de, \_\_\_\_\_ RUT N° \_\_\_\_\_ del mismo domicilio, para la licitación pública \_\_\_\_\_ declaro bajo juramento que:

- a. No he sido condenado, o mi representada no ha sido condenada, por prácticas antisindicales o infracción a los derechos fundamentales del trabajador o por delitos concursales establecidos en los artículos 463 y siguientes del Código Penal, dentro de los años anteriores a la presentación de la oferta.
- b. No he sido condenado, o mi representada no ha sido condenada, por el Tribunal de la Libre Competencia, dentro de los 5 años anteriores, contados desde que la sentencia definitiva quede ejecutoriada, con la prohibición de contratar a cualquier título con órganos de la administración, contemplada en el artículo 26, letra d), del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2004, del Ministerio de Economía, Fomento y Reconstrucción, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto Ley N°211, de 1973.
- c. Asimismo, declaro que, si mi representada fuera persona jurídica, no ha sido condenada con la pena de prohibición de celebrar actos y contratos con organismos del Estado, por los delitos mencionados en la Ley N°20.393.
- d. De igual forma, declaro bajo juramento que, esta persona natural o jurídica, ni sus dependencias o asociados, tienen alguna inhabilidad o incompatibilidad establecida en la legislación vigente, que les impida realizar ofertas o ser adjudicatarios de procesos licitatorios de la Administración del Estado.

5. AUSENCIA DE CONFLICTO DE INTERÉS

- a. No soy funcionario directivo de la Entidad Licitante Municipalidad de Renca, ni estoy unido (a) a funcionarios directivos de dicha institución, por los vínculos descritos en la letra b) del Artículos 54 de la Ley N°18.575.
- b. La sociedad que represento no es una sociedad de personas en la que los funcionarios directivos de la Entidad Licitante Municipalidad de Renca, o las personas unidas a ellos por los vínculos descritos en la letra b) del artículo 54 de la Ley N° 18.875, ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, formen parte.
- c. Mi representada no es una sociedad comandita por acciones o anónima cerrada en que una o más de las personas indicadas en punto anterior sean accionistas.

- d. Mi representada no es una sociedad anónima abierta en que alguna de las personas indicadas en el primer punto sea dueña de acciones que representen el 10% o más del capital.
- e. No soy gerente, administrador, representante o director de cualquiera de las sociedades antedichas.
- f. Asimismo, declaro conocer que los vínculos descritos en la letra b) del artículo 54 de la Ley N° 18.875, ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, son los siguientes: cónyuge, hijos, adoptados y parientes hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad inclusive.

**6. PACTO DE INTEGRIDAD**

El oferente se obliga a no ofrecer ni conceder, ni intentar ofrecer o conceder, sobornos, regalos, premios, dádivas o pagos, cualquiera fuese su tipo, naturaleza y/o monto, a ningún funcionario público en relación con su oferta, con el proceso de licitación pública, ni con la ejecución del contrato que se derive de la misma, ni tampoco a ofrecerlas o concederlas a terceras personas que pudiesen influir directa o indirectamente en la ejecución del contrato. De esta forma, el contratista tiene plena conciencia de que dichas prácticas constituyen delitos, cuya penalidad fue aumentada por la Ley N° 21.121 que modifica el Código Penal y otras normas legales para la prevención, detección y persecución de la corrupción, y que su vulneración, en el evento de adjudicarse la oferta constituirá una causal de término de contrato.

**7. PACTO DE CONFIDENCIALIDAD:**

El Concesionario no podrá utilizar para ninguna finalidad ajena a la ejecución del contrato, la documentación, los antecedentes y, en general, cualquier información, que haya conocido o a la que haya accedido, en virtud de cualquier actividad relacionada con el contrato.

El Concesionario, así como su personal dependiente que se haya vinculado a la ejecución del contrato, en cualquiera de sus etapas, deben guardar confidencialidad sobre los antecedentes y actividades propias y relacionadas con el desarrollo de los servicios.

El Concesionario debe adoptar medidas para el resguardo de la confidencialidad de la información, reservándose el órgano comprador el derecho de ejercer las acciones legales que correspondan, de acuerdo con las normas legales vigentes, en caso de divulgación no autorizada, por cualquier medio, de la totalidad o parte de la información referida.

