

Parral,

DECRETO EXENTO N°

VISTOS:

1. La Solicitud de Compras N° 1076, de don Javier Alegría Ortega, Secretario de Bienestar del Departamento de Salud de Parral.
2. El Decreto Exento N° 6.283, de fecha 27.11.2023, que aprueba las Bases Administrativas, Anexos y demás antecedentes, de la Licitación Pública, denominada “PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD BIENESTAR PARRAL 2024”, ID 1754-49-LP23.
3. El Oficio N° 709, de fecha 14.12.2023, que contiene el informe técnico de la Comisión Evaluadora, con sugerencia de adjudicación.
4. El Oficio N° 710, de fecha 14.12.2023, que solicita al Concejo Municipal la aprobación para suscribir contrato y adjudicar la licitación “PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD BIENESTAR PARRAL 2024”, ID 1754-49-LP23.
5. LA SESIÓN DEL CONCEJO MUNICIPAL, de fecha 19.12.2023, que autoriza la adjudicación de la licitación antes referida por un monto superior a las 500 UTM.
6. El Decreto Exento N° 6.758, de fecha 19.12.2023, que adjudica la licitación “PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD BIENESTAR PARRAL 2024”, ID 1754-49-LP23.
7. El Decreto Afecto N° 2.165, de fecha 19.12.2023, que aprueba presupuesto del Departamento de Salud, para el año 2024 y sus modificaciones posteriores.
8. La Sentencia definitiva de fecha 10.06.2021 dictada por el Tribunal Electoral Regional del Maule.
9. Acta de Proclamación de fecha 16.06.2021 del Tribunal Electoral Regional del Maule.
10. Juramento prestado en Sesión de instalación del Honorable Concejo Comunal de Parral celebrada el 28.06.2021.
11. Declaración de Asunción de funciones efectuada por el Decreto Afecto N° 1.282 del 29.06.2021.
12. El D.F.L. N° 1-3063 de 1980 del Ministerio del Interior.
13. La Ley 19.378 de fecha 13.04.1995, Ministerio de Salud.
14. La ley N° 19.886 de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.
15. Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695, Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones posteriores.

CONSIDERANDO:

1. Que, se realizó una Licitación Pública denominada “PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD BIENESTAR PARRAL 2024”, ID 1754-49-LP23, de conformidad a las Bases Administrativas y demás antecedentes de la licitación que fueron aprobados mediante Decreto Exento N° 6.283, de fecha 27.11.2023.
2. Que, mediante Decreto Exento N° 6.758, de fecha 19.12.2023, se adjudicó a la empresa COOPERATIVA DE SERVICIOS SERMECOOP LTDA., RUT N° 70.375.900-9, para entregar servicio de Plan Complementario de Salud y Seguro Catastrófico para funcionarios y cargas familiares beneficiarios del Servicio de Bienestar del Departamento de Salud Parral.





3. Que, con fecha 02 de enero de 2024, se suscribió Contrato Ad-Referéndum que se adjunta al presente decreto, entre la Ilustre Municipalidad de Parral Rut N° 69.130.700-K y la empresa COOPERATIVA DE SERVICIOS SERMECOOP LTDA.

DECRETO:

1. **APRUÉBESE**, el Contrato Ad-Referéndum, que se adjunta al presente decreto, para entregar servicio de Plan Complementario de Salud y Seguro Catastrófico para funcionarios y cargas familiares beneficiarios del Servicio de Bienestar del Departamento de Salud Parral.
2. **PÁGUESE**, el gasto que se representa el presente decreto exento por el Servicio Bienestar de Salud Municipal.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHIVÉSE.-



ALEXANDRA ROMÁN CLAVIJO
Secretaria Municipal



PAULA RETAMAL URRUTIA
Alcaldesa de Parral

IVV/mfr.-

DISTRIBUCION:

1.- Copia Digital: compras@saludparral.cl / chilecompras@saludparral.cl

UNIDAD JURÍDICA SALUD	DIRECTOR DE SALUD
MARCELA SOTO MEJÍA	DARWIN MAUREIRA TAPIA

CONVENIO DE INCORPORACIÓN AL SISTEMA COMPLEMENTARIO DE SALUD

SERMECOOP E ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

En Santiago, a 02.01.2024, entre **COOPERATIVA DE SERVICIOS SERMECOOP LTDA.**, Rut 70.375.900-9, representada por don **MAURICIO ALEXIS CARCAMO PESCHKE**, Rut 9.402.648-2, ambos con domicilio en calle Monseñor Sotero Sanz 55, piso 4, Comuna de Providencia, Santiago, en adelante SERMECOOP, e Ilustre Municipalidad de Parral, Rut: 69.130.700-K, con domicilio en Aníbal Pinto N°1189, Comuna Parral, Ciudad Parral, representada por su Alcaldesa **PAULA RETAMAL URRUTIA**, Rut: 10.604.200-4, en adelante LA EMPRESA, celebran el siguiente Convenio para la incorporación al Sistema Complementario de Beneficios de Salud SERMECOOP:

PRIMERO: Por el presente instrumento LA EMPRESA contrata el Sistema de Beneficios Complementarios de Salud de SERMECOOP a fin de que éste proporcione todos y cada uno de los beneficios estipulados en este Convenio a los trabajadores y sus cargas familiares, en las modalidades y condiciones que se indican a continuación.

La identificación y descripción detallada de los beneficios y prestaciones administrados por SERMECOOP, es la que se expresa en la propuesta y Anexo I, de condiciones generales adjuntas, los que firmados por las partes, se entienden conocidos por ellas y pasan a formar parte integrante del presente convenio para todos los efectos legales.

Las prestaciones médicas que no se encuentren detalladas en la Planilla de Cobertura, contenida en el Anexo I, señalado en el párrafo anterior, se entienden que serán bonificadas, siempre y cuando, no se encuentren taxativamente indicadas en el punto N°5 (de las exclusiones) del mismo.

Para todos los efectos que se deriven del presente Convenio, se entenderá por:

Beneficiario(s): Las personas que tengan derecho a reclamar las prestaciones que contempla el Sistema de Beneficios Complementarios de Salud de SERMECOOP;

Titular: Los dependientes de LA EMPRESA, vinculados con ésta en virtud de un contrato de trabajo o de prestación de servicios profesionales o técnicos, estos últimos previa calificación de Sermecoop, y que encuentren incluidos por LA EMPRESA en la Nómina de Beneficiarios adscritos al Convenio;

Cargas Legales:

- Se entiende por cargas legales las reconocidas por la caja de compensación correspondiente, o entidad competente, las que deberán ser debidamente acreditadas por certificado que emita dicha institución.



SEGUNDO: El listado con los beneficiarios incluidos en este contrato, el que incluye a los trabajadores y a sus cargas familiares, reconocidas por la entidad competente, ha sido proporcionada por LA EMPRESA y anexado a este Convenio conjuntamente con la propuesta. Estos beneficiarios podrán hacer uso de los beneficios desde el inicio del Convenio.

Podrán incorporarse a los beneficios del presente Convenio, en calidad de beneficiarios y con sus respectivas cargas, las personas que, con posterioridad a la entrada en vigencia del convenio, recién se incorporen a LA EMPRESA o pasen a régimen de contrato indefinido o se incorporen a su bienestar, según las políticas de LA EMPRESA y previa calificación de Sermecoop; y las nuevas cargas familiares de los trabajadores incluidos en la nómina, que se deriven del matrimonio, unión civil, nacimiento o adopción acaecido con posterioridad a la fecha de entrada en vigencia del Convenio.

La incorporación se debe hacer a través de un formulario que SERMECOOP proporcionará para tales efectos, el que deberá ser firmado y timbrado por la empresa, indicando el motivo de la solicitud y adjuntando la documentación que corresponda.

La fecha máxima de incorporación para todos estos casos es de 30 días después de ocurrido el evento.

El plazo mínimo de permanencia para un beneficiario en el sistema de beneficios complementarios de salud, es de 12 (doce) meses. En caso que después de este plazo el beneficiario decide renunciar a los beneficios indicados, solo podrá reincorporarse a ellos transcurridos 12 (doce) meses desde la renuncia.

2

En todo caso, sólo podrán hacer uso de los beneficios de Sermecoop los trabajadores activos de LA EMPRESA, esto es, con contrato de trabajo vigente u otra forma de contratación que lo ligue en forma permanente a ella previa calificación de Sermecoop y las cargas familiares de ellos incluidos en el listado señalado en la cláusula anterior. La desvinculación de un trabajador con LA EMPRESA pondrá término a este Convenio y sus beneficios, respecto de este trabajador y sus cargas.

TERCERO: Los montos a pagar mensualmente por LA EMPRESA a SERMECOOP, por este Convenio serán los que se señalan en la siguiente tabla de valores:

ITEM N°	Comprador	VALOR UNITARIO (UF) POR BENEFICIARIO
1	Plan Complementario de Salud Para el Servicio de Bienestar del Departamento de Salud de Parral.	0.568

Si la población beneficiaria presentara cualquier modificación en forma posterior a la entrada en vigencia del Convenio, ya sea en cantidad como en composición, el valor definitivo podría variar,

reservándose SERMECOOP el derecho de ajustar el valor único por trabajador. Si la empresa rechazara el incremento en el valor único indicado, SERMECOOP podrá poner fin al presente convenio de conformidad con lo expuesto en el artículo NOVENO.

Dicho incremento deberá ser aprobado, en su caso, con una anticipación de al menos 30 días de la fecha en que se podrá exigir la prestación respectiva.

Se incluye dentro de las prestaciones, la contratación a favor, exclusivamente de los trabajadores de LA EMPRESA beneficiarios del contrato y excluidas expresamente sus cargas familiares, un Seguro Catastrófico. Al efecto, LA EMPRESA pagará los aportes adicionales que se señalan en los esquemas que se transcriben a continuación, respecto de cada uno de los riesgos, beneficios y cobertura que estos señalan:

SEGURO CATASTRÓFICO

SEGURO CATASTRÓFICO			
APORTE MENSUAL POR TITULAR (UF)		CAPITAL ASEGURADO (UF)	DEDUCIBLE (UF)
Aporte	0,0400	1.000	100
* Cobertura sólo para titulares			

3

SEGURO CATASTRÓFICO	
BENEFICIO HOSPITALIZACION	% DE REEMBOLSO
Día Cama	100%
Servicios Hospitalarios	100%
Honorarios Médicos	100%
Cirugía Dental por Accidente	100%
Servicio de Enfermera	100%
Servicio de Ambulancia	100%
Prótesis Quirúrgicas	HASTA UF 100
BENEFICIO AMBULATORIO	% DE REEMBOLSO
Consultas Médicas	100%
Exámenes de Laboratorio	100%
Imagenología	100%
Procedimientos	100%
Ambulancia	100%
Farmacia	50%
GASTOS EXTRANJERO	50%
SIN COBERTURA ISAPRE O FONASA	50%



A los efectos de hacer exigible la indemnización que corresponde efectuar a la compañía de seguros, los trabajadores beneficiarios deberán presentar, previamente, la declaración de salud que exija dicha compañía. Con todo, dicha declaración deberá ser presentada dentro del plazo de 30 días siguientes al inicio de la vigencia del presente convenio.

En el evento de licencia médica del beneficiario del seguro o seguros contratados en su provecho, la Empresa se obliga a informar al beneficiario, los efectos que puede acarrear el no pago de las primas respectivas, caducidad del seguro eventualmente, a fin que dicha persona esté informado cabalmente del riesgo en que incurre, sin responsabilidad alguna para Sermecoop.

Se deja establecido que LA EMPRESA cuenta con un número de trabajadores de 336 titulares y 204 cargas familiares, según lo definido en la propuesta comercial final.

El número total de beneficiarios del presente Convenio no podrá disminuir a menos de un 80% con respecto al número de trabajadores al inicio de este convenio.

La desvinculación de un trabajador con LA EMPRESA pondrá término a este contrato y sus beneficios, respecto de este trabajador.

CUARTO: Los aportes asociados al presente Convenio, deberán enterarse por LA EMPRESA a SERMECOOP dentro de los 10 primeros días de cada mes en la modalidad pago modalidad de pago mes vencido. LA EMPRESA deberá efectuar los aportes y pagos asociados al presente Convenio, aun cuando ésta no haya efectuado los descuentos que corresponda o no haya pagado las remuneraciones del periodo respectivo por cualquier causa. Transcurridos estos 10 días y no habiendo enterado los aportes, Sermecoop estará autorizada a bloquear el pago de beneficios.

Todas las vinculaciones y desvinculaciones de los trabajadores que sean informadas antes del 13 del mes en curso, serán incorporadas o rebajadas de la nómina de ese mes. Por el contrario, si estas son informadas después del 13 del mes en curso, estos trabajadores serán cobrados dentro de la nómina del mes en el caso de las desvinculaciones y cobradas al mes siguiente en el caso de vinculaciones.

El atraso en estos pagos por parte de LA EMPRESA devengará un interés mensual, por todo el período del simple retraso o mora, correspondiente al interés máximo convencional para operaciones de crédito de dinero en moneda nacional reajutable.

Sin perjuicio de lo anterior, SERMECOOP se reserva el derecho de suspender el otorgamiento de beneficios hasta que se verifique el pago de los aportes y demás descuentos asociados que se encuentren vencidos. El simple retraso, mora o retardo, en el pago cabal, íntegro y oportuno del aporte



convenido, en dos meses consecutivos, o alternados, dará derecho a Sermecoop a poner término anticipado al presente Convenio, sin más trámite, por incumplimiento grave de la Empresa.

Los pagos se efectuarán en los formularios y con los procedimientos administrativos que proporcione la Administración de SERMECOOP.

QUINTO: Para los efectos de una adecuada comunicación entre las partes, canalización de información y/o procedimientos sobre prestaciones y beneficios y cualquier otra materia atinente a la marcha del Convenio, LA EMPRESA designa como sus representantes ante SERMECOOP a **PAULA RETAMAL URRUTIA**, quién estará facultado para autorizar las incorporaciones de los trabajadores y cargas de LA EMPRESA y para suscribir y comprometer a LA EMPRESA a cancelar a SERMECOOP los aportes mensuales que correspondan a los trabajadores afectos a este convenio.

El mandato que LA EMPRESA otorga PAULA RETAMAL URRUTIA estará vigente mientras SERMECOOP no comunique por escrito (**correo electrónico u otro medio idóneo**) a LA EMPRESA que ha tomado conocimiento de la cesación del mandato de los mandatarios señalados en el párrafo anterior.

SEXTO: De otras obligaciones de LA EMPRESA:

- A. Informar a los beneficiarios u otros legítimos interesados, sobre la contratación del plan complementario de salud, sus condiciones y modificaciones.
- B. Informar oportunamente de la cesación de los contratos de los trabajadores que estén afectos a este Convenio con SERMECOOP, con el fin de que sean informadas las deudas que estos trabajadores mantengan con este servicio médico complementario, así como para bloquear al ex trabajador y sus cargas, en su caso, en su carácter de beneficiarios y de los sistemas, IMED y farmacia. Es responsabilidad de la empresa los costos que se generen en el evento de que un trabajador desvinculado y no informado a SERMECOOP, presenta gastos posteriores a la fecha de desvinculación.
- C. Realizar todas las gestiones necesarias para que el trabajador dé cumplimiento a los compromisos económicos contraídos con SERMECOOP.
- D. Asegurar por todos los medios a su alcance, la ejecución de los descuentos mensuales por planilla de remuneraciones, de las sumas adeudadas y comprometidas, si las hubiera, de cada trabajador sujeto al presente Convenio.
- E. Enterar y pagar, íntegra, oportuna y cabalmente en SERMECOOP los precios y valores contemplados en el presente contrato. Dichos precios y valores a pagar y enterar por LA EMPRESA mensualmente,

y en la época o lapso fijado para ello, deberán ser equivalentes al **100%** del aporte señalado en el artículo tercero por cada trabajador y cargas informadas, además de los pagos que correspondan a las prestaciones adicionales que se hubieren efectuado.

SÉPTIMO: Será de cargo de los beneficiarios del presente Convenio, o de quien los represente en virtud de éste, requerir el pago de las prestaciones a las que SERMECOOP se compromete, mediante la presentación de la solicitud respectiva y de los antecedentes fidedignos, auténticos y originales de los comprobantes legales que acrediten el precio y naturaleza de los servicios médicos y dentales, en caso de contar con cobertura dental, cuyo cofinanciamiento se requiera a SERMECOOP.

A los efectos, SERMECOOP establece una Unidad de Contraloría. En caso de duda por parte de la Contraloría de SERMECOOP, sobre la procedencia del pago de alguna prestación, éste no será efectuado mientras no se acredite debidamente su fundamento. LA EMPRESA, hará las gestiones necesarias a fin de que se efectúen las aclaraciones respectivas y procurará, en su caso, la comparecencia personal del beneficiario para practicar las comprobaciones correspondientes.

