



REPÚBLICA DE CHILE
I. MUNICIPALIDAD DE CONCÓN

DECRETO N°: 2 4 9 2 /
EN CONCÓN, 0 7 NOV 2018

VISTO Y TENIENDO PRESENTE:

- a) Ley N° 19424 que creó la comuna de Concón.
- b) La Ley N° 19.886, de Compras y Contrataciones Públicas y su reglamento, Decreto N° 250. Artículo N° 10, número 7, letra m): “*Cuando se trate de la contratación de servicios especializados inferiores a 1.000UTM, de conformidad con lo establecido en el artículo 107 del presente reglamento*”
- c) La Ley N° 20.730 que regula el lobby y las gestiones que representen intereses particulares ante las autoridades y funcionarios, Art. 4°, número 7.
- d) El Artículo 21-B de la Ley 10.336 Orgánica Constitucional de la Contraloría General de la República.
- e) Solicitud de Pedido N° 335, de fecha 29 de octubre del 2018, requerida por la dirección del Departamento de Salud Municipal, CESFAM, para Adquisiciones.
- f) Certificado Disponibilidad Presupuestaria N° 241, de fecha 31 de octubre 2018, que consigna Cuenta presupuestaria, monto y modalidad de compra del requerimiento.
- g) Términos de Referencia y Formulario Anexo para realizar la contratación de los servicios especializados.
- h) Decreto Alcaldicio N° 781, de fecha 22 de marzo 2018 que aprueba convenio “Programa Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica”.
- i) En uso de las facultades que me confieren los Artículos 56 y 63 del D.F.L. N°1 del Ministerio del Interior de fecha 09 de mayo del 2006, publicados en el Diario Oficial el 26 de julio del 2006, que fija texto refundido, coordinado, sistematizado y actualizado de la Ley Nro. 18.695 “Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus posteriores modificaciones”.

CONSIDERANDO:

- ✓ Que según Solicitud de Pedido N° 335, de fecha 29 de octubre del 2018, requerida por el director del Centro de Salud Familiar, CESFAM, se requiere contratar los servicios profesionales de un Odontólogo, para el “Programa Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica”.
- ✓ Que dichos servicios son estrictamente necesarios para la ejecución del Programa anteriormente mencionado, puesto que su realización está sujeto a cumplimiento de metas.
- ✓ Que el proveedor a contratar tiene comprobada experiencia en el rubro prestando este tipo de servicios y es quien cumple de mejor manera con lo requerido, por cuanto se ajusta en precio, tiempo y calidad del servicio.

DECRETO

1. **AUTORÍCESE**, los Términos de Referencia y Formulario Anexo que se señalan a continuación:

TERMINOS DE REFERENCIA

**“CONTRATACIÓN SERVICIOS PROFESIONALES PROGRAMA ODONTOLÓGICO
MEJORAMIENTO”.**

I. INTRODUCCIÓN:

El departamento de Salud Municipal Concón, en cumplimiento de los programas de Salud pública emanadas por el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, requiere de la contratación de los servicios profesionales para el desarrollo del Programa Odontológico Mejoramiento.

II. REQUISITO PROFESIONAL:

- a) El Oferente que se invita quien deberá acreditar su idoneidad según la normativa vigente y que debe cumplir con los demás requisitos mínimos establecidos en las presentes bases, que se adjuntan al decreto de invitación, que además aprueba estos términos.
- b) Anexo N°1, formulario de identificación del oferente.
- c) Plan de trabajo.
- d) Garantías.
- e) Curriculum vitae.
- f) Fotocopia simple título profesional.
- g) Certificado de inscripción en Superintendencia de Salud.
- h) Diplomado quirúrgico protésico en implantología.
- i) Título especialista en endodoncias.

III. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO:

El servicio consiste en lo siguiente:

ENDODONCIAS UNIRRAIDCULARES/BIRRADICULARES MEJORAMIENTO ACCESO ODONTOLOGICO COMPONENTE 1.1.