La divulgación, por cualquier medio, de la totalidad o parte de la información referida en los párrafos anteriores, por parte del proveedor, durante la vigencia del contrato o dentro de los 5 años siguientes después de finalizado éste, podrá dar pie a que la Entidad entable en su contra las acciones judiciales que correspondan. Con todo, tratándose de bases de datos de carácter personal, la obligación de confidencialidad dura indefinidamente, de acuerdo con la Ley N°19.628, sobre Protección de la Vida Privada.

**8. INHABILIDAD POR CONDENAS DELITOS ECONÓMICOS**

El oferente declara que no han sido condenados por delitos económicos y no están afectos a la inhabilidad de contratar con el Estado dispuesta en el artículo 33 de la Ley N° 21.595 sobre delitos económicos".

**9. EVALUACIÓN PARA UNIÓN TEMPORAL DE PROVEEDORES**

Al momento de la presentación de la oferta, los integrantes de la unión determinarán qué antecedentes presentarán para ser considerados en la evaluación respectiva, siempre y cuando lo anterior no signifique ocultar información relevante para la ejecución del respectivo contrato que afecte a alguno de sus integrantes.

| CRITERIO DE EVALUACIÓN | RAZÓN SOCIAL | RUT |
|------------------------|--------------|-----|
|                        |              |     |
|                        |              |     |
|                        |              |     |

**10. PROGRAMA DE INTEGRIDAD**

En caso que el adjudicatario resulte ser una UTP, se obliga para suscribir el contrato, que todos sus integrantes cuenten con el programa de integridad, y ajustarse a lo establecido en las presentes Bases y del artículo 17 del reglamento de la Ley N°19.886.

**11. INHABILIDAD 35 QUATER**

El oferente declara que no posee vínculos con personal del organismo en los términos definidos en el inciso primero del artículo 35 quáter de la Ley N° 19.886.

Para su elaboración considere, a lo menos, las exigencias dispuestas en el artículo 180 y siguientes del Reglamento de la Ley de Compras y las recomendaciones de la Directiva N°22, de 2015.

En Renca, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2025.

FORMULARIO N° 2  
ANEXO TÉCNICO  
EXPERIENCIA DEL OFERENTE

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE O RAZON SOCIAL

|        |  |
|--------|--|
| NOMBRE |  |
| R.U.T. |  |

La información de la experiencia deberá estar contenida en el presente Formulario. Éste deberá ser llenado en forma íntegra, conteniendo la información aquí descrita.

| N° | NOMBRE DEL CONTRATO | MANDANTE | PERÍODO DEL CONTRATO (DESDE – HASTA) | NOMBRE, CORREO ELECTRÓNICO Y TELÉFONO CONTACTO MANDANTE | TIPO DE DOCUMENTO (Indicar ID MERCADO PUBLICO si corresponde) |
|----|---------------------|----------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 1  |                     |          |                                      | Nombre:<br>Correo:<br>Teléfono:                         |                                                               |
| 2  |                     |          |                                      | Nombre:<br>Correo:<br>Teléfono:                         |                                                               |
| 3  |                     |          |                                      | Nombre:<br>Correo:<br>Teléfono:                         |                                                               |
| 4  |                     |          |                                      | Nombre:<br>Correo:<br>Teléfono:                         |                                                               |
| 5  |                     |          |                                      | Nombre:<br>Correo:<br>Teléfono:                         |                                                               |
| 6  |                     |          |                                      | Nombre:<br>Correo:<br>Cargo:                            |                                                               |
| 7  |                     |          |                                      | Nombre:<br>Correo:<br>Cargo:                            |                                                               |

La información de la experiencia deberá estar contenida en el presente Formulario y toda experiencia acá declarado debe ser acompañada por la acreditación solicitada en las presentes Bases Administrativas que respalden dicha información.

**Nota:** La Municipalidad podrá verificar la autenticidad de lo informado ante las instituciones o empresas mandantes. En el caso que estos no fueran fidedignos, el oferente quedará excluido de esta licitación.

Oferente o Representante Legal  
Firma  
.....  
Nombre  
.....  
R.U.T.  
.....