En el caso de impetrarse u obtenerse indebidamente un beneficio mediante acciones fraudulentas, como la presentación de comprobantes falsos o falsificados, adulterados o confeccionados de manera irregular, la persona que los haya presentado será excluida del presente convenio. En el evento que un beneficiario, sin motivo que lo justifique, se niegue a cumplir exigencias de Sermecoop para acceder a los beneficios de ésta, como podría ser el caso que una persona sometida a atención médica o dental, en caso de contar con cobertura dental, no se someta, por ejemplo, a una auditoría médica, también dicha persona podrá ser excluida del presente convenio.

Asimismo, SERMECOOP informará en detalle sobre la materia a las autoridades de la empresa y de la organización de trabajadores a la que pertenezca el responsable, sin perjuicio de las acciones penales y civiles que correspondan para la sanción de las conductas ilegales y la reparación de los perjuicios causados por tal conducta.

OCTAVO: Los documentos proporcionados por los socios y beneficiarios a la cooperativa para el ejercicio de los derechos que contempla el estatuto social y el presente convenio, pertenecerán a la Cooperativa. El beneficiario siempre tendrá derecho a solicitar copia de los mismos en el caso que el documento solicitado sólo se refiera a sus propios antecedentes y cuya antigüedad no sea superior a 6 (seis) meses. Cumpliéndose las condiciones señaladas precedentemente, la Cooperativa tendrá un plazo máximo de 30 (treinta) días hábiles para la entrega de cualquier copia de documento solicitado por escrito, a contar de la fecha de la solicitud.

NOVENO: El presente contrato tendrá vigencia a contar del **01-01-2024 y hasta el 31-12-2024.**

En el lapso que media entre los treinta y sesenta días, antes de cumplirse el período de vigencia de este contrato, SERMECOOP informará a LA EMPRESA los montos a pagar por cada trabajador asociado durante el próximo período anual. Durante el mismo plazo LA EMPRESA tendrá derecho a solicitar a SERMECOOP la evaluación de este nuevo precio y/o solicitar una nueva propuesta. Sólo en el caso que LA EMPRESA acepte a través de un mail o carta, los nuevos valores que SERMECOOP proponga, el Convenio se entenderá renovado por un nuevo período anual, a contar del término del convenio en curso, en los nuevos términos que SERMECOOP proponga y la EMPRESA acepte. Para hacer valer esto, es necesario firmar un anexo de contrato dentro del mes en que se inicia la renovación.

En todo caso, la terminación de la vigencia de este contrato no libera a LA EMPRESA del pago a SERMECOOP de los aportes y de toda otra suma de dinero cuyo pago se haya devengado y se encuentre pendiente a la fecha de la terminación de este contrato.

Con todo, SERMECOOP o LA EMPRESA podrá poner término anticipado al presente contrato avisando mediante carta certificada al domicilio de la otra parte con a lo menos 30 días de anticipación. Al término del respectivo contrato, por el motivo que sea, la empresa tendrá un plazo único de 30 días para presentar solicitudes y sus respectivos comprobantes que provengan de prestaciones incurridas durante la vigencia del contrato y que no se hayan presentado a cobro antes de su término. Además, las liquidaciones de estos documentos pendientes serán realizadas en dos fechas distintas: los días 15 del mes siguiente al término del contrato (o en su defecto, el día hábil anterior si es que éste es día inhábil) y el primer día hábil del mes subsiguiente.

DÉCIMO: Cualquier diferencia y/o dificultad que se origine con ocasión de la aplicación, interpretación, cumplimiento y vigencia del presente contrato, que no pueda ser superada de común acuerdo en un lapso de 15 días corridos, contados desde que ella fue denunciada por escrito a la otra parte, haya o no respuesta a la referida denuncia, será resuelta por un árbitro mixto designado por el Centro de Arbitrajes y Mediación de las Cámara de Comercio de Santiago, facultándole irrevocablemente para ello. El árbitro se sujetará al Reglamento de procedimiento de ese Centro.

UNDÉCIMO: Para todos los efectos, las partes fijan su domicilio en la ciudad y Comuna de Santiago.

DUODÉCIMO: Este contrato y sus anexos se extienden en 2 ejemplares del mismo tenor y validez, quedando uno en poder de cada una de las partes.

El contrato y sus anexos deben ser firmados por ambas partes dentro de un plazo máximo de 20 días, a contar de su entrada en vigencia. SERMECOOP podrá suspender el otorgamiento de beneficios después de transcurrido este plazo, hasta que se reciba el documento firmado.



DÉCIMO TERCERO: La personería de don **MAURICIO ALEXIS CÁRCAMO PESCHKE** para representar a COOPERATIVA DE SERVICIOS SERMECOOP LTDA., consta en el Acta del Consejo de Administración reducida a escritura pública, repertorio 4273-2021 del 11 de agosto de 2021, otorgada en la Novena Notaria de Santiago de don Pablo González Caamaño

La personería de doña **PAULA RETAMAL URRUTIA** para representar a LA EMPRESA consta en Decreto Exento N°1.282 de fecha 29 de junio de 2021.

**MAURICIO
ALEXIS
CARCAMO
PESCHKE**

Firmado digitalmente
por MAURICIO ALEXIS
CARCAMO PESCHKE
Fecha: 2024.01.04
16:01:17 -03'00'

MAURICIO ALEXIS CÁRCAMO PESCHKE
REPRESENTANTE LEGAL
SERMECOOP LTDA
RUT N°: 70.375.900-9

PAULA RETAMAL URRUTIA
ALCALDESA DE PARRAL
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL
RUT N°: 69.130.700-K



Consejo de Administración

Cooperativa de Servicios SERMECOOP Limitada.

Presente

Empresa:	ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL		
RUT:	69.130700-K	Número de Trabajadores:	336
Domicilio:	ANIBAL PINTO N°1189		
Comuna:	PARRAL	Ciudad:	PARRAL
Representante Legal:	PAULA RETAMAL URRUTIA	C.I.:	10.604.200-4

Por la presente en virtud del artículo 13° del Reglamento de la Ley General de Cooperativas vengo en solicitar la aceptación de la calidad de socia de la Cooperativa de Servicios Médicos SERMECOOP Limitada., de ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL que represento, y que se ha individualizado.

Número de Cuotas de Participación que Suscribe:
Número de Cuotas de Participación que paga en este acto:
Forma de pago de las cuotas de participación suscritas y no pagadas:

En cumplimiento de los artículos 5° y 6° de los Estatutos, se adjunta a la presente la nómina de trabajadores de ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL, que tendrán la calidad de beneficiarios de los servicios de la cooperativa. Los cambios respecto de éstos se harán de conformidad al convenio suscrito entre las partes, así como la fijación de los pagos mensuales que se deberán efectuar a los efectos de brindar los servicios a los beneficiarios.

Declaro que se me ha proporcionado copia de los balances correspondientes a los dos últimos ejercicios; copia del estatuto social y la nómina de los miembros del Consejo de Administración de la Cooperativa.

Igualmente declaro conocer en este acto que, si mi ingreso como socio se produjese entre el 31 de diciembre y la fecha de celebración de la Junta General de Socios, el valor de la cuota de participación podría experimentar variaciones según lo indicado en el artículo 46°, de la Resolución Administrativa Exenta N° 1321, de 2013, del Departamento de Cooperativas.

En virtud del artículo 33° de la Resolución Administrativa Exenta N° 1321, autorizo que las notificaciones se realicen a mi correo electrónico:

FIRMA
PAULA RETAMAL URRUTIA
C.I.: 10.604.200-4
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL

Uso exclusivo de SERMECOOP LTDA. Formato de acuerdo al artículo 11° de la Resolución Administrativa Exenta N° 1321
Aprobación de solicitud por el Consejo de Administración

Fecha: N° Registro de Socios:

**ANEXO N° 1 de CONVENIO DE INCORPORACIÓN AL SISTEMA COMPLEMENTARIO DE SALUD
SERMECOOP LTDA. E ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL
CONVENIO CONDICIONES PARTICULARES**

ARTICULO N° 1: DEFINICIONES

Para los efectos del Sistema de Beneficios Complementarios de Salud SERMECOOP, se entiende por:

1. **LA EMPRESA: ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL**, Socia de la Cooperativa SERMECOOP LTDA., que suscribe este Convenio con SERMECOOP LTDA., y asume las obligaciones que se deriven del mismo, excepto las que por disposiciones de este o por su naturaleza deben ser cumplidas por el beneficiario. LA EMPRESA asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante y debe informar a los beneficiarios u otros legítimos interesados sobre la contratación del plan, sus condiciones y modificaciones.
2. **PERMANENCIA:** El Sistema de Beneficios Complementarios de Salud SERMECOOP, beneficia a todos los trabajadores vinculados a LA EMPRESA, mediante un contrato de trabajo.
3. **REINCORPORACION:** El plazo para reincorporarse a SERMECOOP LTDA., una vez realizada una renuncia, es de doce (12) meses y para hacer válida su reincorporación deberá completar el formulario de incorporación que SERMECOOP LTDA., proporcionará para tales efectos, el cual será evaluado por el Área de Operaciones para verificar que el tiempo transcurrido se ajuste a los doce (12) meses establecidos.
4. **ENFERMEDAD:** El conjunto de alteraciones morfológicas, estructurales o funcionales en un organismo debido a causas internas o externas que amerite tratamiento médico, quirúrgico o psicológico. No se considera como enfermedad las afecciones corporales auto inflingidas intencionalmente por el beneficiario.
5. **ACCIDENTE:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del beneficiario ocasionándole una o más lesiones físicas.
6. **ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC):** Es el índice que relaciona el peso y estatura de una persona y mediante el cual se determina la condición de bajo peso, peso normal, sobrepeso, obesidad y corresponde al cociente entre el peso expresado en kilos y la estatura en metros, elevado al cuadrado. Para todos los efectos, se evalúan las patologías con IMC mayor o igual a 35%.
7. **ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Cualquiera enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al beneficiario y que haya sido conocido o diagnosticado con anterioridad a la fecha de incorporación al Plan Complementario de Salud.
8. **MÉDICO:** Toda persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana y calificada para efectuar el tratamiento requerido, según el artículo 112 del Código Sanitario.
9. **HOSPITAL:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermeras las 24

horas y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso se interpretará que incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos, con excepción del beneficio de salud mental, en los que estos recintos se entenderán incluidos en la definición de hospital.

10. **HOSPITALIZACIÓN:** Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital, por prescripción médica, utilizando el servicio de habitación y atención general de enfermería, **pernoctando** en el recinto hospitalario.
11. **CIRUGÍA AMBULATORIA:** Es aquella cirugía que requiera el beneficiario si sufriera alguna incapacidad como consecuencia de un accidente o enfermedad, **sin pernoctar** en el recinto hospitalario.
12. **GASTOS AMBULATORIOS:** Son los gastos médicos incurridos por el beneficiario a causa del tratamiento de una incapacidad que no requiere de su hospitalización, esto aun cuando el tratamiento se haya efectuado en un hospital.
13. **MEDICAMENTO:** Para efectos de este Plan Complementario de Salud se entenderá por medicamento un fármaco, principio activo o conjunto de ambos, integrado en una forma farmacéutica alópata u homeopática, destinado para su utilización en las personas, formulado con propiedades para tratar, aliviar o curar una incapacidad, registrado como tal en el Instituto de Salud Pública y recetado por un médico.

No se considera medicamento aquellas sustancias indicadas para el reemplazo de alimentos, con propósito de cosmética o de higiene, ni aquel que sea catalogado como producto de tratamiento experimental o alternativo. Los fármacos dermatológicos, antroposóficos y recetario magistral, requieren Declaración de Salud para evaluación de entrega de beneficio. Las vitaminas tienen cobertura acotada a las embarazadas y menores de 1 año, estableciendo que en el caso de las beneficiarias que cursan un embarazo, la receta debe indicar las semanas de gestación para poder entregar el beneficio.

14. **SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTO MÉDICO:** Corresponde a la petición de reembolso de gastos médicos por parte del beneficiario mediante la entrega del formulario Cobro de Reembolso junto a los documentos que respalden el gasto. La solicitud de reembolso de gasto médico podrá comprender uno o varios gastos médicos incurridos por los beneficiarios.
15. **INSUMOS:** Para los efectos de este Plan Complementario de Salud, son aquellos elementos utilizados para los procedimientos de diagnóstico o terapéutico, correspondiendo a todos aquellos inherentes o necesarios para el tratamiento médico. No se consideran dentro de esta definición: termómetros, productos de higiene personal, vendas elásticas si la cirugía no es de extremidades, medicamentos dermo-cosméticos en general, cortes de pelo, postura de aros, depilaciones, llamadas telefónicas, publicaciones de avisos en el diario, gastos del o los acompañantes, etc., a excepción de los menores de edad, en cuyo caso y de acuerdo a lo establecido en su sistema de

salud se incluyan los gastos del acompañante. No serán considerados si su sistema de salud no los bonifica.

16. **CIRUGÍA:** Parte de la medicina que tiene por objeto curar una incapacidad por medio de la ejecución sobre el cuerpo humano, con ayuda de instrumentos adecuados, de diversos actos curativos, como extirpar, amputar, implantar, corregir, coser, etc., en los órganos, miembros o tejidos.
17. **PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICOS:** Aquellos procedimientos no quirúrgicos, efectuados o supervisados directamente por un médico cirujano para identificar o tratar una incapacidad. Por ejemplo, Endoscopia, Fibrobroncoscopia, instalación de yeso, polisomnografía, quimioterapia, radioterapia, kinesioterapia, lodoterapia, terapia ocupacional y similares. Estos procedimientos serán reembolsados bajo el ítem Tratamiento Especializado.
18. **COMPLICACIONES DEL EMBARAZO:** Corresponden a todas aquellas enfermedades o dolencias que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del embarazo y cuya presencia u ocurrencia afecte gravemente el desarrollo normal de éste y requiera hospitalización. Se considerarán bajo esta definición las siguientes enfermedades o dolencias: colestasia intrahepática del embarazo, placenta previa, placenta creta, preeclampsia, eclampsia, hipertensión del embarazo, diabetes gestacional, incompetencia cervical, distocia del embarazo, infección huevo ovular, rotura prematura de membranas y amenaza de parto prematuro sin que haya terminado en parto, embarazo ectópico, entre otras.
19. **COMPLICACIONES DEL PARTO:** Corresponden a todas aquellas enfermedades o dolencias que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del parto, tales como mala presentación del feto, desajustes del parto, corioamnionitis y endometritis, entre otras y que requieran hospitalización. Este tipo de enfermedades están asociadas al ítem Beneficio de Maternidad y podrían ser bonificadas como evento independiente si la documentación recepcionada así lo indica a través de cuentas independientes al parto.
20. **DECLARACION DE SALUD:** Declaración del beneficiario donde se indica su condición, estado de salud y enfermedades para la evaluación de la entrega de los beneficios, la cual debe ser emitida por un médico. La omisión, falsa declaración o retenciones permite a SERMECOOP LTDA., rechazar el reembolso del gasto médico.
21. **TOPE EVENTO:** Es el monto máximo que SERMECOOP LTDA., reembolsará por cada prestación descrita en el Plan de Cobertura del Plan Complementario de Salud.
22. **TOPE ANUAL:** Es el monto máximo que SERMECOOP LTDA., reembolsará dentro de un período en el cual se determine la anualidad.
23. **EXCLUSIONES:** Prestaciones, insumos, fármacos u otros, que se excluyen de cobertura y que se encuentran debidamente señalados.
24. **COPAGO:** Monto a pagar por el beneficiario, por una prestación o grupo de prestaciones de salud, después de haber hecho uso del sistema de salud previsional u otro seguro o convenio.



25. **PORCENTAJE DE COBERTURA:** Porcentaje del copago que será reembolsado por SERMECOOP LTDA., de acuerdo a lo indicado en el Plan de Cobertura.
26. **REEMBOLSO:** Devolución del copago del gasto incurrido de acuerdo al porcentaje de cobertura indicado en el Plan de Cobertura, al tope evento y tope anual descritos en el presente Plan Complementario de Salud.

ARTICULO N°2: DESCRIPCION DE LOS SERVICIOS Y BENEFICIOS

ATENCION A BENEFICIARIOS

SERMECOOP cuenta con 7 oficinas de atención de público, para entregar información en materia de salud y detalles de los servicios atinentes a nuestro servicio.

En estas oficinas, los beneficiarios reciben atención personalizada de nuestros ejecutivos del Área de Atención al Cliente.

SUCURSALES:

Antofagasta	: Arturo Prat 461, oficina 907. Edif. Segundo Gómez
Viña del Mar	: Avda. Libertad 269, oficina 206
Santiago - Casa Matriz	: Compañía 1390, oficina 304, Santiago
Santiago - La Florida	: Vicuña Mackenna Poniente 7255, oficina 415, La Florida
Talca	: 3 Oriente 1235, oficina 3
Concepción	: Chacabuco 155, segundo piso
Puerto Montt	: Antonio Varas 216, oficina 408. Edificio Torres del Puerto

NOTA: En caso de cambio de direcciones, éstas serán informadas oportunamente al contacto o a la representante del convenio.