El servicio consiste en lo siguiente:

- ☐ Realizar un **estimativo** de 23 endodoncias
- ☐ Realizar endodoncias en dientes uniradiculares y biradiculares según interconsulta.
- ☐ Realizar controles de usuarios tratados post endodoncia.
- ☐ Garantizar que la prestación sea realizada con expertos y profesionalismo
- ☐ Prestar la asistencia profesional cuando el referente, profesional o encargado lo requiera.
- ☐ El servicio tendrá una vigencia hasta el 31 de diciembre del 2018, hasta agotar ítem presupuestario para el efecto, y podrá extenderse máximo al 31 de Enero del 2019 según previa autorización y evaluación por parte de la Dirección del CESFAM.
- ☐ Debe contar con una garantía de 12 meses posterior a la entrega del servicio.



REHABILITACION PROTESICA MEJORAMIENTO ACCESO ODONTOLOGICO**COMPONENTE 1.2****El servicio consiste en lo siguiente:**

- Realizar un estimativo de 28 prótesis de acrílico parciales y/o totales.
- Realizar prótesis dentales de acrílico totales y/o parciales según interconsulta
- Garantizar los adecuados controles durante la pre instalación y pos instalación. (3 controles mínimo)
- Garantizar que la prestación sea realizada con expertos y profesionalismo
- Prestar la asistencia profesional cuando el referente, profesional o encargado lo requiera.
- El servicio tendrá una vigencia hasta el 31 de diciembre del 2018, hasta agotar ítem presupuestario para el efecto, y podrá extenderse máximo al 31 de Enero del 2019 según previa autorización y evaluación por parte de la Dirección del CESFAM.
- Debe contar con una garantía de 12 meses posterior a la entrega del servicio

IV. CONTRAPARTE TÉCNICA

Se establece como contraparte técnica al Director del Centro de Salud Familiar Concón o quien lo subrogue.

V. MODALIDAD DE LOS SERVICIOS

El profesional deberá velar permanentemente por el cumplimiento de su labor dentro de los horarios y plazos acordados; y que se realicen con la coordinación que la prestación amerita, para lo cual adoptará todas las medidas y precauciones pertinentes y que sean aceptadas por la Contraparte Técnica.

La prestación de este servicio se efectuará en el Centro de Salud Familiar de la Comuna de Concón.

VI. PRESUPUESTO DISPONIBLE.

El Monto aproximado Total Disponible para el servicio es de \$ 3.500.242.- con impuesto incluido, y considera el valor de mercado para este tipo de tipo de servicios.

DETALLE	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	TOTAL
Valor unitario por prótesis	28	\$ 70.589.-	\$1.976.492.-
Valor unitario por endodoncias	23	\$ 66.250.-	\$ 1.722.500.-

El presupuesto disponible tendrá una vigencia hasta el 31 de diciembre del 2018. Con la posibilidad de prorrogar el presente contrato hasta el 31 de enero del 2019. Según previa autorización y evaluación por parte de la Dirección del CESFAM.

VII. CANCELACIÓN.

La cancelación se realizará en el Departamento Municipal de Salud, previa recepción de los antecedentes una vez finalizado el mes, en unidad de Convenios del Departamento de Salud Municipal de Concón, existiendo un plazo de 10 (diez) días hábiles para generar el pago. En caso de encontrar inconsistencia en algunos de los antecedentes recepcionados, la boleta será regresada y los tiempos se iniciarán desde su nueva entrega.

Los documentos por adjuntar serán los siguientes:

- Boleta de honorarios.
- Informe de funciones ya actividades realizadas, visado por jefe de programa del Departamento de Salud de Concón y en su reemplazo al Director del Centro de Salud Familiar Concón o quien lo subrogue.
- Registro de Asistencia, visado por jefe de programa del Departamento de Salud de Concón y en su reemplazo al Director del Centro de Salud Familiar Concón o quien lo subrogue.

Se emitirá una Orden de Compra por el servicio prestado, de acuerdo con el detalle de factura o Boleta Honorarios presentada, debidamente recepcionada y certificada. Los servicios provistos se cancelarán en pesos chilenos.