FORMULARIO Nº3  
ANEXO TÉCNICO  
OFERTA TÉCNICA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE O RAZÓN SOCIAL

|        |   |  |
|--------|---|--|
| NOMBRE | : |  |
|--------|---|--|

|        |   |  |
|--------|---|--|
| R.U.T. | : |  |
|--------|---|--|

2. TIPO DE SERVICIO

2.1. A continuación, indique si el servicio ofertado corresponde a un Plan Complementario de Salud o un Sistema de Reembolso:

Plan Complementario de Salud: \_\_\_\_\_ / Sistema de Reembolso: \_\_\_\_\_

3. DETALLE DE LA OFERTA PARA GASTOS MÉDICOS DE SALUD

3.1 DETALLE DE LA OFERTA DE BONIFICACIÓN POR EVENTO

| ÍTEM         | DESCRIPCIÓN                                                | BONIFICACIÓN<br>MÍNIMA (%) | BONIFICACIÓN<br>PROPUESTA (%) | OBSERVACIONES |
|--------------|------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|---------------|
| HOSPITALARIO | Día Cama                                                   | 50%                        |                               |               |
|              | Día Cama UTI - UCI – Intermedio                            | 50%                        |                               |               |
|              | Exceso de día Cama sobre 30 días                           | 50%                        |                               |               |
|              | Servicios Hospitalarios                                    | 50%                        |                               |               |
|              | Honorarios Médicos Quirúrgicos                             | 50%                        |                               |               |
|              | Tratamiento Obesidad Mórbida (Cirugía Bariátrica)          | 50%                        |                               |               |
|              | Cirugía Máxilo Facial por Accidente                        | 50%                        |                               |               |
|              | Cirugía Máxilo Facial por Enfermedad                       | 50%                        |                               |               |
|              | Gasto Donante Vivo                                         | 50%                        |                               |               |
|              | Gasto Donante Post Morten                                  | 50%                        |                               |               |
|              | Hospitalario GES                                           | 100%                       |                               |               |
| MATERNIDAD   | Parto Normal                                               | 50%                        |                               |               |
|              | Parto Cesárea                                              | 50%                        |                               |               |
|              | Aborto no Voluntario                                       | 50%                        |                               |               |
|              | Complicaciones del Parto                                   | 50%                        |                               |               |
|              | Complicaciones del Embarazo                                | 50%                        |                               |               |
| AMBULATORIO  | Consultas Médicas con Reembolso                            | 50%                        |                               |               |
|              | Consultas Médicas con Bono                                 | 50%                        |                               |               |
|              | Exámenes de Laboratorio y Radiológicos con Reembolso       | 40%                        |                               |               |
|              | Exámenes de Laboratorio y Radiológicos con Bono            | 40%                        |                               |               |
|              | Procedimientos de Diagnóstico con Reembolso (Incluye Yeso) | 50%                        |                               |               |
|              | Procedimientos de Diagnóstico con Bono (Incluye Yeso)      | 50%                        |                               |               |
|              | Procedimientos Terapéuticos con Reembolso                  | 50%                        |                               |               |
|              | Procedimientos Terapéuticos con Bono                       | 50%                        |                               |               |

|                                                                                |                                                                  |      |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------|--|--|
|                                                                                | Terapia Ocupacional con Reembolso                                | 50%  |  |  |
|                                                                                | Terapia Ocupacional con Bono                                     | 50%  |  |  |
|                                                                                | Kinesiología con Reembolso                                       | 50%  |  |  |
|                                                                                | Kinesiología con Bonos                                           | 50%  |  |  |
|                                                                                | Cirugía Láser Ocular                                             | 40%  |  |  |
|                                                                                | Cirugía Ocular (Excluye Láser)                                   | 40%  |  |  |
|                                                                                | Cirugía Ambulatoria                                              | 40%  |  |  |
|                                                                                | Ambulatorio GES                                                  | 100% |  |  |
| MEDICAMENTOS                                                                   | Drogas Antineoplásicas                                           | 30%  |  |  |
|                                                                                | Drogas Inmunosupresoras                                          | 30%  |  |  |
|                                                                                | Medicamentos Ambulatorios de Marca y Bioequivalentes de Marca    | 30%  |  |  |
|                                                                                | Medicamentos Ambulatorios Genéricos y Bio equivalentes Genéricos | 100% |  |  |
| PRÓTESIS Y ÓRTESIS                                                             | Prótesis (excluye prótesis dentales) y Órtesis                   | 50%  |  |  |
|                                                                                | Plantillas Ortopédicas                                           | 50%  |  |  |
|                                                                                | Aparatos Auditivos                                               | 50%  |  |  |
|                                                                                | Marcos, Cristales Ópticos                                        | 50%  |  |  |
| ADICIONALES                                                                    | Fonoaudiología con Reembolso                                     | 50%  |  |  |
|                                                                                | Fonoaudiología con Bonos                                         | 50%  |  |  |
|                                                                                | Servicio de Ambulancia Terrestre y Aéreo                         | 50%  |  |  |
| PSICOLOGÍA /PSIQUIATRÍA                                                        | Consulta Psiquiátrica y/o Psicológica                            | 50%  |  |  |
|                                                                                | Psicopedagogía                                                   | 50%  |  |  |
|                                                                                | Hospitalización Psiquiátrica                                     | 50%  |  |  |
| PROMEDIO BONIFICACIÓN PARA EL GRUPO DE PRESTACIONES DE GASTOS MÉDICOS DE SALUD |                                                                  |      |  |  |