MANTENCION EMPRESA

Atención centralizada en las dependencias de ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRAL, 01 vez al mes presencial, en una jornada máxima de 2 horas en el horario y día que entre las partes acuerden.

Los servicios que entregará nuestra ejecutiva de mantención son:

- Orientación sobre nuestros Plan de Cobertura, Beneficios y Servicios
- Orientación de incorporaciones y renunciaciones
- Recepcionar y Gestionar documentos para reembolso
- Entrega de credenciales de farmacia
- Atención de sugerencia y quejas
- Emisión de Claves vía web

NOTA: Se priorizará el uso de la tecnología disponible (Sucursal Virtual y APP Móvil), evitando la atención presencial en cumplimiento de las normas de seguridad en caso de ser necesario.

LA EMPRESA será responsable de proveer un espacio físico que permita la atención cómoda de los beneficiarios y que garantice la privacidad en la entrega de información, el que debe estar habilitado en los horarios estipulados como visita y debe contemplar:

- 1 escritorio o mesa
- 1 Silla para la Ejecutiva
- 1 Silla para quien requiere atención
- Conexión a corriente eléctrica
- Acceso a una impresora en caso de requerirse
- Conexión a Wi-fi, cuando existan problemas de señal al interior de la empresa

LA EMPRESA es responsable de difundir y coordinar todas las acciones necesarias para dar a conocer el horario de visita de la Ejecutiva.

Las visitas de ejecutivos(as) no serán reemplazadas en caso que el día de visita sea festivo. Es de responsabilidad de ambas partes coordinar en envío y despacho de la documentación pendiente.

La continuidad del servicio de la ejecutiva de mantención podrá ser condicionada en función de la siniestralidad acumulada de la empresa.

BUZÓN RECEPCIÓN DOCUMENTOS

La empresa deberá proveer de un espacio para ubicar el buzón que SERMECOOP proporcionará, para que los beneficiarios puedan depositar su documentación de reembolso u otros requerimientos hacia SERMECOOP. LA EMPRESA será responsable por resguardar la documentación que aquí se deposite, hasta la coordinación del retiro de dichos documentos.

CALL CENTER

SERMECOOP LTDA., cuenta con Ejecutivas de Atención telefónica para responder consultas, requerimientos y orientación a los Beneficiarios, como también para los encargados del Departamento de Calidad de Vida.

En esta plataforma podrá acceder a los siguientes servicios:

- ✓ Información de reembolsos
- ✓ Solicitud de claves acceso a nuestro sitio Web
- ✓ Orientación sobre Plan de Cobertura
- ✓ Información Red de Convenios SERMECOOP
- ✓ Entre otros

ARTÍCULO N° 3: COBERTURA

SERMECOOP LTDA. Bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen, procederá a reembolsar o pagar al beneficiario, los gastos médicos razonables y estrictamente necesarios en que haya incurrido efectivamente un beneficiario, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional u otro seguro o convenio, a consecuencia de una incapacidad cubierta.

Los reembolsos se efectuarán de acuerdo a las coberturas y prestaciones contratadas, las cuales están expresamente señaladas en el Plan de Cobertura, y de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago expresados en ellas.

Los beneficiarios podrán solicitar los reembolsos de los gastos médicos que correspondan por las prestaciones en que incurran y se inicien durante el período en que se encuentren vigentes dentro del plan.

15

ARTÍCULO N° 4: DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

Las coberturas que podrá otorgar SERMECOOP LTDA., en virtud del presente Plan Complementario, son las que se indican a continuación.

- A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN
- B) BENEFICIO DE MATERNIDAD
- C) BENEFICIO AMBULATORIO
- D) BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS
- E) BENEFICIO DE OPTICA, PROTESIS Y ORTESIS
- F) BENEFICIO DE PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA
- G) BENEFICIOS ADICIONALES
- H) BENEFICIO DENTAL

A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN:

Bajo este beneficio se cubren los gastos médicos incurridos en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para este beneficio en el Plan de Cobertura del presente Plan Complementario.

Las prestaciones originadas de una hospitalización podrán ser las siguientes:

- i. **DÍAS CAMA HOSPITALIZACIÓN:** Gasto por habitación, alimentación y atención general de enfermería, suministrada al beneficiario durante su hospitalización;
- ii. **SERVICIOS HOSPITALARIOS:** Gastos médicos por concepto de servicios del hospital no incluidos en la letra anterior, tales como visitas o consultas médicas intrahospitalarias, salas de urgencia; derecho de pabellón; unidad de tratamiento intensivo o intermedio; exámenes de laboratorio e imagenología, ultrasonografía y medicina nuclear, procedimientos especiales; equipos, insumos y medicamentos; otros gastos suministrados al beneficiario durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante durante la hospitalización como necesarios para el tratamiento de la incapacidad que la motivó;
- iii. **HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS:** Los honorarios de profesionales médicos y arsenalera que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al beneficiario;

La cirugía Maxilofacial que requieran cirugía y cumpla con el criterio de haber pernoctado en la institución de salud, serán reembolsadas como Cirugía Hospitalaria, bajo el ítem Beneficio de Hospitalización.

B) BENEFICIO DE MATERNIDAD:

Bajo este beneficio se cubren los gastos médicos incurridos en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional u otro seguro o convenio, respecto del beneficiario titular o su cónyuge carga, y el recién nacido, a consecuencia del embarazo, parto y nacimiento. En el caso de partos para las cargas hijas del beneficiario titular, el beneficiario asociado al parto se otorgara por única vez a la carga, sin embargo, se excluirán los gastos del recién nacido incluidos en la cuenta médica. Para aquellas prestaciones que deban ser realizadas al hijo antes de nacer, SERMECOOP LTDA., otorgará cobertura bajo el ítem correspondiente al punto iv) Complicaciones del embarazo. El parto o cesárea correspondiente a embarazos múltiples no varía el beneficio Sermecoop.

En el Plan de Cobertura del Plan Complementario de Salud se establecerán los porcentajes y límites de reembolso o pago para cada uno de los siguientes ítems:

- i. Parto normal;
- ii. Cesárea;
- iii. Aborto involuntario;
- iv. Complicaciones del embarazo;
- v. Complicaciones del parto.

Las prestaciones que se cubren bajo este Beneficio de Maternidad son todas aquellas definidas en los puntos i), ii) y iii) de la letra A), Beneficio de Hospitalización, todas las cuales se reembolsarán de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para cada ítem del Beneficio de Maternidad en el Plan de Cobertura del Plan Complementario de Salud. La parte que exceda de dicho límite se entenderá no cubierta por este Plan.

Este beneficio será pagadero sólo una vez por cada embarazo, incluyendo todas y cada una de las prestaciones relacionadas con el mismo.

El reembolso debe ser enviado a SERMECOOP con posterioridad a la fecha de alta, para evitar reliquidaciones en el caso de existir prestaciones adicionales que deban ser agregadas al beneficio.

Se reembolsarán bajo los ítems parto normal, cesárea y aborto involuntario de esta cobertura, sólo los gastos incurridos por el beneficiario titular o su cónyuge beneficiario carga y el recién nacido, hasta el tercer día de hospitalización en caso de parto normal y aborto involuntario, y hasta el quinto día de hospitalización en caso de cesárea, ambos plazos contados desde el día del parto o aborto involuntario, según corresponda. Los gastos médicos en que incurra el beneficiario titular o su cónyuge beneficiario carga, más allá del plazo de hospitalización indicado precedentemente, será considerado complicaciones del parto, si correspondiese según la definición de este concepto que se indica en el presente Plan y se reembolsará como beneficio hospitalario si las cuentas de parto y complicaciones del parto se presentan en forma independiente. Si los gastos del parto y complicaciones del parto están unificados en una misma cuenta hospitalaria se reembolsará bajo el beneficio de Maternidad. Por su parte, los gastos médicos incurridos por el recién nacido tendrán cobertura inmediata, para lo cual será necesario que su incorporación se realice en un plazo máximo de 30 días desde su nacimiento, en este caso se entenderá que la cobertura tendrá carácter retroactivo.

En el caso particular del recién nacido, hijo de madre no beneficiaria de SERMECOOP LTDA., hijo de padre beneficiario SERMECOOP LTDA., el gasto incurrido correspondiente al recién nacido, será reembolsado bajo el ítem de hospitalización. Se debe considerar que la documentación debe ser entregada en cuentas separadas de la que corresponde a la atención materna del parto o cesárea.

C) BENEFICIO AMBULATORIO:

Bajo este beneficio SERMECOOP LTDA. cubrirá los gastos médicos incurridos por concepto de prestaciones realizadas en forma ambulatoria, efectuadas o prescritas por un médico tratante, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios del presente Plan Complementario de Salud.

Bajo este beneficio las prestaciones podrán ser las siguientes:

- i. Consultas médicas generales;
- ii. Consultas médicas especialistas;
- iii. Consultas médicas domiciliarias;
- iv. Exámenes de laboratorio;
- v. Exámenes radiológicos: imagenología, ultrasonografía y medicina nuclear;
- vi. Procedimientos de diagnóstico no quirúrgicos;
- vii. Procedimientos terapéuticos no quirúrgicos;
- viii. Cirugía ambulatoria: Bajo esta prestación se reembolsarán los gastos médicos en que se incurra sólo por concepto de las prestaciones descritas en los puntos i), ii) y iii) de la letra A), Beneficio de Hospitalización.

D) BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS LIBRE ELECCION:

Bajo este beneficio la Cooperativa cubrirá los gastos médicos incurridos por concepto de medicamentos recetados exclusivamente en forma ambulatoria por un médico, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para este beneficio en el Plan de Cobertura del presente Plan Complementario de Salud.

Los medicamentos ambulatorios cubiertos por este beneficio serán sólo aquellos que el beneficiario deba consumir durante el periodo de vigencia del presente Plan Complementario de Salud, de acuerdo con la dosis prescrita por el médico tratante y en ningún caso la dosis a reembolsar podrá ser superior a treinta (30) días de tratamiento a partir de la fecha de compra de los medicamentos.

Bajo este beneficio se encuentran las siguientes categorías de medicamentos ambulatorios, las cuales deberán estar expresamente indicadas en el Cuadro de Beneficios del presente Plan Complementario de Salud. Las categorías de medicamentos podrán ser las siguientes:

Medicamentos Ambulatorios Genéricos: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos que se comercializan bajo la denominación del principio activo que incorpora, siendo igual en composición y forma farmacéutica a la marca original, pero sin marca comercial, figurando en su lugar el nombre de su principio activo;

Medicamentos Ambulatorios No Genéricos (de marca): Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos no comprendidos en la categoría anterior, que se comercializan bajo un nombre comercial específico sujeto a la protección comercial que otorgan las agencias internacionales de patentes y que han sido registrados por un laboratorio farmacéutico, los que pueden corresponder a la fórmula original o a una copia;

Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos que actúan sobre el sistema inmunológico disminuyendo los efectos adversos sobre la enfermedad o trasplante. Estos medicamentos pueden ser genéricos o no genéricos;

Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos directamente asociados al tratamiento curativo o paliativo del cáncer. Se incluyen los medicamentos específicos usados en la quimioterapia y radioterapia, además de las drogas citotóxicas. Estos medicamentos pueden ser genéricos o no genéricos.

E) BENEFICIO DE OPTICA, PROTESIS Y ORTESIS:

Bajo este beneficio la Cooperativa cubrirá los gastos médicos correspondientes a las prestaciones y servicios que se indican a continuación, incurridos en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago señalados para cada prestación y servicio en el Plan de Cobertura del presente Plan Complementario de Salud.

Las prestaciones y servicios podrán ser los siguientes:

Óptica: Incluye todo gasto por marcos ópticos, cristales y lentes de contacto, que sean recetados por un oftalmólogo o tecnólogo médico con el fin de corregir una malformación congénita o alteración de

la visión, excluyéndose expresamente todos aquellos con fines de protección, como los lentes utilizados para evitar la fatiga visual y los lentes del sol con graduaje óptico.

Cirugía Óptica: Comprende todos los gastos derivados del procedimiento de la cirugía Lásik o similares, siempre y cuando el beneficiario acredite la necesidad del procedimiento. Se considera cualquier grado de dioptría. Se incluye dentro de la Cirugía Óptica el tratamiento quirúrgico del Pterigion. Se considera cirugía óptica, aquella realizada por el médico especialista en oftalmología, aplicada al globo ocular, vías ópticas y anexos, excluyéndose el párpado. Este tipo de cirugía se reembolsa en forma paquetizada, es decir, se incorporan en este ítem, los gastos incurridos por honorarios médicos, insumos, fármacos y pabellón. Si es requerida alguna prótesis esta será reembolsada a través del ítem Prótesis y Órtesis.

Prótesis y Órtesis: Comprende todos los gastos derivados de aparatos protésicos, vale decir, aparatos que reemplazan, temporal o permanentemente, un órgano o parte del mismo y los gastos provenientes de la adquisición de dispositivos ortopédicos que auxilian parcial o totalmente las funciones de un miembro con incapacidad física o invalidez, pudiendo ser del tipo transitorio o permanente. A través de este ítem se reembolsará el gasto correspondiente a silla de ruedas, así como también bastones, muletas, colchones anti escaras, zapatos ortopédicos (beneficio aplicado a un par al año). El gasto se debe presentar junto a la Declaración de Salud respectiva cuando se trate de una órtesis. El lente intraocular utilizado en la cirugía óptica se considera una prótesis por lo que es reembolsado bajo el ítem Prótesis y Órtesis.

19

F) BENEFICIO DE PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA:

Bajo este beneficio la Cooperativa cubrirá los gastos médicos incurridos por concepto de toda acción, prestación o tratamiento asociado a un diagnóstico psiquiátrico o de salud mental, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para este beneficio en el Plan de Cobertura del presente Plan Complementario de Salud. Las prestaciones podrán ser las siguientes:

- i. Gastos ambulatorios por prestaciones de Psiquiatría, Psicología o Psicopedagogía. Para los efectos de la Psicopedagogía constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante;
- ii. Gastos hospitalarios, en función del diagnóstico médico, independiente de la especialidad del médico o del hospital que la otorgue;

G) BENEFICIOS ADICIONALES:

Bajo este beneficio la Cooperativa cubrirá los gastos médicos correspondientes a las prestaciones y servicios que se indican a continuación, incurridos en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago señalados para cada prestación y servicio en el Plan de Cobertura del presente Plan Complementario de Salud.

Las prestaciones y servicios podrán ser los siguientes:

Traslado en ambulancia: Es el servicio de traslado vía terrestre o aérea en una ambulancia para conducir al beneficiario desde y hacia un hospital. Constituye requisito para su reembolso la Declaración de Salud realizada por el médico tratante.

Fonoaudiología: Gastos ambulatorios por prestaciones de fonoaudiología. Constituye requisito para su reembolso la Declaración de Salud realizada por el médico tratante.

H) BENEFICIO DENTAL:

Bajo este beneficio la Cooperativa cubrirá los gastos dentales incurridos por concepto de atenciones odontológicas, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para este beneficio en el Plan de Cobertura del presente Plan Complementario de Salud.

Sin perjuicio de los porcentajes y límites de reembolso establecidos para este beneficio, toda prestación dental que requiera hospitalización ambulatoria o transitoria será reembolsada como Cirugía Ambulatoria de acuerdo al punto viii) de la letra C) a excepción de los honorarios médico quirúrgicos, los que serán reembolsados bajo el beneficio dental definido. La cirugía Maxilofacial o los accidentes del tipo dental que requieran cirugía y cumpla con el criterio de haber pernoctado en la institución de salud, serán reembolsadas como Cirugía Hospitalaria, bajo el ítem Beneficio de Hospitalización.

ARTICULO N° 5: LIMITACIONES DE LAS COBERTURAS

Sin perjuicio de los porcentajes y límites de reembolso o pago que puedan establecerse en el Plan de Cobertura, el Sistema de Beneficios Complementarios de Salud SERMECOOP LTDA., contempla las siguientes limitaciones de cobertura:

En aquellos casos en que el beneficiario esté afiliado a un sistema de salud previsional, Isapre o Fonasa, y las prestaciones o gastos reclamados no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso en tales instituciones, independiente de la causa que lo provoque, se considerará como gasto efectivamente incurrido al 50% sobre el gasto médico reclamado. Sobre el monto resultante se aplicarán los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para cada cobertura en el Plan de Cobertura del Sistema de Beneficios Complementarios de Salud SERMECOOP LTDA. Se exceptúan medicamentos ambulatorios, óptica, prótesis, órtesis, diferencias hospitalarias y dental, en caso de contar con cobertura dental

Cuando las prestaciones médicas sean cubiertas por bonos emitidos por la entidad previsional a la que se encuentra afiliado el beneficiario, sólo se reembolsará de acuerdo al copago generado en la compra de los bonos, no correspondiendo reembolsar cobros o gastos adicionales por parte del prestador de salud, al monto pactado por éste, con la institución previsional.