La cancelación y continuidad del servicio, quedará sujeta, a los recursos financieros traspasados por el Servicio de Salud de Viña del Mar Quillota al Departamento de Salud Municipal de Concón. De existir suspensión de los recursos financieros de este convenio, el contrato será finiquitado.

El Departamento de Salud Municipal de Concón no pagará intereses, reajustes ni indemnizaciones, en ninguna circunstancia, por atraso en los pagos.



TERMINOS DE REFERENCIA
“CONTRATACIÓN SERVICIOS PROFESIONALES PROGRAMA ODONTOLOGICO
MEJORAMIENTO”.

ANEXO N° 1

FORMULARIO DE IDENTIFICACIÓN DEL OFERENTE

A- NOMBRE: _____

B- CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

C- PROFESION DEL PROPONENTE: _____

D- DOMICILIO DEL PROPONENTE:

CALLE: _____

N°: _____

DEPTO/OF: _____

COMUNA: _____ **CIUDAD:** _____

E- TELEFONO: _____

F- EMAIL: _____


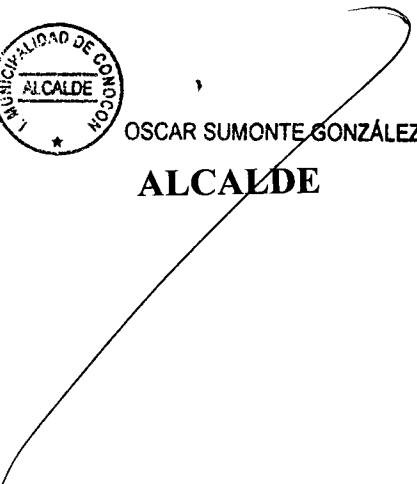
FIRMA DEL OFERENTE

Lugar y Fecha: _____, ____/____/____

2. **PROCÉDASE**, a invitar a través del Portal Mercado Público y solicitar los antecedentes Académicos, Laborales, Técnicos y económicos, necesarios para la Contratación de los servicios especializados que acrediten idoneidad profesional del proveedor Sr.: **LUIS ALBERTO ORDOÑEZ IZQUIERDO**, RUT: [REDACTED] para la prestación de los servicios profesionales en el "Programa Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica".
3. **DESIGNESE**, sujetos pasivos a la Comisión de análisis de los antecedentes presentados a los funcionarios: Manuel Cantarero D., RUT: [REDACTED] Director del Departamento de Salud Municipal, Carlos Muños R., RUT: [REDACTED] Director del Centro de Salud Familiar, CESFAM y Aurora Álvarez G., RUT: [REDACTED] Encargada Programa Mejoramiento, del Centro de Salud Familiar, CESFAM o quienes los subroguen, en la contratación de un Odontólogo para el "Programa Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica". Formadas en el marco de la Ley N°19.886, sólo en lo que respecta al ejercicio de dichas funciones y mientras integren las Comisiones, de acuerdo a lo establecido en la Ley N°20.730, Artículo 4, numeral 7.
4. **CUMPLASE**, por los funcionarios designados en el numeral 3 del presente Decreto Alcaldicio lo que establece la Ley N°20.730, en lo concerniente a sus funciones.
5. **PROCÉDASE**, a la publicación respectiva del presente Decreto Alcaldicio en esta contratación de servicios especializados en el portal www.mercadopublico.cl.
6. **DISTRIBUYASE**, por Secretaria Municipal el presente Decreto Alcaldicio de acuerdo a lo consignado en su distribución.
7. **ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.**



LILIANA ESPINOZA GODOY
SECRETARIA MUNICIPAL



OSCAR SUMONTE GONZÁLEZ
ALCALDE

Distribución

1. Sec. Municipal
2. Dirección de Control
3. Adquisiciones Salud

OSG/MEG/MCD/mml

I. MUNICIPALIDAD DE CONCON		
Dirección de Control		
Objetado	Observado	Revisado

MUNICIPALIDAD DE CONCON
DEPTO. DE CONTROL
06 NOV 2018
RECIBIDO HORA: 10:10.