Nota: En caso de discordancia entre los porcentajes de bonificaciones propuestos de las prestaciones y el promedio, prevalecerá el cálculo que realice la Comisión Evaluadora a partir de las distintas bonificaciones.

3.2. DETALLE DE LA OFERTA POR TOPE ANUAL (UF) GRUPO DE PRESTACIONES

| ÍTEM         | DESCRIPCIÓN                                       | TOPE ANUAL MÍNIMO (UF) | TOPE ANUAL PROPUESTO (UF) | OBSERVACIONES |
|--------------|---------------------------------------------------|------------------------|---------------------------|---------------|
| HOSPITALARIO | Día Cama                                          | 20 UF                  |                           |               |
|              | Día Cama UTI - UCI – Intermedio                   |                        |                           |               |
|              | Exceso de día Cama sobre 30 días                  |                        |                           |               |
|              | Servicios Hospitalarios                           |                        |                           |               |
|              | Honorarios Médicos Quirúrgicos                    |                        |                           |               |
|              | Tratamiento Obesidad Mórbida (Cirugía Bariátrica) |                        |                           |               |
|              | Cirugía Maxilo Facial por Accidente               |                        |                           |               |
|              | Cirugía Máxilo Facial por Enfermedad              |                        |                           |               |

|                    |                                                                  |          |  |  |
|--------------------|------------------------------------------------------------------|----------|--|--|
|                    | Gasto Donante Vivo                                               |          |  |  |
|                    | Gasto Donante Post Morten                                        |          |  |  |
|                    | Hospitalario GES                                                 |          |  |  |
| MATERNIDAD         | Parto Normal                                                     | 10 UF    |  |  |
|                    | Parto Cesárea                                                    | 12 UF    |  |  |
|                    | Aborto no Voluntario                                             | 10 UF    |  |  |
|                    | Complicaciones del Parto                                         | 10 UF    |  |  |
|                    | Complicaciones del Embarazo                                      | 10 UF    |  |  |
| AMBULATORIO        | Consultas Médicas con Reembolso                                  | 12 UF    |  |  |
|                    | Consultas Médicas con Bono                                       |          |  |  |
|                    | Exámenes de Laboratorio y Radiológicos con Reembolso             | 12 UF    |  |  |
|                    | Exámenes de Laboratorio y Radiológicos con Bono                  |          |  |  |
|                    | Procedimientos de Diagnóstico con Reembolso (Incluye Yeso)       | 15 UF    |  |  |
|                    | Procedimientos de Diagnóstico con Bono (Incluye Yeso)            |          |  |  |
|                    | Procedimientos Terapéuticos con Reembolso                        |          |  |  |
|                    | Procedimientos Terapéuticos con Bono                             |          |  |  |
|                    | Terapia Ocupacional con Reembolso                                |          |  |  |
|                    | Terapia Ocupacional con Bono                                     |          |  |  |
|                    | Kinesiología con Reembolso                                       |          |  |  |
|                    | Kinesiología con Bonos                                           |          |  |  |
|                    | Cirugía Láser Ocular                                             | 5 UF     |  |  |
|                    | Cirugía Ocular (Excluye Láser)                                   |          |  |  |
|                    | Cirugía Ambulatoria                                              | 10 UF    |  |  |
|                    | Ambulatorio GES                                                  | SIN TOPE |  |  |
| MEDICAMENTOS       | Drogas Antineoplásicas                                           | 8 UF     |  |  |
|                    | Drogas Inmunosupresoras                                          |          |  |  |
|                    | Medicamentos Ambulatorios de Marca y Bioequivalentes de Marca    |          |  |  |
|                    | Medicamentos Ambulatorios Genéricos y Bio equivalentes Genéricos | SIN TOPE |  |  |
| PRÓTESIS Y ÓRTESIS | Prótesis (excluye prótesis dentales) y Órtesis                   | 10 UF    |  |  |
|                    | Plantillas Ortopédicas                                           |          |  |  |
|                    | Aparatos Auditivos                                               |          |  |  |
|                    | Marcos, Cristales Ópticos                                        | 2,5 UF   |  |  |
| ADICIONALES        | Fonoaudiología con Reembolso                                     | 10 UF    |  |  |
|                    | Fonoaudiología con Bonos                                         |          |  |  |
|                    | Servicio de Ambulancia Terrestre y Aéreo                         | 10 UF    |  |  |