Con todo, SERMECOOP LTDA., no reembolsará más allá del gasto médico incurrido por el beneficiario, así como tampoco más allá del monto máximo de reembolso indicado en el Cuadro de Beneficios.

ARTÍCULO N° 6: PRELACION DE BENEFICIOS

Se reconocerán como gastos médicos incurridos para los efectos del Sistema de Beneficios Complementarios de Salud SERMECOOP LTDA., el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios contratados con otras instituciones, sin perjuicio de los límites máximos establecidos en el Plan de Cobertura.

El beneficiario tendrá la obligación de informar a SERMECOOP LTDA. de la existencia de otros beneficios contratados que otorguen similares coberturas médicas o seguros que cubran la totalidad o alguno de los beneficios otorgados por este Convenio, como asimismo, de su afiliación a alguna Institución de Salud Previsional (Isapre o Fonasa).

Los beneficios de este Convenio no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el beneficiario.

En consecuencia, el uso de las coberturas contratadas por las instituciones antes mencionadas, es previo y obligatorio para obtener los beneficios de la cobertura que otorga este Convenio.

ARTÍCULO N° 7: EXCLUSIONES Y RESTRICCIONES

El presente Convenio no cubre gastos médicos en que haya incurrido un beneficiario que sean relativos a alguna de las prestaciones, medicamentos, gastos farmacéuticos, procedimientos o estudios que se indican a continuación, o se originen, o sean consecuencia o complicación de alguna incapacidad que se menciona en el presente artículo.

No obstante lo indicado, si en el Plan de Cobertura del Sistema de Beneficios Complementarios de Salud SERMECOOP LTDA. se considera cobertura para alguna prestación o servicio médico excluido mediante este artículo, se entenderá que la prestación o servicio médico se encuentra cubierto de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago indicados en dicho Plan de Cobertura.

Se encuentran excluidos de cobertura:

1. La hospitalización para fines de reposo.
2. Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
3. Cirugías y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, dentales (blanqueamiento y otros estéticos), ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o que tengan como finalidad corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia inicial del beneficiario, a menos que sean requeridos por una lesión accidental que ocurra mientras el beneficiario se encuentra vigente en este Plan Complementario de Salud. Tampoco estarán cubiertos los tratamientos secundarios a las cirugías indicadas.
4. Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo. Lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión de alcohol, somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares, o hechos deliberados que cometa el

beneficiario, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto infringidas y abortos provocados, excepto Interrupción del embarazo en las tres causales, según la Ley 21.030.

5. Los siguientes tratamientos, estudios o condiciones de salud:
 - i. La cirugía por obesidad, denominada como bariátrica u otras similares, independientemente de la existencia de otras incapacidades asociadas, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones, excepto cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) sea mayor a cuarenta (40%) sin comorbilidad y mayor a treinta y cinco (35%) si tiene comorbilidad asociada (diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, enfermedad coronaria y similares). Para evaluar el beneficio será necesario presentar la Declaración de Salud exclusiva de esta patología que SERMECOOP LTDA. proporcionará.
 - ii. Tratamientos para adelgazar. No serán bonificados fármacos para bajar de peso como tampoco gastos por concepto de gimnasio. Se exceptúa de esta exclusión los tratamientos médicos para obesidad cuando el IMC es mayor a treinta y cinco (35%). Se excluyen Formulario Magistral. La cobertura ambulatoria comprende los gastos por consultas médicas, consulta mensual por nutricionista, exámenes de laboratorio de control y consultas psicológicas. Para evaluar el beneficio será necesario presentar la Declaración de Salud exclusiva de esta patología que SERMECOOP LTDA. proporcionará.
 - iii. Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento en mayores de 14 años. Para evaluar el beneficio en los menores de 14 años, será necesario presentar la Declaración de Salud y estudio diagnóstico completo.
 - iv. Fármacos antagonistas LH y RH, a excepción de prescripción relacionada con diagnóstico de hiperplasia benigna de próstata, cáncer de próstata y cáncer de ovario. Para evaluar el beneficio será necesario presentar la Declaración de Salud.
 - v. Estudios de diagnóstico, tratamientos y procedimientos que tengan relación con problemas de esterilidad, fertilidad e infertilidad, así como también los Test de Embarazo, a excepción del estudio diagnóstico y el procedimiento de Inseminación Intrauterina (IIU), cuando es cubierto por su sistema de salud.
6. Los siguientes insumos o gastos farmacéuticos no se cubrirán, aun cuando éstos sean con fines terapéuticos, ellos son:
 - i. Cualquier tipo de alimento o sustituto alimenticio, aunque tenga fines terapéuticos.
 - ii. Fármacos experimentales y/o alternativos.
 - iii. En caso de medicamentos antroposóficos se requiere presentar Declaración de Salud

- iv. Cremas, lociones faciales, jabones, shampoo y filtros solares que no incorporan un principio activo. Se exceptúa esta exclusión bajo los diagnósticos de Lupus Eritematoso Sistémico (LES), rosácea, vitiligo, psoriasis, cáncer de piel, acné inflamatorio y dermatitis atópica infantil. Para evaluar el beneficio será necesario presentar la Declaración de Salud.
7. Lesión o enfermedad causada por:
 - i. Guerra civil o internacional, sea que esta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.
 - ii. Participación activa del beneficiario en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.
 - iii. Participación del beneficiario en actos calificados como delitos por la ley.
 - iv. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del beneficiario.
 - v. Estado de ebriedad o los efectos de drogas o alucinógenos en el beneficiario.
 - vi. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.
 8. Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherentes o necesarios para el diagnóstico de una incapacidad.
 9. Hospitalización domiciliaria y la atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.
 10. Gastos por acompañantes, mientras el beneficiario se encuentre hospitalizado, tales como, gastos de alojamiento, comidas y otros, a excepción de los menores de edad, en cuyo caso y de acuerdo a lo establecido en su sistema de salud se incluyan los gastos del acompañante y sean bonificados por su sistema de salud.
 11. Lesión o enfermedad surgida de la ocupación del beneficiario, cubierta por la legislación de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.
 12. Lesión o enfermedad surgida de accidentes de tránsito, cubierta por el seguro obligatorio de accidentes personales (SOAP). La excepción corresponde a la elección por parte del beneficiario de recibir atención a través de la Libre Elección renunciando a la cobertura del SOAP.
 13. Epidemias o pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.
 14. Tratamientos de iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa.
 15. Ventilador portátil CPAP o BIPAP, para apnea del sueño. Se exceptúa el monitor de apnea en lactantes en cuyo caso para evaluar el beneficio será necesario presentar la Declaración de Salud.
 16. Suministro de aparatos o equipos médicos y/u ortopédicos, así como también la adquisición o arriendo de equipos tales como, sillas de ruedas, camas médicas, colchones antiescaras.

Equipos de oxigenación tales como oxígeno portátil, concentrador de oxígeno. Para evaluar el beneficio, será necesario presentar la Declaración de Salud.

17. Humidificadores y purificadores de ambiente
18. Vitaminas, complejos vitamínicos. Se exceptúa esta exclusión bajo los diagnósticos de osteoporosis, osteopenia, cáncer de tiroides y/o paratiroides, post cirugía bariátrica (por un período máximo de 6 meses), anemia, menopausia, climaterio; Para evaluar el beneficio será necesario presentar la Declaración de Salud.
19. Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo, y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, la minería subterránea, los trabajos en altura o líneas de alta tensión, la inmersión submarina, el pilotaje civil, el paracaidismo, el montañismo, las alas delta, el benji, el parapente, las carreras de autos y motos, entre otros.
20. Criopreservación, así como la compra de células madre y cualquier otro tejido u órgano.
21. Gastos que no estén expresamente indicados en el Plan Complementario de Salud, como asimismo, gastos de exámenes y procedimientos a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el sistema previsional de salud, los cuales requieren Declaración de Salud.
22. No obstante lo señalado en la presente disposición las partes, de común acuerdo y mediante un Anexo a esta normativa, debidamente suscrito, podrán acordar el pago de beneficios excluidos, de manera permanente, transitoria o excepcional bajo las modalidades, cobertura y valores que se estipulen.
23. Fármacos que no se encuentren incluidos en el Vademécum SERMECOOP.
24. Gastos médicos, farmacia, dentales y hospitalarios con más de sesenta (60) días desde la fecha de emisión de los documentos de pago. Sin perjuicio del plazo antes señalado, en el caso hospitalario, se requiere que la prestación no haya sido realizada en un plazo superior a los ciento ochenta (180) días, desde el inicio de la hospitalización.
25. Documentos que no detallen fecha de atención, documentos fotocopiados, enmendados o ilegibles.
26. Liquidación de seguros, Isapres o cualquier otra Institución que de manera previa haya reembolsado, y que no adjunte copias de los documentos presentados en primera instancia.
27. Recetas sin el nombre y RUT del paciente, que no detalle los medicamento, su dosificación y duración del tratamiento. Sin el nombre, RUT y especialidad del médico tratante.
28. Boleta, Declaración de Salud, Recetas y Órdenes médicas proporcionadas por un familiar del beneficiario
29. Boletas de farmacias, ópticas y ortopedia sin orden médica y sin detalle de compra.

ARTÍCULO N° 8: REQUISITOS PARA LA LIQUIDACIÓN DE BENEFICIOS

Constituye requisito para cualquier liquidación de beneficios por parte de SERMECOOP LTDA. Lo siguiente:

- a) La entrega oportuna a SERMECOOP LTDA. de todos los documentos a liquidar. El plazo para la entrega de los gastos médicos, farmacia y hospitalarios será de sesenta (60) días desde la fecha de pago del bono u otro documento según corresponda. Sin perjuicio del plazo antes señalado, en el caso hospitalario, además, se requiere que la prestación no haya sido realizada en un plazo superior a los ciento ochenta (180) días.
- b) Todos los bonos que se presenten para reembolso, deben estar timbrados por el prestador que entrega la atención (Institución de salud o médico en caso de consulta particular), ya que esta acción valida frente a SERMECOOP LTDA. que la prestación fue realizada.
- c) La declaración del beneficiario si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos al cual pertenezca el beneficiario.
- d) La entrega a SERMECOOP LTDA. de los originales extendidos a nombre del beneficiario de los recibos, boletas y facturas, cuando corresponda, bonos, órdenes de atención, programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto médico incurrido y su pago; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.
- e) Para obtener el reembolso de gastos médicos bajo el Beneficio de Medicamentos Ambulatorios el asegurado deberá presentar una receta válidamente emitida, entendiéndose por tal aquella que contenga a lo menos lo siguiente:
 - i. Los requisitos establecidos por el Código Sanitario y reglamentación vigente respecto a dispensación de medicamentos;
 - ii. Fecha de emisión válida, es decir, no anterior a sesenta (60) días de la fecha de recepción de documentos en SERMECOOP LTDA.
 - iii. Nombre del beneficiario, que deberá corresponder siempre a la persona efectivamente atendida por el médico que prescribe.
 - iv. Nombre del medicamento, posología, duración del tratamiento y cantidad a dispensar.
 - v. Nombre, Rut y Firma del médico que emite la receta.

Si la receta emitida es de carácter permanente, se considera la permanencia por un período de 6 meses desde la fecha de emisión.

Con todo, la cooperativa queda facultada para solicitar, a su voluntad, los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar la ocurrencia de un gasto y determinar su monto. Además, podrá practicar a su costa exámenes médicos al beneficiario respecto de quien se refiera la solicitud de reembolso de gastos médicos.

Sin el cumplimiento de los requisitos indicados precedentemente, SERMECOOP LTDA. no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos médicos.

ARTÍCULO N° 9: PROCEDIMIENTO PARA LA LIQUIDACIÓN DE BENEFICIOS

Para realizar una correcta solicitud de reembolso se solicitan los siguientes documentos de acuerdo al tipo de prestación:

- i. **Beneficio Hospitalario:** Constituye requisito para realizar el correspondiente reembolso de la prestación hospitalaria, presentar programa médico valorizado, bonos asociados, estado de cuenta o prefectura del establecimiento hospitalario, boletas por diferencias hospitalarias e insumos y fármacos no cubiertos por su sistema previsional de salud.
- ii. **Beneficio de Maternidad:** Constituye requisito para realizar el correspondiente reembolso de la prestación de maternidad, presentar programa médico valorizado, bonos asociados, estado de cuenta o prefectura del establecimiento hospitalario, boletas por diferencias hospitalarias e insumos y fármacos no cubiertos por su sistema previsional de salud. En el caso de acceder al beneficio PAD de Fonasa el reembolso debe ser posterior a la fecha del parto, sin perjuicio de los documentos solicitados en el presente párrafo.
- iii. **Beneficio Ambulatorio:** Constituye requisito para realizar el correspondiente reembolso de las prestaciones ambulatorias, presentar los bonos, boletas detalladas, ordenes médicas en caso de exámenes; las atenciones de kinesiología requieren programa médico.
- iv. **Beneficio Medicamentos Ambulatorios:** Constituye requisito para realizar el correspondiente reembolso de las prestaciones correspondientes a medicamentos ambulatorios (farmacia), presentar boleta o factura detallada, además de la prescripción médica señalada en el artículo N°8, numeral d). Los fármacos ambulatorios sujetos a reembolso son los dispuestos en el VADEMECUM, documento propio de SERMECOOP en el cual se encuentran todos los fármacos que poseen principio activo y autorización del Instituto de Salud Pública (ISP) para ser comercializados, pudiendo corresponder a fármacos del tipo "PERMITIDOS" o "RESTRINGIDOS" los cuales han sido analizados por el área técnico sanitaria de la Cooperativa y son revisados y evaluados en forma anual.

En el caso particular de una receta emitida como permanente, se bonificará las veces que correspondan al período indicado en ella. Si la indicación de permanente no va asociada a un número de meses finito, se entiende como permanente una duración de seis (6) meses. La receta permanente debe ser presentada en SERMECOOP para su registro, luego será devuelta con la carta SERMECOOP para que pueda acudir a los centros farmacéuticos con su receta original. Para las siguientes bonificaciones de la receta permanente, debe adjuntar a la boleta o factura, la copia de la receta original o en su defecto la carta SERMECOOP de receta permanente.
- v. **Beneficio de Óptica, Prótesis y Órtesis:** Constituye requisito para realizar el correspondiente reembolso de las prestaciones de Óptica, presentar orden médica junto a la boleta o factura detallada. Reembolso de cirugía óptica, se solicitarán los mismos documentos que rigen el beneficio hospitalario. Reembolso de prótesis y órtesis, presentar orden médica junto a la boleta o factura detallada.

- vi. **Beneficio de Psicología y Psiquiatría:** Se solicitarán los mismos documentos que rigen el beneficio ambulatorio. En el caso de corresponder la prestación a hospitalización psiquiátrica, se solicitarán los mismos documentos que rigen el beneficio hospitalario.
- vii. **Beneficio Adicional de Traslado en Ambulancia y Fonoaudiología:** Constituye requisito para realizar el correspondiente reembolso de la prestación Traslado en Ambulancia, presentar boleta o factura detallada y la Declaración de Salud que respalde dicho traslado. Para el reembolso de la prestación Fonoaudiología, presentar Declaración de Salud que indique y respalde la derivación junto a la boleta o factura detallada.

ARTICULO N° 10: SISTEMA DE BONIFICACIÓN

SERMECOOP LTDA., proporcionará el reembolso convenido en línea (inmediato), a nivel nacional, a través de I-Med para prestaciones ambulatorias.

Para reembolsar aquellos gastos sin bonificación electrónica inmediata, SERMECOOP LTDA., proporcionará un buzón para el depósito de los documentos, el cual estará ubicado en los lugares indicados por LA EMPRESA. Este reembolso será depositado en cuenta bancaria informada a SERMECOOP. En caso que el titular no tenga alguna cuenta registrada, el beneficio será entregado en oficinas de SERVIPAG

Para la utilización y acceso para compra de medicamentos en Farmacia libre elección o la cadena de farmacias en convenio que SERMECOOP LTDA., designe, la modalidad será bajo el concepto de bonificación en el punto de venta, servicio disponible a nivel nacional. Para el uso de este beneficio SERMECOOP LTDA., proporcionará una credencial identificadora del convenio.

Los plazos máximos para llevar a cabo la bonificación están relacionados al tipo de prestación y los plazos contados en días hábiles, desde la fecha de recepción por parte de SERMECOOP LTDA.

- **BENEFICIOS HOSPITALARIOS: 10 DIAS**

- Hospitalización

- Maternidad

- Cirugía Óptica

- Cirugía Ambulatoria

- **BENEFICIOS AMBULATORIOS: 5 DÍAS**

- Medicamentos Ambulatorios (farmacia)

- Consultas

- Exámenes

- Óptica

- Prótesis y Órtesis

- Ambulancia

- Fonoaudiología

- Atención ambulatoria de Psicología y Psiquiatría

- **BENEFICIOS DENTAL, en caso de contar con cobertura dental: 10 DIAS**

Periodoncia
Endodoncia
Ortodoncia
Prótesis fija
Cirugía Bucal
Operatoria Dental
Radiología
Disfunción
Odontopediatria
Urgencia
Prótesis removible
Implantología
Laboratorio
Diagnostico

• **CONTRALORIA MÉDICA: 10 DÍAS**

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse por un plazo no superior a 30 días, informando los motivos que lo fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que será comunicado directamente al beneficiario.

Estos reembolsos serán cancelados a través de:

- Depósito en cuenta bancaria informada.
- Efectivo en oficinas Servipag para quienes no posean cuenta bancaria.

ARTICULO N° 11: ENTREGA DE BENEFICIOS A TRAVES DE BONO ELECTRONICO

Los beneficiarios podrán acceder a su Reembolso de manera inmediata a través de I-Med (bono emitido a través de huella digital), servicio disponible a nivel nacional para prestaciones ambulatorias como:

- i. Consulta General
- ii. Consulta Especialista
- iii. Consulta Urgencia
- iv. Exámenes de Laboratorio
- v. Exámenes Radiológicos
- vi. Procedimientos Diagnósticos
- vii. Procedimientos Terapéuticos
- viii. Fonoaudiología
- ix. Kinesiología

El sistema de reembolso automático, operará únicamente:

- Para aquellas prestaciones ambulatorias señaladas precedentemente, por el plan del beneficiario.
- En los prestadores en convenio con I-Med y sujeto al convenio que estos tengan con la Isapre o Fonasa.
- Es indispensable que los beneficiarios titulares y cargas se encuentren vigentes en SERMECOOP LTDA., con RUT y fecha de nacimiento.

SERMECOOP LTDA., no será responsable de las transacciones que no puedan ser realizadas y para cualquier efecto, el beneficiario siempre tendrá derecho al beneficio señalado en el Plan de Cobertura del presente Convenio.

ARTICULO N°12: RED DE CONVENIOS MEDICOS

Se encuentran a disposición de los beneficiarios, una red de convenios, con prestadores de salud dentro de las áreas en que los beneficiarios desarrollan su actividad laboral, del tipo clínicas, hospitales, centros médicos, ópticas y farmacia. La red de convenios contempla porcentajes de descuento en sus prestaciones, para lo cual SERMECOOP LTDA., hará difusión de ellos.

En el transcurso del presente convenio, SERMECOOP LTDA., puede mejorar dicha red y generar prestadores preferenciales para las distintas prestaciones, según su frecuencia, entregando una mejor cobertura, beneficio y calidad de atención.

29

ARTICULO N°13: PRESTACIONES REALIZADAS FUERA DEL PAÍS

Este tipo de prestaciones, serán bonificadas hasta los topes indicados en el plan, después de la cobertura ISAPRE o FONASA, de lo contrario, se considerarán como gastos efectivamente incurridos al 50% de estos, a los cuales se les aplicarán los porcentajes y topes del plan contratado.

ARTICULO N°14: NO ACTIVACIÓN DEL GES, CAEC O SEGURO CATASTRÓFICO FONASA

Si el Trabajador no activase las Coberturas que otorgan protección financiera como el GES, CAEC o Seguro Catastrófico de FONASA, se considerarán como gastos efectivamente incurridos al 50% de éstos, a los cuales se les aplicaran los porcentajes y topes del plan contratado.

ARTICULO N°15: PLAN DE BENEFICIOS

CUADRO BENEFICIOS					
HOSPITALARIO					
	% Bonificación	Tope / Evento (UF)	Tope/ Anual (UF)		
Día Cama hasta 30 días	50	2	20		
Día Cama UTI - UCI - Intermedio hasta 30 días	50	3			
Exceso de día Cama sobre 30 días	50	2			
Servicios Hospitalarios (Derechos de pabellón, equipos, insumos y medicamentos, exámenes de laboratorio, imagenología y procedimientos)	50	SIN TOPE			
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 Mortem	50				
Hospitalario GES	100				
MATERNIDAD					
	% Bonificación		Tope / Evento (UF)	Tope/ Anual (UF)	
Parto Normal	60	SIN TOPE	10		
Parto Cesárea	60		12		
Aborto no Voluntario	60		10		
Complicaciones del Parto	60		10		
Complicaciones del Embarazo	60		10		
	60				
AMBULATORIO					
	% Bonificación	Tope / Evento (UF)	Tope/ Anual (UF)		
Consultas Médicas con Reembolso	60	0.5	17		
Consultas Médicas con Bono	60	0.5			
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos con Reembolso	50	2	17		
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos con Bono	50	2			
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 *	50			SIN TOPE	5
Cirugía Ocular (Excluye Láser)	50				10
Cirugía Ambulatoria	50				
Ambulatorio GES	100	SIN TOPE	SIN TOPE		
MEDICAMENTOS					
	% Bonificación	Tope / Evento (UF)	Tope/ Anual (UF)		
Drogas Antineoplásicas	40	SIN TOPE	7		
Drogas Inmunosupresoras	40				
Medicamentos Ambulatorios de Marca y Bioequivalentes de Marca	40				
Medicamentos Ambulatorios Genéricos y Bioequivalentes Genéricos	100				
PRÓTESIS Y ÓRTESIS					
	% Bonificación	Tope / Evento (UF)	Tope/ Anual (UF)		
Prótesis (excluye prótesis dentales) y Órtesis	60	SIN TOPE	10		
Plantillas Ortopédicas	60		5		
Aparatos Auditivos	60		2.5		
Marcos, Cristales Ópticos	60				
ADICIONALES					
	% Bonificación	Tope / Evento (UF)	Tope/ Anual (UF)		
Fonoaudiología con Reembolso	60	0.5	10		
Fonoaudiología con Bonos	60	0.5			
Servicio de Ambulancia Terrestre y Aéreo	60	SIN TOPE	10		
PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA					
	% Bonificación	Tope / Evento (UF)	Tope/ Anual (UF)		
Consulta Psiquiátrica y/o Psicológica	50	0.5	10		
Psicopedagogía	50	0.5			
Hospitalización Psiquiátrica	50	SIN TOPE			

30

*Cirugía Óptica: Comprende todos los gastos derivados del procedimiento de la cirugía Láser o similares, siempre y cuando el beneficiario acredite la necesidad del procedimiento. Se considera cualquier grado de dioptría. Se incluye dentro de la Cirugía Óptica el tratamiento quirúrgico del Pterigion.

Se considera cirugía óptica, aquella realizada por el médico especialista en oftalmología, aplicada al globo ocular, vías ópticas y anexos, excluyéndose el párpado. Este tipo de cirugía se reembolsa en forma paquetizada, es decir, se incorporan en este ítem, los gastos incurridos por honorarios médicos, insumos, fármacos y pabellón. Si es requerida alguna prótesis esta será reembolsada a través del ítem Prótesis y Órtesis."



Beneficio Dental

CUADRO BENEFICIOS			
DENTAL			
	% Bonificación	Tope / Evento (UF)	Tope / Anual (UF)
Periodoncia	40	SIN TOPE	5
Endodoncia	40		
Ortodoncia	40		
Prótesis Fija	40		
Cirugía Bucal	40		
Operaría Dental	40		
Radiología	40		
Distensión	40		
Odontopediatria	40		
Urgencia	40		
Prótesis Removible	40		
Implantología	40		
Laboratorio	40		
Diagnóstico	40		

TOPE GLOBAL DEL PLAN ANUAL DE SALUD Y DENTAL 300 UF

ARTICULO N°16: OPERATIVOS

Salvo autorización expresa de Sermecoop, no se dará cobertura a prestaciones relacionadas a Operativos de Salud, entendiéndose estos por actividades de carácter masivo que pueden ser coordinados al interior del Bienestar, Empresa o en dependencias de los convenios que esta pudiera tener. Para cualquier requerimiento de esta índole la Empresa deberá tener una antigüedad mínima de 8 meses, y deberá ser canalizada con Sermecoop para una evaluación conjunta entre las partes.

31

MAURICIO
ALEXIS
CARCAMO
PESCHKE

Firmado digitalmente
por MAURICIO ALEXIS
CARCAMO PESCHKE
Fecha: 2024.01.04
16:02:28 -03'00'

MAURICIO ALEXIS CARCAMO PESCHKE

REPRESENTANTE LEGAL

SERMECOOP LTDA

RUT N° 70.375.900-9

PAULA RETAMAL URRUTIA

ALCALDESA DE PARRAL

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PARRA

RUT N° 69.130.700-K

PLAN:	GARANTÍA ONLINE
MONEDA:	PESO CHILENO
SUCURSAL:	CASA MATRIZ

26/12/2023	01/03/2025	PÓLIZA	26/12/2023	3015513	0
DESDE (12HRS.)	VIGENCIA	HASTA (12HRS.)	DOCUMENTO	FECHA EMISIÓN	PÓLIZA - ÍTEM
INTERMEDIARIO: CORREDORA DE SEGUROS GARANTÍA SEGURA SPA RUT: 77.020.173-K 15.00%					

ASEGURAR A:	DEPARTAMENTO DE SALUD PARRAL	RUT:	69130700-K
DIRECCIÓN:	ANIBAL PINTO 1189 REGIÓN MAULE COMUNA PARRAL		
CONTRATANTE:	SERMECOOP LIMITADA	RUT:	70375900-9
DIRECCIÓN:	COMPAÑIA 1390 OF 307 METROPOLITANA SANTIAGO	FONO:	56992403611 / +56227962224
		MAIL:	CARLOS_PAVEZ@SERMECOOP.CL

POL / CAD	COBERTURAS	MONTO ASEGURADO	PRIMA NETA
		\$ 4.500.000	\$ 226.542
POL120170111	GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO	PRIMA AFECTA	\$ 226.542
		IVA	\$ 43.043
		PRIMA BRUTA	\$ 269.585

LA PÓLIZA ES DE CARÁCTER IRREVOCABLE

MATERIA ASEGURADA

ASEGURADO: DEPARTAMENTO DE SALUD PARRAL

AFIANZADO: SERMECOOP LIMITADA

LA PRESENTE PÓLIZA GARANTIZA EL FIEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, RELACIONADO CON LA LICITACIÓN:

"PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD 2024" ID - 1754-49-LP23

MATERIA DE LA GARANTÍA: FIEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

EN GARANTÍA POR EL FIEL CUMPLIMIENTO DE CONTRATO "PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD 2024 SERVICIO DE BIENESTAR DEPARTAMENTO DE SALUD DE PARRAL"



Raúl Pizarro

FIRMA APODERADO

CONDICIONES PARTICULARES

COBERTURA

SEGÚN CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE GARANTÍA A PRIMER REQUERIMIENTO Y A LA VISTA FIEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, INSCRITA EN EL DEPOSITO DE PÓLIZAS DE LA COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO, BAJO EL CÓDIGO POL 120170111

EXTENSIONES DE COBERTURA:

1) EL PRESENTE SEGURO SE EXTIENDE A CUBRIR EL PAGO DE MULTAS ASOCIADAS AL CONTRATO ASEGURADO, ASÍ COMO EL CUMPLIMIENTO DE LAS LEYES LABORALES

2) NO OBSTANTE LO INDICADO, EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, SE EXCLUYE LA CLAUSULA DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS (ARBITRAJE), RESPECTO DEL BENEFICIARIO DEL SEGURO.

3) EL PRESENTE SEGURO DE GARANTÍA INCLUYE ADEMÁS UN SERVICIO DE ASISTENCIA LEGAL PYMES PARA USTED O SU EMPRESA, EL CUAL PODRÁ SER USADO SÓLO Y EXCLUSIVAMENTE POR EL CONTRATANTE/AFIANZADO, CON LA FINALIDAD DE RECIBIR CUALQUIERA DE LOS TIPOS DE ASESORIAS QUE SE SEÑALAN EN DOCUMENTO ADJUNTO (ANEXO 2), PARA POTENCIAR SU NEGOCIO, LLAMANDO AL TELÉFONO +56 232639600. EN HORARIOS DE ATENCIÓN: DE LUNES A JUEVES 9:00 A 18:00 Y VIERNES DE 9:00 A 16:00



ESCANEAR QR

ESTE BENEFICIO SERÁ OTORGADO TELEFONICAMENTE ES ILIMITADO DURANTE TODA LA VIGENCIA DE SU PÓLIZA DE GARANTÍA. LA EMPRESA QUE PRESTA EL SERVICIO ES ASISTENCIAS Y ASESORIAS TU ASISTENCIA SPA.

NOTAS IMPORTANTES ADICIONALES:

- 1) CUALQUIER ERROR EN LOS DATOS DE LA LICITACIÓN Y/O EN LA DESCRIPCIÓN DE LA MATERIA ASEGURADA, SERÁ DE EXCLUSIVA Y ÚNICA RESPONSABILIDAD DE QUIEN REALIZÓ LA EMISIÓN DE LA PÓLIZA EFECTUADA A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA DIGITAL.
- 2) NO SERÁN OBJETO DEL PRESENTE SEGURO, CUALQUIER TIPO DE GARANTÍA CONTRACTUAL RELACIONADA EN PARTE O EN SU TOTALIDAD CON EL CORRECTO USO DE ANTICIPOS Y/O EL CANJE DE RETENCIONES Y/O LA CORRECTA EJECUCIÓN DE LA OBRA.
- 3) EL ÚNICO MONTO ASEGURADO Y POR EL CUAL LA COMPAÑÍA SERÁ RESPONSABLE ANTE EL BENEFICIARIO DEL SEGURO, SERÁ EL INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

VALIDACIÓN DE PÓLIZAS

EVITE FRAUDE VALIDANDO SU PÓLIZA EN LÍNEA

CÓMO VALIDAR SU PÓLIZA:

1. INGRESE EN EL LINK WWW.GARANTIASEGURA.CL
2. HAGA CLIC EN EL BOTÓN QUE DICE VALIDA TU PÓLIZA.
3. DIGITAR EL NÚMERO DE PÓLIZA Y EL RUT DEL ASEGURADO O MANDANTE.
4. INGRESE SU NOMBRE Y CORREO ELECTRÓNICO.
5. HAGA CLIC EN VALIDAR PÓLIZA Y LE APARECERÁ LA VERIFICACIÓN DE SU PÓLIZA.
6. YA PODRÁ DESCARGAR CERTIFICADO DE AUTENTICIDAD

ESTA VERIFICACIÓN SE ENCUENTRA DISPONIBLE SOLAMENTE PARA LAS PÓLIZAS DE GARANTÍA EMITIDAS EN LA PLATAFORMA DE GARANTÍA SEGURA

TAMBIÉN PUEDE ESCANEAR EL CÓDIGO QR QUE APARECE EN LA PRIMERA PÁGINA DE LA PÓLIZA DESDE CUALQUIER DISPOSITIVO MÓVIL.

EN CASO DE REQUERIR LA VALIDACIÓN DE UN ENDOSO, PUEDE SOLICITARLO AL SIGUIENTE CORREO: CONTACTO@GARANTIASEGURA.CL O AL FONDO: + 56 2 3263 9604.

PROCEDIMIENTO DE DENUNCIA Y PAGO DE SINIESTROS

FORMA DE DENUNCIA

LA DENUNCIA DE SINIESTROS DEBE INFORMARSE Y REALIZARSE A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB DE LA COMPAÑÍA WWW.CONTEMPORASEGUROS.COM/DENUNCIA-TU-SINIESTRO/

REQUISITOS

NÚMERO DE LA PÓLIZA, NOMBRE DEL ASEGURADO Y MONTO RECLAMADO

FORMA DE FINIQUITO Y PAGO DE SINIESTRO

LA COMPAÑÍA EMITIRÁ FINIQUITO DE INDEMNIZACIÓN CONTRA EL CUAL SE HARÁ EL PAGO, DE ACUERDO A LO CONVENIDO ENTRE AMBAS PARTES.

SERVICIO DE ASESORIA LEGAL

CONSULTAS Y ASESORÍAS OTORGADAS:

EL SERVICIO PRESTADO CONSISTIRÁ EN LA ORIENTACIÓN LEGAL QUE CUBRE EL 100% DE HONORARIOS DE ABOGADOS DE TU ASISTENCIA, EN UN NÚMERO ILIMITADO DE CONSULTAS TELEFÓNICAS Y CORREO ELECTRÓNICO, EN LAS SIGUIENTES MATERIAS LEGALES:

MATERIAS	DETALLE ASESORÍAS EN:
DERECHO DE LOS CONTRATOS	CONTRATO DE ARRENDAMIENTO
	CONTRATO DE COMODATO
	OTROS CONTRATOS (MUTUO, MANDATO, PERMUTA, CESIÓN DE DERECHOS, ETC.)
DERECHO LABORAL	CONTRATOS DE TRABAJO
	TEMAS PREVISIONALES
	CONTRATACIONES Y FINIQUITOS
DERECHO PENAL	DELITOS (VÍCTIMAS)
	CUASIDELITOS (AUTOR Y VÍCTIMAS)
	PROCEDIMIENTO PENAL
SISTEMA DE SALUD	ISAPRES Y FONASA
	LICENCIAS MÉDICAS
	COMPIN
	SUPERINTENDENCIA DE SALUD
	PERMISOS DE MATERNIDAD (PRENATAL Y POSTNATAL)
LEY DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR	DERECHOS Y DEBERES DEL CONSUMIDOR
	FUNCIONES SERNAC
	PROCEDIMIENTO DE RECLAMO POR INFRACCIÓN A LA LEY DEL CONSUMIDOR

NO SERÁN PARTE DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

- 1) ATENCIÓN DE ASUNTOS REGIDOS POR UNA LEGISLACIÓN DISTINTA A LA CHILENA.
- 2) ACCIONES CONTRA BANCOS, INSTITUCIONES FINANCIERAS Y COMPAÑÍAS DE SEGUROS, ESPECIALMENTE ACCIONES CONTRA RENTA NACIONAL SEGUROS GENERALES.
- 3) TEMAS LEGALES NO CUBIERTOS NI DETALLADOS EN EL CUADRO DE COBERTURAS.