|                                                                              |                                       |       |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------|--|--|
| PSICOLOGÍA /PSIQUIATRÍA                                                      | Consulta Psiquiátrica y/o Psicológica | 10 UF |  |  |
|                                                                              | Psicopedagogía                        | 10 UF |  |  |
|                                                                              | Hospitalización Psiquiátrica          | 10 UF |  |  |
| PROMEDIO DEL TOPE ANUAL DEL GRUPO DE PRESTACIONES DE GASTOS MÉDICOS DE SALUD |                                       |       |  |  |

Recuerde que, para el cálculo del promedio del tope anual de gastos médicos de salud, NO debe considerar aquellas prestaciones en que se solicita que sean SIN TOPE anual.

Nota: En caso de discordancia entre los topes anuales propuestos de las prestaciones y el promedio, prevalecerá el cálculo que realice la Comisión Evaluadora a partir de los distintos topes anuales.

4. DETALLE DE LA OFERTA DE GASTOS DENTALES  
4.1. DETALLE DE LA OFERTA DE BONIFICACIÓN POR EVENTO

| ÍTEM                                                | DESCRIPCIÓN        | BONIFICACIÓN MÍNIMA | BONIFICACIÓN PROPUESTA | OBSERVACIONES |
|-----------------------------------------------------|--------------------|---------------------|------------------------|---------------|
| DENTAL                                              | Periodoncia        | 40%                 |                        |               |
|                                                     | Endodoncia         | 40%                 |                        |               |
|                                                     | Ortodoncia         | 40%                 |                        |               |
|                                                     | Prótesis Fija      | 40%                 |                        |               |
|                                                     | Cirugía Bucal      | 40%                 |                        |               |
|                                                     | Operatoria Dental  | 40%                 |                        |               |
|                                                     | Radiología         | 40%                 |                        |               |
|                                                     | Disfunción         | 40%                 |                        |               |
|                                                     | Odontopediatría    | 40%                 |                        |               |
|                                                     | Urgencia           | 40%                 |                        |               |
|                                                     | Prótesis Removible | 40%                 |                        |               |
|                                                     | Implantología      | 40%                 |                        |               |
|                                                     | Laboratorio        | 40%                 |                        |               |
|                                                     | Diagnóstico        | 40%                 |                        |               |
| TOTAL PROMEDIO DE BONIFICACIONES DE GASTOS DENTALES |                    |                     |                        |               |

Nota: En caso de discordancia entre los porcentajes de bonificaciones propuestos de las prestaciones y el promedio, prevalecerá el cálculo que realice la Comisión Evaluadora a partir de las distintas bonificaciones.

4.2. DETALLE DE LA OFERTA POR TOPE ANUAL (UF) GRUPO DE PRESTACIONES

| ÍTEM                                                | DESCRIPCIÓN        | TOPE ANUAL (UF) | TOPE ANUAL OFERTADO | OBSERVACIONES |
|-----------------------------------------------------|--------------------|-----------------|---------------------|---------------|
| DENTAL                                              | Periodoncia        | 5 UF            |                     |               |
|                                                     | Endodoncia         |                 |                     |               |
|                                                     | Ortodoncia         |                 |                     |               |
|                                                     | Prótesis Fija      |                 |                     |               |
|                                                     | Cirugía Bucal      |                 |                     |               |
|                                                     | Operatoria Dental  |                 |                     |               |
|                                                     | Radiología         |                 |                     |               |
|                                                     | Disfunción         |                 |                     |               |
|                                                     | Odontopediatría    |                 |                     |               |
|                                                     | Urgencia           |                 |                     |               |
|                                                     | Prótesis Removible |                 |                     |               |
|                                                     | Implantología      |                 |                     |               |
|                                                     | Laboratorio        |                 |                     |               |
|                                                     | Diagnóstico        |                 |                     |               |
| PROMEDIO DE PRESTACIONES ANUALES DE GASTOS DENTALES |                    |                 |                     |               |