VIGENCIA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

LA VIGENCIA DEL SERVICIO DE ASISTENCIA, SERÁ LA MISMA DE LA PÓLIZA DE GARANTÍA, YA SEA SERIEDAD DE LA OFERTA O FIEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

PROCESO GENERAL DE SOLICITUD DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

EN CASO DE QUE UN ASEGURADO REQUIERA DE LOS SERVICIOS CONTEMPLADOS, SE COMUNICARÁ CON LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA AL SIGUIENTE NÚMERO TELEFÓNICO: DESDE RED FIJA: 232639600, DE LUNES A JUEVES DE 9:00 A 18:00 HORAS Y LOS DÍAS VIERNES DE 09:00 A 16:00 HORAS. TAMBIÉN PODRÁ REALIZAR LA CONSULTA AL SIGUIENTE CORREO ELECTRÓNICO: CONTACTOS@GARANTIASSEGURIA.CL

POLÍZA DE GARANTÍA A PRIMER REQUERIMIENTO Y A LA VISTA

INCORPORADA AL DEPÓSITO DE PÓLIZAS BAJO EL CÓDIGO POL 120170111

CONDICIONES GENERALES

PRIMERO: REGLAS APLICABLES AL CONTRATO

SERÁN APLICABLES AL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LOS ARTÍCULOS SIGUIENTES Y LAS NORMAS LEGALES DE CARÁCTER IMPERATIVO ESTABLECIDAS EN EL TÍTULO VIII, DEL LIBRO II, DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN ESPECIAL LO INDICADO EN EL INCISO TERCERO DEL ARTÍCULO 583, EL QUE ESTABLECE: "ESTE TIPO DE SEGURO PODRÁ SER A PRIMER REQUERIMIENTO, EN CUYO CASO LA INDEMNIZACIÓN DEBERÁ SER PAGADA AL ASEGURADO DENTRO DEL PLAZO QUE ESTABLECE LA PÓLIZA, SIN QUE LA OPOSICIÓN DE EXCEPCIONES PUEDA SER INVOCADA PARA CONDICIONAR O DIFERIR DICHO PAGO". SIN EMBARGO, SE ENTENDERÁN VÁLIDAS LAS ESTIPULACIONES CONTRACTUALES QUE SEAN MÁS BENEFICIOSAS PARA EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO.

SEGUNDO: DEFINICIONES

PARA LOS EFECTOS DE ESTA PÓLIZA SE ENTIENDE POR:

- A) "ASEGURADO": AQUEL A QUIEN AFECTA EL RIESGO QUE SE TRANSFIERE AL ASEGURADOR
- B) "BENEFICIARIO": EL QUE, AÚN SIN SER ASEGURADO, TIENE DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN EN CASO DE SINIESTRO
- C) "AFIANZADO": LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA QUE, EN VIRTUD DE LEY O CONTRATO, TIENE OBLIGACIONES CON EL ASEGURADO O ACREEDOR. PUEDE COINCIDIR CON EL TOMADOR.
- D) "CONTRATANTE", "CONTRAYENTE" O "TOMADOR": EL QUE CELEBRA EL SEGURO CON EL ASEGURADOR Y SOBRE QUIEN RECAEN, EN GENERAL, LAS OBLIGACIONES Y CARGAS DEL CONTRATO.
- E) "ASEGURADOR" O "COMPAÑÍA": EL QUE TOMA POR SU CUENTA EL RIESGO.
- F) "LEY" O "CONTRATO": EL INDIVIDUALIZADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, CUYAS OBLIGACIONES QUEDAN CUBIERTAS POR LA PÓLIZA. DENTRO DEL TÉRMINO "LEY", SE ENTENDERÁN TAMBIÉN COMPRENDIDAS LAS NORMAS REGLAMENTARIAS O ADMINISTRATIVAS QUE LA COMPLEMENTE.

TERCERO: COBERTURA Y MATERIA ASEGURADA

LA PRESENTE PÓLIZA GARANTIZA EL FIEL CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL AFIANZADO DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS EN VIRTUD DE LA LEY O DEL CONTRATO INDIVIDUALIZADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA, SIEMPRE QUE EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES GARANTIZADAS SEA IMPUTABLE AL AFIANZADO O PROVENGA DE CAUSAS QUE AFECTEN DIRECTAMENTE SU RESPONSABILIDAD. SE CONSIDERA QUE FORMAN PARTE DE DICHO CONTRATO LAS BASES ADMINISTRATIVAS, LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, LOS PLANOS Y EN GENERAL TODOS LOS DOCUMENTOS QUE CONFORME AL CONTRATO DEBE ENTENDERSE QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DEL MISMO. EL TEXTO DEL REFERIDO CONTRATO Y LOS DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DE ÉL, SON LOS QUE EL TOMADOR HA ENTREGADO A LA COMPAÑÍA AL MOMENTO DE SOLICITAR LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO. LA PRESENTE PÓLIZA GARANTIZA HASTA EL MONTO ASEGURADO, LOS DAÑOS PATRIMONIALES QUE EL ASEGURADO SUFRA COMO CONSECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS POR EL AFIANZADO. LAS MULTAS O CLÁUSULAS PENALES PACTADAS EN EL CONTRATO NO QUEDAN CUBIERTAS POR ESTE SEGURO, A MENOS QUE SE HAYA ESTIPULADO EXPRESAMENTE OTRA COSA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.

CUARTO: PAGO DE LA PRIMA

CORRESPONDE A UNA OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE. EN CONSECUENCIA, LA FALTA DE PAGO DE LA MISMA, NO SERÁ Oponible NI AFECTARÁ EN MODO ALGUNO LOS DERECHOS DEL ASEGURADO FRENTE AL ASEGURADOR.

QUINTO: VIGENCIA DE LA PÓLIZA, DENUNCIA Y PAGO DE SINIESTRO

ESTA PÓLIZA SOLO CUBRE LOS RIESGOS QUE OCURRAN DURANTE SU VIGENCIA. PARA PROCEDER AL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, EL ASEGURADO DEBERÁ HABER NOTIFICADO AL ASEGURADOR, TAN PRONTO SEA POSIBLE UNA VEZ TOMADO CONOCIMIENTO, DE LA OCURRENCIA DE CUALQUIER HECHO QUE PUEDA CONSTITUIR O CONSTITUYA UN SINIESTRO, INDICANDO, ADEMÁS, EL MONTO RECLAMADO, EL NÚMERO DE PÓLIZA Y EL NOMBRE DEL ASEGURADO. CUMPLIDO LO ANTERIOR, EL ASEGURADOR DEBERÁ PAGAR A LA VISTA Y EN FORMA INMEDIATA, LA SUMA REQUERIDA, SIN QUE CORRESPONDA EXIGIR MAYORES ANTECEDENTES RESPECTO DE LA PROCEDENCIA Y EL MONTO DEL SINIESTRO. QUEDA CONVENIDO ENTRE LAS PARTES QUE LA DEVOLUCIÓN, POR EL ASEGURADO A LA COMPAÑÍA, DE LA PRESENTE PÓLIZA O DEL EJEMPLAR QUE HAGA SUS VECES, ANTES DEL TÉRMINO DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA, IMPLICA POR PARTE DEL ASEGURADO RENUNCIA EXPRESA DE SUS DERECHOS A RECLAMAR INDEMNIZACIÓN POR LOS RIESGOS CUBIERTOS POR LA MISMA.

SEXTO: SUBROGACIÓN

POR EL HECHO DEL PAGO DEL SINIESTRO LA COMPAÑÍA QUEDA AUTOMÁTICA Y LEGALMENTE SUBROGADA EN LOS DERECHOS Y ACCIONES QUE EL ASEGURADO TENGA CONTRA EL AFIANZADO, DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 534 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. SIN PERJUICIO DE LO ANTERIOR, LA COMPAÑÍA TIENE DERECHO A QUE EL AFIANZADO LE REEMBOLSE TODA SUMA QUE ELLA HAYA PAGADO AL

ASEGURADO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA CON LOS REAJUSTES E INTERESES QUE CORRESPONDAN.

SÉPTIMO: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

SERÁ TRIBUNAL COMPETENTE PARA CONOCER DE LAS CAUSAS A QUE DIERE LUGAR EL CONTRATO DE SEGURO, INDISTINTAMENTE EL DEL DOMICILIO DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES. CUALQUIER DIFICULTAD QUE SE SUSCITE ENTRE EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO, SEGÚN CORRESPONDA O CESIONARIO EN SU CASO, Y LA COMPAÑÍA, SEA EN RELACIÓN CON LA VALIDEZ O INEFICACIA DEL CONTRATO DE SEGURO, O CON MOTIVO DE LA INTERPRETACIÓN O APLICACIÓN DE SUS CONDICIONES GENERALES O PARTICULARES, SU CUMPLIMIENTO O INCUMPLIMIENTO, O SOBRE LA PROCEDENCIA O EL MONTO DE UNA INDEMNIZACIÓN RECLAMADA AL AMPARO DEL MISMO, SERÁ RESULTA POR UN ÁRBITRO ARBITRADOR, NOMBRADO DE COMÚN ACUERDO POR LAS PARTES CUANDO SURJA LA DISPUTA. SI LOS INTERESADOS NO SE PUSIEREN DE ACUERDO EN LA PERSONA DEL ÁRBITRO, ÉSTE SERÁ DESIGNADO POR LA JUSTICIA ORDINARIA Y, EN TAL CASO, EL ÁRBITRO TENDRÁ LAS FACULTADES DE ARBITRADOR EN CUANTO AL PROCEDIMIENTO, DEBIENDO DICTAR SENTENCIA CONFORME A DERECHO. LAS DISPUTAS QUE SURJAN CON MOTIVO DE UN SINIESTRO CUYO MONTO SEA INFERIOR A 10.000 UNIDADES DE FOMENTO, EL ASEGURADO O BENEFICIARIO PODRÁ OPTAR POR EJERCER SU ACCIÓN ANTE LA JUSTICIA ORDINARIA.

OCTAVO: COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

TODAS LAS NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES QUE SE REALICEN CON OCASIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DEBERÁN EFECTUARSE A LAS DIRECCIONES DE CORREO ELECTRÓNICO QUE ACUERDEN LAS PARTES. NO OBSTANTE, LO ANTERIOR, LAS COMUNICACIONES PODRÁN EFECTUARSE POR ESCRITO Y PODRÁN REMITIRSE, MEDIANTE ENTREGA EN EL DOMICILIO DE LA PARTE DESTINATARIA O ENVÍO DE CARTA CERTIFICADA DIRIGIDA A TAL LUGAR. LAS NOTIFICACIONES EFECTUADAS POR MEDIO DE CORREO ELECTRÓNICO SE ENTENDERÁN REALIZADAS AL DÍA HÁBIL SIGUIENTE DE HABERSE ENVIADO ÉSTAS; LAS EFECTUADAS MEDIANTE ENTREGA EN EL DOMICILIO DE LA PARTE DESTINATARIA, SE ENTENDERÁN REALIZADAS EL DÍA EN QUE FUERON ENTREGADAS, Y LAS NOTIFICACIONES HECHAS POR CARTA CERTIFICADA, SE ENTENDERÁN REALIZADAS AL TERCER DÍA HÁBIL SIGUIENTE AL INGRESO A CORREO DE LA CARTA, SEGÚN EL TIMBRE QUE CONSTE EN EL SOBRE RESPECTIVO.

INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

EN VIRTUD DE LA CIRCULAR N° 2131 DE 28 DE NOVIEMBRE DE 2013, LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS, CORREDORES DE SEGUROS Y LIQUIDADORES DE SINIESTROS, DEBERÁN RECIBIR, REGISTRAR Y RESPONDER TODAS LAS PRESENTACIONES, CONSULTAS O RECLAMOS QUE SE LES PRESENTEN DIRECTAMENTE POR EL CONTRATANTE, ASEGURADO, BENEFICIARIOS O LEGÍTIMOS INTERESADOS, SURGIDAS CON MOTIVO DE SU RELACIÓN CON ELLOS.

LAS PRESENTACIONES PUEDEN SER EFECTUADAS EN LA CASA MATRIZ Y EN TODAS LAS AGENCIAS, OFICINAS O SUCURSALES DE LAS ENTIDADES EN QUE SE ATIENDA PÚBLICO, PRESENCIALMENTE, POR CORREO POSTAL O MEDIOS ELECTRÓNICOS, SIN FORMALIDADES, EN EL HORARIO NORMAL DE ATENCIÓN.

RECIBIDA UNA PRESENTACIÓN, CONSULTA O RECLAMO, ÉSTA DEBERÁ SER RESPONDIDA EN EL PLAZO MÁS BREVE POSIBLE, EL QUE NO PODRÁ EXCEDER DE 20 DÍAS HÁBILES CONTADOS DESDE SU RECEPCIÓN.

EL INTERESADO, EN CASO DE DISCONFORMIDAD RESPECTO DE LO INFORMADO, O BIEN CUANDO EXISTA DEMORA INJUSTIFICADA DE LA RESPUESTA, PODRÁ RECURRIR A LA SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS, ÁREA DE PROTECCIÓN AL INVERSIONISTA Y ASEGURADO, CUYAS OFICINAS SE ENCUENTRAN UBICADAS EN AV. LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS 1449, PISO 1° O A TRAVÉS DEL SITIO WEB WWW.SVSL.CL.



Contemporaria Compañía de Seguros Generales S.A.



Código: 1703603087554Z3545 validar en <https://www2.esigner.cl:8543/EsignerValidar/verificar.jsp>

19 DIC 2023

Parral,

DECRETO EXENTO N° 6758

VISTOS:

1. La Solicitud de Compras N°1076, de don Javier Alegría Ortega, Secretario de Bienestar del Departamento de Salud de Parral.
2. El Decreto Exento N°6.283, de fecha 27.11.2023, que aprueba las Bases Administrativas, Anexos y demás antecedentes, de la Licitación Pública, denominada "PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD BIENESTAR PARRAL 2024", ID 1754-49-LP23.
3. El Oficio N°709, de fecha 14.12.2023, que contiene el informe técnico de la Comisión Evaluadora con sugerencia de adjudicación.
4. El Oficio N°710, de fecha 14.12.2023, que solicita al Concejo Municipal la aprobación para adjudicar y suscribir contrato de la licitación "PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD BIENESTAR PARRAL 2024", ID 1754-49-LP23, debido a que el monto a adjudicar supera las 500 UTM.
5. LA SESIÓN DEL CONCEJO MUNICIPAL, de fecha 19.12.2023, que autoriza la adjudicación y suscripción de contrato de la licitación antes referida.
6. La Sentencia definitiva de fecha 10.06.2021 dictada por el Tribunal Electoral Regional del Maule.
7. Acta de Proclamación de fecha 16.06.2021 del Tribunal Electoral Regional del Maule.
8. Juramento prestado en Sesión de instalación del Honorable Concejo Comunal de Parral celebrada el 28.06.2021.
9. Declaración de Asunción de funciones efectuada por el Decreto Afecto N° 1.282 del 29.06.2021.
10. El D.F.L. N°1-3063 de 1980 del Ministerio del Interior.
11. La Ley 19.378 de fecha 13.04.1995, Ministerio de Salud.
12. La ley N° 19.886 de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.
13. Las facultades que me confiere la Ley N°18.695, Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones posteriores.

CONSIDERANDO:

1. Que, mediante Decreto N°6.283, de fecha 27.11.2023, se aprobaron las Bases Administrativas, Especificaciones Técnicas, Anexos y demás antecedentes de licitación pública denominada "PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD BIENESTAR PARRAL", ID 1754-49-LP23, para socios y cargas del Servicio de Bienestar Salud de Parral.
2. Que, se presentó una oferta a la propuesta pública en comento, del proveedor COOPERATIVA DE SERVICIOS MEDICOS SERMECOOP LTDA., RUT N° 70.375.900-9, quien cumple a cabalidad con lo solicitado en Bases Administrativas y Técnicas, presentando una oferta por un monto total anual de 2.444,16 UF (Exento de IVA), entrando el contrato en vigor a partir de la total tramitación de los actos administrativos que lo aprueban hasta el día 31.12.2024 y detalladas de la siguiente manera:



ITEM N°	DETALLE	VALOR UNITARIO (UF) POR BENEFICIARIO
1	Plan Complementario de Salud Para el Servicio de Bienestar del Departamento de Salud de Parral.	0.568
2	Seguro Catastrófico Asegurado Titular	0.040

DECRETO:

- ADJUDIQUÉSE**, la propuesta pública denominada "PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD BIENESTAR PARRAL", ID 1754-49-LP23, de acuerdo a Oficio N°709 de Evaluación Técnica de fecha 14.12.2023, adjunto al presente decreto al proveedor COOPERATIVA DE SERVICIOS MÉDICOS SERMECOOP LTDA., RUT N° 70.375.900-9, por un monto total anual de 2.444,16 UF (Valor Exento de IVA), contratación que entrará en vigor a partir de la total tramitación de los actos administrativos que lo aprueban hasta el día 31.12.2024.
- PÁGUESE**, el gasto que se representa el presente decreto exento por el Servicio Bienestar de Salud Municipal.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.-



Alejandra Román Clavijo

ALEJANDRA ROMÁN CLAVIJO
 Secretaria Municipal



Paula Retamal Urrutia

PAULA RETAMAL URRUTIA
 Alcaldesa de Parral

IVV.-

DISTRIBUCION:

-Copia Digital: compras@saludparral.cl

<p>UNIDAD JURÍDICA SALUD MARCELA SOTO MEJÍA</p> 	<p>DIRECTOR COMUNAL DE SALUD DARWIN MAUREIRA TAPIA</p> 
--	---

Oficio N° 710.-

Ant.: Adjudicación Licitación "Plan Complementario de Salud Bienestar Parral 2024".

Mat.: Solicita Autorización para Adjudicar Licitación.

Parral, 14 de diciembre de 2023.-

DE : DIRECTOR DEPTO. DE SALUD PARRAL
SR. DARWIN MAUREIRA TAPIA.

PARA : ALCALDESA COMUNA DE PARRAL
SRA. PAULA RETAMAL URRUTIA

Junto con saludar, a través del presente documento, solicito a usted, tener a bien lo siguiente:

1. Someter a acuerdo del Honorable Concejo Municipal la Adjudicación de propuesta pública denominada "Plan Complementario de Salud Bienestar Parral 2024", por un monto total aproximado de NOVENTA MILLONES DE PESOS (\$90.000.000.-), IVA incluido.
2. Se realizó proceso licitatorio, con el objetivo de adquirir un Plan Complementario de salud para funcionarios del Departamento de Salud Municipal.
3. Que, tal como lo señala el artículo 65, letra j) de la Ley 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, dispone que "Se requerirá el acuerdo del Concejo para celebrar los convenios y contratos que involucren montos iguales o equivalentes a 500 UTM".
4. Considerando lo anterior, es que se solicita al Honorable Concejo Municipal, aprobar la adjudicación al proveedor COOPERATIVA DE SERVICIOS SERMECOOP LTDA., RUT 70.375.900-9, único postulante a la propuesta pública denominada "Plan Complementario de Salud Bienestar Parral 2024" ID 1754-49-LP23, cumpliendo con lo solicitado, tanto en lo técnico como en lo económico.

Para su conocimiento y resolución, saluda atentamente a Ud.



Darwin Maureira Tapia
DARWIN MAUREIRA TAPIA
DIRECTOR

DEPTO. DE SALUD MUNICIPAL

DMT/ivv.-

Distribución:

- Of. Partes I. Municipalidad de Parral
- Alcaldesa
- Concejales (6)
- Adquisiciones Departamento de Salud



OFICIO. : N° 709 /

ANT : Propuesta Pública "PLAN
COMPLEMENTARIO DE SALUD BIENESTAR
PARRAL 2024", ID 1754-49-LP23

MAT : Envía Informe Técnico y sugiere lo que indica.
Parral, 14 de diciembre de 2023.

DE: COMISION EVALUADORA LICITACIÓN PÚBLICA

**A : ALCALDESA COMUNA DE PARRAL
SRA. PAULA RETAMAL URRUTIA**

I.- ANTECEDENTES GENERALES DE LA LICITACIÓN:

NOMBRE DE LA PROPUESTA: "PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD BIENESTAR
PARRAL 2024"

N° LICITACION: 1754-49-LP23

II.- COMISIÓN TÉCNICA:

Nombre del Funcionario	N° de RUT
ROSA MAUREIRA MELLA	18.559.258-8
FELIPE VÁSQUEZ CASTILLO	16.822.432-K
JAVIER ALEGRIA ORTEGA	13.842.411-1

Generalidades:

Que el Servicio de Bienestar del Departamento de Salud de Parral, llamó a licitación pública para la adquisición de un Plan Complementario de Salud para funcionarios de la misma Institución.

III.- PROVEEDORES PRESENTADOS:

N°	PROVEEDORES	RUT
1	COOPERATIVA DE SERVICIOS MEDICOS SERMECOOP LTDA. (SERMECOOP)	70.375.900-9

No existen otras Ofertas.

Revisando los aspectos formales de presentación de la oferta en el Acto de Apertura, se consigna que:

La Cooperativa de Servicio Médicos Sermecoop Ltda., se encuentra hábil en Chileproveedores y presenta todos los documentos administrativos y técnicos según las Bases de Licitación.

La Cooperativa de Servicio Médicos Sermecoop Ltda. (SERMECOOP): da cumplimiento a las Bases de Licitación por lo que se procede a evaluar su oferta.

IV.- CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

Oferta Económica	40%
Oferta Técnica	40%
Presencia Regional	15%
Presentación de documentos formales	5%
Total	100%

V.- EVALUACIÓN DE LA OFERTA:

1. Evaluación de la Oferta Económica (40%)

- La Oferta Económica, resultará del análisis mínimo costo, donde se considerará la relación entre cada oferta y la de menor costo de acuerdo a fórmula:
- Se deberá ofertar en (UF)
- Para efectos de la propuesta económica los oferentes debieron ofertar por el valor unitario individual de la Prima Mensual de la Póliza de cada beneficiario.

- Plan Complementario de Salud:

OM, Oferta Mínima	$\frac{0,5680}{0,5680} \times 100$
OE, Oferta Evaluada	(0,5680) = 100 puntos

- Seguro Catastrófico Asegurado Titular:

OM, Oferta Mínima	$\frac{0,0400}{0,0400} \times 100$
OE, Oferta Evaluada	(0,0400) = 100 puntos

2.-EVALUACION TECNICA 40%

Subfactores:

2.1).- Necesidades, Características y Requerimientos que debe cumplir el Plan Complementario de Salud 20%

EVALUACION TECNICA	PUNTAJE
SERMECOOP LTDA., cumple con las necesidades, características y requerimientos solicitados en el punto n°3 de las Bases Técnicas.	100

2.2).- Cuadro de cobertura individual: 20%

EVALUACION TECNICA	PUNTAJE
SERMECOOP LTDA., mantiene el cuadro de cobertura individual indicado en el punto n°2 de las Bases Técnicas.	100

EVALUACION TECNICA	PUNTAJE
Oferta que mantenga y/o mejore el cuadro de cobertura individual indicado en el punto n°2 de las bases técnicas.	100

3).- PRESENCIA REGIONAL 15%

Se entiende como presencia Regional las ofertas que indiquen contar con sucursales u oficinas de atención al público dentro de la VII Región.

EVALUACION TECNICA	PUNTAJE
SERMECOOP LTDA., cuenta con presencia regional en la ciudad de Talca.	100

4.-PRESENTACION DE DOCUMENTOS FORMALES:

Cumplimiento de los requisitos formales. 5%

Presentación de documentación solicitada: ponderación 5%

Cumplimiento de requisitos.	PUNTAJE
SERMECOOP LTDA., al momento de la apertura, cumple con todos los documentos y requerimientos solicitados en el art. 19 de las Bases Administrativas y Técnicas.	100

Según lo expuesto en la presente evaluación y considerando la ponderación obtenida, se propone, salvo mejor parecer de la Sra. Alcaldesa, la Adjudicación de la Propuesta Pública N°1754-49-LP23, denominada "PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD BIENESTAR PARRAL 2024", al oferente COOPERATIVA DE SERVICIOS MÉDICOS SERMECOOP LTDA. R.U.T. N°70.375.900-9, que obtuvo una ponderación total de un 100%, de acuerdo a lo ofertado en el Anexo N° 2, Formulario Oficial y Contenido Plan de Salud, ambos adjuntos al presente informe, por un monto total anual de 2.444,16 UF (Exento de IVA).

Oferente Adjudicado : COOPERATIVA DE SERVICIOS MÉDICOS SERMECOOP LTDA
 R.U.T. N° : 70.375.900-9

MATERIA DE LA LICITACION

ITEM N°	Comprador	VALOR UNITARIO (UF) POR BENEFICIARIO
1	Plan Complementario de Salud Para el Servicio de Bienestar del Departamento de Salud de Parral.	0,568
2	Seguro Catastráfico Asegurado Titular	0,040
	TOTAL	0,608

En conformidad firman, según Decreto Exento N° 6.283 que aprobó las Bases Administrativas y Técnicas, de fecha 27 de noviembre de 2023.



JAVIER ALEGRÍA ORTEGA
 SECRETARIO



FELIPE VÁSQUEZ CASTILLO
 TESORERO



ROSA MAUREIRA MELLA
 PRESIDENTA

Parral, 27 NOV 2023

DECRETO EXENTO N° 6283

VISTOS:

1. La Solicitud de Compras N°1076, de don Javier Alegría Ortega, Secretario de Bienestar del Departamento de Salud de Parral.
2. Las Bases Administrativas, Anexos y demás antecedentes, de la Licitación Pública, denominada "PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD BIENESTAR PARRAL 2024", ID 1754-49-LP23.
3. La Sentencia definitiva de fecha 10.06.2021 dictada por el Tribunal Electoral Regional del Maule.
4. Acta de Proclamación de fecha 16.06.2021 del Tribunal Electoral Regional del Maule.
5. Juramento prestado en Sesión de instalación del Honorable Concejo Comunal de Parral celebrada el 28.06.2021.
6. Declaración de Asunción de funciones efectuada por el Decreto Afecto N° 1.282 del 29.06.2021.
7. El Decreto Exento Siaper N°1.928, de fecha 24.11.2023, que nombra Secretaria Municipal Subrogante a doña ERICA GAJARDO PÉREZ, Directivo, Grado 7° E.M.S.
8. El D.F.L. N°1-3063 de 1980 del Ministerio del Interior.
9. La Ley 19.378 de fecha 13.04.1995, Ministerio de Salud.
10. La ley N° 19.886 de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.
11. Las facultades que me confiere la Ley N°18.695, Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones posteriores.

1

CONSIDERANDO:

1. Que el Servicio de Bienestar del Departamento de Salud de Parral, llama a licitación pública para la adquisición de un Plan Complementario de Salud para funcionarios de la misma Institución.

DECRETO:

1. **APRUÉBESE**, Las Bases Administrativas, Bases Técnicas y demás antecedentes de la Licitación Pública denominada "**PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD BIENESTAR PARRAL 2024**", ID 1754-49-LP23.
2. **DESÍGNESE**, como miembros de la comisión evaluadora para la licitación antes mencionada, a los siguientes funcionarios:

Nombre del Funcionario	RUT	CARGO
ROSA MAUREIRA MELLA	18.559.258-8	Presidenta Bienestar
FELIPE VÁSQUEZ CASTILLO	16.822.432-K	Tesorero Bienestar
JAVIER ALEGRÍA ORTEGA	13.842.411-1	Secretario Bienestar

3. **PÁGUESE**, el gasto que se representa el presente decreto exento por el Servicio Bienestar de Salud Municipal.



BASES DE LICITACION PÚBLICA PARA LA ADQUISICION DE PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD 2024 SERVICIO DE BIENESTAR DEPARTAMENTO DE SALUD DE PARRAL

BASES ADMINISTRATIVAS

1. Antecedentes y Disposiciones Generales de la Licitación

Artículo 1: El Servicio de Bienestar del Departamento de Salud de Parral, en adelante "el Servicio de Bienestar Salud", llama a licitación pública para la adquisición de un Plan Complementario de Salud 2024, para el Servicio de Bienestar Salud Parral.

Artículo 2: Las presentes Bases Administrativas, constituyen el instrumento guía a aplicar en el Proceso de Licitación pública convocada por el Servicio de Bienestar de Salud, para la adquisición de un Plan Complementario de Salud.

Artículo 3: Bases. Estas Bases se encuentran conformadas por los siguientes cuerpos o apartados normativos:

- I. Bases Administrativas
- II. Bases Técnicas
- III. Anexos

Artículo 4: Normativa y Orden de Precedencia de los Documentos. Sin perjuicio de la normativa legal vigente, esta licitación se regirá por los siguientes documentos, cuya orden de precedencia, en caso de existir discrepancia entre ellos, será el que a continuación se indica:

- a) Las presentes Bases Administrativas.
- b) Las Bases Técnicas.
- c) La Licitación con todos sus documentos anexos.

Artículo 5: Definiciones. Para la correcta interpretación de las presentes Bases, de los documentos de la licitación y del contrato que se celebre, se conviene las siguientes abreviaciones y definiciones:

- **El Servicio de Bienestar Salud:** El Servicio de Bienestar del Departamento de Salud de Parral.
- **Licitación:** Es el procedimiento mediante el cual se solicita a proponentes ofertas destinadas a la adquisición de los bienes o servicios que se señalan. Se inicia con el llamado a Propuesta Pública y finaliza con la adjudicación.
- **Bases:** Conjunto de normas que regulan el Proceso de Adquisición de los Bienes o Servicios individualizados en las especificaciones técnicas, a las que deben ceñirse todas las partes interesadas. Comprende las Bases Administrativas y Técnicas, condiciones generales del contrato, Anexos y cualquier otro antecedente que forme parte de la licitación pública.
- **Bases Administrativas:** Cuerpo o apartado normativo de las Bases que regula el proceso de licitación.

- **Proponente u Oferente:** Personas naturales o jurídicas que participan en el proceso de licitación mediante la presentación de una propuesta, en la forma y condiciones establecidas en estas Bases.
- **Evaluación de Licitación del Depto. de Salud:** Se estudiará y evaluará las ofertas y antecedentes, y se elaborará un cuadro comparativo o evaluativo de las ofertas, considerando en su análisis todos los antecedentes exigidos a los oferentes, sean estos de carácter técnico, legal, económico u otros.
- **Contraparte Técnica:** Unidad de “El Servicio de Bienestar Salud” encargado de coordinar el proceso de licitación, actual como interlocutor de los licitantes y del Ejecutor, en todo lo relacionado con materias técnicas y administrativas propias de la licitación y el contrato que regula la relación entre las partes.
- **Adjudicatario:** Persona natural o jurídica cuya propuesta, presentada dentro del marco del proceso de licitación, es seleccionada.
- **Ejecutor:** Profesional o especialista designado por el adjudicatario para actuar como interlocutor válido del mismo ante “El Servicio de Bienestar Salud” en todos los asuntos técnicos relativos a la ejecución de los servicios contratados.
- **Resolución de Adjudicación:** Es el documento administrativo mediante el cual se adjudica la propuesta.
- **Especificaciones Técnicas:** Conjunto de características y condiciones particulares que deberán cumplir los Bienes o Servicios objeto de la presente licitación.
- **Oferta o Propuesta:** Proposición técnica o económica presentada por el oferente.
- **Mandante:** Es la entidad que ordena efectuar la licitación y tiene la administración financiera del Proyecto. Le corresponderá llamar a licitación, analizar y evaluar las ofertas, resolver la adjudicación y realizar la recepción de los Bienes o Servicios. En este proceso de licitación el Mandante es el **SERVICIO DE BIENESTAR SALUD PARRAL** con domicilio en **Aníbal Pinto N° 1189, Comuna de Parral**, VII Región del Maule.

3

Artículo 6: Plazos. Para los efectos de esta licitación todos los plazos establecidos en estas Bases, serán de días corridos salvo que expresamente se indique que serán de días hábiles. Todas las aclaraciones y/o consultas con respecto de esta Licitación se deberán realizar mediante la plataforma del portal Web <http://www.mercadopublico.cl>

Los plazos señalados en las presentes bases administrativas son de carácter estimativo referencial, quedando como definitivos aquellos que se indiquen en el formulario de bases electrónicas.

Artículo 7: Domicilio y Competencia. Para los efectos de esta licitación, los oferentes fijan domicilio en la Comuna y Ciudad de Parral y se someten a la competencia de sus Tribunales de Justicia.

Artículo 8: Esta licitación pública será en base al valor que experimente la Unidad de Fomento (**UF**), y los montos serán fijados por los proponentes. Los pagos se efectuarán en conformidad a lo establecido en estas Bases.

2. Llamado a Licitación, entrega de Bases y Participantes

Artículo 9: Llamado a Licitación. El llamado a licitación se publicará vía Internet en el Portal Web <http://www.mercadopublico.cl>.