Nota: En caso de discordancia entre los topes anuales propuestos de las prestaciones y el promedio, prevalecerá el cálculo realizado por la Comisión Evaluadora a partir de los distintos topes anuales.

Nota N°1: Declaro tener conocimiento que en caso de que ofrezca un porcentaje o valor inferior a cualquiera de los ítems pertenecientes a los grupos de prestaciones establecidos como mínimos en las Bases Técnicas, mi oferta será declarada inadmisibile.

Nota: Declaro haber estudiado y aceptado las Bases Administrativas Generales, Bases Administrativas Especiales y Bases Técnicas y demás documentos anexos como todos los antecedentes que forman parte del presente proceso licitatorio, verificando la total concordancia entre ellos.

Dejo constancia además que he verificado todos los antecedentes para fijar el valor de la propuesta.

NOTA: Declaro haber estudiado y aceptado las Bases Administrativas y Bases Técnicas, y demás documentos Anexos como todos los antecedentes que forman parte de este proyecto, verificando la total concordancia entre ellos.

Oferente o Representante Legal

Firma .....

Nombre .....

R.U.T. ....



FORMULARIO Nº 4  
ANEXO ECONÓMICO

OFERTA ECONÓMICA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE O RAZON SOCIAL

|        |  |
|--------|--|
| NOMBRE |  |
| R.U.T. |  |

2. EXENCIÓN DE IVA

A continuación, indique si los valores unitarios que declarará en el presente formulario, se encuentran o no exentos de IVA:

|                                   |                   |
|-----------------------------------|-------------------|
| Valores unitarios exentos de IVA: | Sí _____ No _____ |
|-----------------------------------|-------------------|

2. DETALLE DE LA OFERTA

| CATEGORÍA                                                                                     | VALOR UNITARIO MENSUAL EN UF DE GASTOS MÉDICOS DE SALUD Y DENTAL POR SOCIO/A Y SUS CARGAS LEGALES |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD<br>O<br>SISTEMA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS DE SALUD Y DENTAL |                                                                                                   |

**NOTA N°1:** El valor Póliza o Contrato Mensual individual por Socio deberá incluir las cargas legales reconocidas en Recursos Humanos de la Municipalidad de los afiliados.

**NOTA N°2:** Declaro haber estudiado y aceptado las Bases Administrativas Generales, Bases Administrativas Especiales y Bases Técnicas, y demás documentos Anexos como todos los antecedentes que forman parte de este proyecto, verificando la total concordancia entre ellos.

Oferente o Representante Legal

Firma  
.....  
Nombre  
.....  
R.U.T.  
.....

Anótese, Comuníquese, Publíquese, Archívese  
Por Orden del Alcalde

Daniela  
Constanza  
Flores  
Bahamonde  
Secretaría Municipal  
I. Municipalidad de Renca

Firmado digitalmente por Daniela Constanza Flores Bahamonde  
Fecha: 2025.10.14 13:59:03'00'

Humberto  
Julián  
Gallardo Ban  
Administrador Municipal  
I. Municipalidad de Renca

Firmado digitalmente por Humberto Julián Gallardo Ban  
Fecha: 2025.10.14 12:52:20-03'00'

**DISTRIBUCION:**  
Secretaría Municipal.  
Dirección Jurídica.  
Dirección de Gestión de Personas  
Dirección de Administración y Finanzas.  
Secplan  
Dirección de Control.  
Archivo Oficina de Partes.  
**ID-243228**

Luis  
Alberto  
Jorquera  
Munita

FABIAN BERNARDO AGUILERA RODRIGUEZ  
Firmado digitalmente por FABIAN BERNARDO AGUILERA RODRIGUEZ  
Fecha: 2025.10.08 12:26:26-03'00'