Artículo 10: Entrega de Bases. Las Bases que rigen la presente licitación se encontrarán a disposición de los interesados en el Portal Web <http://www.mercadopublico.cl>.

Artículo 11: Documentos de la Licitación. El análisis de las ofertas, contratos y todos los trámites necesarios que lleven a la correcta entrega y uso de los Bienes o Servicios a adquirir, según lo señalado en las Especificaciones Técnicas, se regirán por los documentos indicados a continuación, todos los cuales el oferente declara conocer y respetar.

1. Las presentes Bases Administrativas Generales.
2. Las Bases Técnicas.
3. Consultas, aclaraciones y respuestas sobre aspectos administrativos y técnicos efectuadas por los oferentes a través de mercado público.
4. La Oferta del proponente.
5. Los anexos constituidos por los formularios que el oferente obligatoriamente debe presentar con su oferta, de lo contrario, su oferta no ingresará al proceso de evaluación.
6. Las presentaciones formales que el o los oferentes realicen de sus Bienes o Servicios, y los documentos escritos que estos ingresen al portal.
7. Las actas.

Artículo 12: Requisitos de los Participantes. Podrán participar en la presente propuesta todas las personas naturales o jurídicas que hayan obtenido las bases a través del portal www.mercadopublico.cl y que cumplan con los requisitos y términos señalados en las presentes Bases.

No podrán participar en la presente licitación las personas naturales o jurídicas que se excluyen en el artículo 4° de la Ley 19.886.

Artículo 13: Consultas y Aclaraciones. Los proponentes podrán formular consultas o solicitar aclaraciones respecto de las presentes Bases, las que deberán ser realizadas mediante el Foro del Portal Web <http://www.mercadopublico.cl>.

No serán admitidas las consultas o aclaraciones formuladas fuera de plazo o por un conducto diferente al señalado.

“El Servicio de Bienestar Salud” realizará las aclaraciones a las Bases comunicando las respuestas a través del Portal Web <http://www.mercadopublico.cl>.

Las aclaraciones, derivadas de este proceso de consultas, formarán parte integrante de las Bases, teniéndose por conocidas y aceptadas por todos los participantes aun cuando el oferente no las hubiere solicitado, por lo que los proponentes no podrán alegar desconocimiento de las mismas.

Los proponentes en el momento de presentar su oferta declaran conocer todos los antecedentes asociados a la licitación, aceptando íntegramente lo expuesto en las Bases, en señal de lo cual entregan la Declaración Jurada que forma parte de los anexos mencionados en el **Formulario Anexo N°1**.

El oferente se obliga a efectuar por su cuenta el completo estudio de los antecedentes especificados en estas Bases. Si producto del estudio el oferente estimare que existen contradicciones o ausencias de información, deberá formular las consultas pertinentes a "Servicio de Bienestar Salud" a través del Portal www.mercadopublico.cl en el plazo establecido en las presentes Bases.

Con motivo de las aclaraciones "El Servicio de Bienestar Salud", podrá rectificar, aclarar o modificar estas Bases Administrativas, las Especificaciones Técnicas y los demás documentos que formen parte de la licitación.

Modificación de los Documentos de Licitación: "El Servicio de Bienestar Salud" podrá, por cualquier causa y en cualquier momento, antes de que venza el plazo para la presentación de ofertas, modificar los documentos de licitación, mediante enmienda, ya sea por iniciativa propia o en atención a una aclaración solicitada por un oferente. Estas enmiendas pasarán a formar parte integrante de estas Bases y del contrato respectivo y serán informadas a través del Portal www.mercadopublico.cl a todos los interesados, en la misma fecha establecida en las Bases Administrativas para publicar las respuestas a consultas. En caso de haber modificación a las Bases se otorgará un plazo para que los oferentes ajusten sus ofertas a estos nuevos términos. Sin perjuicio de la total tramitación del Acto Administrativo aprobatorio de la respectiva modificación.

5

3. Presentación y Contenido de la Propuesta

Artículo 14: Podrán presentar ofertas las personas naturales o jurídicas y proveedores, autorizadas y con representación oficial en Chile, y que cumplan los requisitos señalados en las Bases de licitación.

Artículo 15: Todos los documentos asociados al proceso de licitación deberán ser en idioma español.

Artículo 16: La omisión, distorsión o falsificación de cualquiera de los documentos o antecedentes requeridos en las Bases, será causal suficiente para rechazar la propuesta presentada.

Artículo 17: La Evaluación del Servicio de Bienestar Salud, en base al informe emitido en el proceso de evaluación adjudicará al oferente que, de acuerdo a los criterios establecidos en las Bases, haya obtenido el mayor puntaje en la evaluación.

Artículo 18: Presentación de las Propuestas. Cada proponente podrá presentar una o más propuestas por el producto licitado. Las propuestas se presentarán en el Portal www.mercadopublico.cl debiendo informar en ese sitio los precios,

condiciones económicas, marcas y cualquier otro dato relevante de los Bienes o Servicios ofertados y de su instalación.

Artículo 19: Contenido de las Propuestas. Las propuestas deberán incluir además los siguientes documentos:

1. **Formulario Anexo N°1:** Declaración Jurada Simple de aceptación y conocimiento de las Bases Administrativas y Técnicas, Anexos y demás antecedentes de la licitación.
2. **Formulario Anexo N°2:** Oferta Técnico-Económica.
3. **Formulario Anexo N°3:** Declaración Jurada Simple de no estar en algunas de las situaciones previstas en el Art. 4° de la Ley 19.886.
4. **Formulario Anexo N°4:** Cuadro de Cobertura Individual

NOTA: Será obligación del oferente presentar estos cuatro (4) formularios en su propuesta. La no presentación de uno de los formularios será motivo de causal para que la oferta por incumplimiento de lo estipulado en las presentes bases no ingrese al proceso de evaluación.

Se podrá incluir además cualquier otro tipo de información, que se considere necesario para entregar una completa descripción del servicio ofertado siendo de responsabilidad del oferente la veracidad de la información proporcionada. Cabe señalar que el idioma español regirá para toda la información presentada por parte de los oferentes en lo que respecta a la licitación. Para todos los aspectos indicados en las especificaciones técnicas se solicitará la comprobación mediante certificado particular del aspecto en cuestión.

En cuanto a los documentos señalados como anexos el proveedor deberá subirlos a su propuesta según corresponda en el Portal www.mercadopublico.cl. Se sugiere que esta copia sea imagen digitalizada del original firmada por el oferente o su representante legal. La presentación de la información es obligatoria en el portal www.mercadopublico.cl

Artículo 20: De los Precios. La oferta Económica entregada debe ser expresada en Unidad de Fomento (UF) y debe incluir todos los costos en que se incurra y que no están definidos en las presentes Bases.

Artículo 21: De las reglas de Presentación. El oferente deberá examinar y dar cumplimiento a todas las instrucciones, formularios, condiciones y especificaciones que figuren en la documentación indicada en el **Artículo 19°** de las presentes Bases.

Todos los documentos de la licitación que explícitamente lo indican deberán ser firmados por el Representante Legal, en caso de Persona Jurídica y por el titular o mandatario de este, en caso de Persona Natural.

4. De la Admisibilidad y Evaluación de las Ofertas

Antecedentes preliminares. Las ofertas válidamente ingresadas a través del Portal, serán evaluadas según pautas de evaluación establecidas en las presentes Bases.

Evaluación Administrativa. En esta instancia se verificará:

- La entrega de los documentos indicados en el Artículo 19° por el Portal y el cumplimiento de toda la documentación.

Evaluación Técnica. Será realizada por la Unidad Técnica, que al efecto revisará respecto de cada producto o servicio ofertado:

- Que se adjunten los documentos de la oferta técnica atinentes a la oferta u ofertas;
- Que corresponda a lo solicitado en el llamado o a alguna de las alternativas que se permiten para dicho proceso;
- El puntaje obtenido.

5. Del Acto de Apertura de las Propuestas y Revisión de la Documentación

Artículo 22: Apertura de la Propuesta. La apertura de la Propuesta se efectuará el día y hora fijada en el Portal www.mercadopublico.cl y será de carácter electrónico.

Los oferentes que no cumplan con los documentos de licitación señalados en el Art. 19° de estas Bases Administrativas quedarán eliminados de la licitación.

En caso de detectarse errores entre la presentación del formulario de la oferta económica y lo ingresado en el formulario electrónico del Portal www.mercadopublico.cl, será motivo de causal de rechazo de la oferta.

7

Artículo 23: Ofertas que no Ingresarán al Proceso de Evaluación y la posibilidad de subsanar errores formales.

1) En caso que la oferta no adjunte alguno de los formularios solicitados de anexos (n°1, N°2, n°3) indicados en el artículo N° 19 de las presentes bases administrativas y técnicas, los oferentes podrán ser notificados mediante el foro con el objeto que puedan subsanar la omisión y dar cumplimiento con el requerimiento en su totalidad en un tiempo máximo de 24 horas, en caso de no obtener respuesta, o esta no satisfaga los requerimientos solicitados, será causal suficiente para que la oferta no ingrese al proceso de evaluación.

2) Todas aquellas propuestas que al momento del acto de apertura de las ofertas no presenten el anexo formulario n°4 (Cuadro de Cobertura Individual) no ingresarán al proceso de evaluación.

6. Validez de las Propuestas

Artículo 24: Las ofertas tendrán una validez de 30 días hábiles desde la fecha de apertura de la licitación. Si dentro de ese plazo no se puede efectuar la adjudicación, “El Servicio de Bienestar Salud” solicitará a los proponentes antes de su expiración, la prórroga de las propuestas. Si alguno de los proponentes no accediere a la solicitud, su propuesta no será considerada en la licitación.

7. Evaluación de las Ofertas

Artículo 25: La evaluación de las ofertas estará a cargo del Servicio de Bienestar Salud asesorado por el ente técnico respectivo designado por el Comité. Este ente

técnico estudiará y evaluará las ofertas y antecedentes, y posteriormente el Servicio de Bienestar elaborará un acta de evaluación, considerando en su análisis todos los antecedentes exigidos a los oferentes en las presentes Bases.

Artículo 26: Se establecen los siguientes criterios de evaluación y selección de las propuestas, con sus respectivos porcentajes de ponderación:

1. En el análisis y evaluación de las ofertas El Servicio de Bienestar Salud, podrá admitir aquellas ofertas que presenten omisiones o errores menores siempre que éstos no sean sobre aspectos de fondo que pudiesen alterar el principio de igualdad de los proponentes.
2. El Servicio de Bienestar Salud, podrá, solicitar por escrito, con posterioridad al acto de apertura, aclaraciones que considere necesarias y oportunas, respecto de uno o más aspectos de las ofertas recibidas, siempre que no violen o modifiquen las bases de licitación, no alteren la oferta o el precio de la misma ni violen el principio de igualdad entre los proponentes. Las respuestas deberán entregarse por escrito y se limitarán a los puntos solicitados. Estas consultas así como las respuestas serán informadas al resto de los oferentes a través del sitio www.mercadopublico.cl.
3. La evaluación y calificación del cumplimiento de especificaciones técnicas de las ofertas será realizada por el ente técnico respectivo.
4. Los requisitos administrativos son el inicio de la evaluación y por lo tanto definirán si se continúa con la otra etapa de la evaluación. Por lo anterior la evaluación administrativa está conformada por dos partes:
 - a) Evaluación de entrega documentación de admisibilidad, la cual sólo indicará si la oferta se sigue evaluando en el proceso o se rechaza.
 - b) Evaluación ponderada, que se utilizará para asignar puntaje junto a la evaluación técnica y económica, en el proceso de apertura.

8

Artículo 27: Factores a Evaluar y Ponderación

Las ofertas serán ponderadas con un 40% para los aspectos Técnicos, 40% para los aspectos económicos y un 15% para los aspectos de presencia regional y un 5% para la presentación de documentos formales, adjudicándose la licitación a la oferta que obtenga mayor puntaje como consecuencia de la aplicación de los referidos criterios.

1. EVALUACIÓN DE LA OFERTA ECONÓMICA (40%)

- a) La Oferta Económica, resultará del análisis mínimo costo, donde se considerará la relación entre cada oferta y la de menor costo de acuerdo a la siguiente fórmula:
- b) Se deberá ofertar en **(UF)**
- c) Para efectos de la propuesta económica los oferentes deberán ofertar por el valor unitario individual de la Prima Mensual de la Póliza de cada beneficiario.

$$EVALUACIÓN ECONÓMICA = \frac{OFERTA MÍNIMA}{OFERTA EVALUADA} \times 100$$

2.-EVALUACION TECNICA (40%)

Subfactores:

2.1) Necesidades, Características y Requerimientos que debe cumplir el Plan Complementario de Salud (20%):

EVALUACION TECNICA	PUNTAJE
Oferta que cumple las necesidades, características y requerimientos solicitados en el punto n°3 de las bases técnicas.	100
Oferta que cumple parcialmente las necesidades, características y requerimientos solicitados en el punto n°3 de las bases técnicas.	50
Oferta no cumple las Necesidades, características y requerimientos solicitados en el punto n°3 de las bases técnicas. En este caso la oferta no continuará en el proceso de evaluación.	0 No ingresa al proceso de evaluación

2.2) Cuadro de cobertura individual (20%):

EVALUACION TECNICA	PUNTAJE
Oferta que mantenga y/o mejore el cuadro de cobertura individual indicado en el punto n°2 de las bases técnicas.	100
Oferta que presente cuadro de cobertura individual inferior de acuerdo al indicado en el punto n°2 de las bases técnicas	0

9

3) PRESENCIA REGIONAL 15%

Se entiende como presencia Regional las ofertas que indiquen contar con sucursales u oficinas de atención a público dentro de la VII Región.

EVALUACION	PUNTAJE
Ofertas que cuenten con presencia regional.	100
Ofertas que no cuenten y/o no indique presencia regional.	0

4. PRESENTACION DE DOCUMENTOS FORMALES:

Cumplimiento de los requisitos formales. 5%

Presentación de documentación solicitada: ponderación 5%

Cumplimiento de requisitos.	PUNTAJE
Ofertas que al momento de la apertura, cumplan con todos los documentos y requerimientos solicitados en el art. 19 de las bases administrativas y técnicas.	100
Ofertas que den cumplimiento a todos los documentos y requerimientos solicitados en el art. 19 de las bases administrativas y técnicas, después de haber sido notificado mediante el foro y estos sean presentados en un tiempo máximo de 24 hrs. después de su notificación.	50

Artículo 28: Evaluación Final

La evaluación final se realizará según la siguiente tabla.

	CRITERIO	PONDERACION
1	Oferta Económica	40%
2	Oferta Técnica	40%
3	Presencia Regional	15%
4	Presentación de documentos formales	5%
	Total	100%

Nota: En caso de empate en el puntaje total, se establece como mecanismo de desempate el puntaje más alto obtenido en los distintos factores a evaluar y en el orden de prelación establecido en el Artículo 27 de las presentes Bases. De persistir el empate, dirime el ente técnico del Servicio de Bienestar Salud.

10

8. Adjudicación de la Licitación

Artículo 29: El Servicio de Bienestar Salud, adjudicará la licitación a una de las ofertas presentadas y Seleccionará la oferta que obtenga el mayor puntaje considerando los criterios establecidos en estas Bases.

Artículo 30: Los participantes serán notificados de la adjudicación a través de la publicación del resultado de la misma en el Portal Web <http://www.mercadopublico.cl>.

El oferente adjudicado se entenderá notificado para todos los efectos legales transcurridos 24 horas desde que se haya efectuado la referida publicación.

Artículo 31: El Servicio de Bienestar Salud se reserva el derecho de rechazar todas las propuestas, en forma fundada, si aquellas no cumplen una o más disposiciones de estas Bases o si estima que no son convenientes para sus intereses.

En el evento de rechazarse todas las propuestas se procederá a declarar desierto el proceso, notificando de ello a los participantes mediante publicación efectuada en el sitio <http://www.mercadopublico.cl>

Las propuestas rechazadas lo serán en forma permanente y definitiva.

9. De la formalización de la compra

Artículo 32: Una vez suscrita la Resolución y posterior decreto de Adjudicación, el Servicio de Bienestar Salud emitirá la respectiva orden de compra del portal mercado público al proveedor adjudicado y posteriormente formalizará la adquisición a través del correspondiente contrato. El proveedor adjudicado necesariamente deberá estar inscrito en el Registro de Chile-Proveedores, en caso contrario tendrá un plazo de 10 días hábiles después de emitida la orden de compra para regularizar su situación de inscripción y habilidad en dicho registro.

Artículo 33: De la suscripción del contrato:

El proponente adjudicado tendrá un plazo de 20 días Hábiles para retirar y suscribir el contrato y devolverlo al Depto. De Salud de Parral. Este plazo se considera a partir de la fecha de notificación en el portal chilecompra.cl.

De no proceder el oferente a la suscripción del contrato en el plazo señalado, podrá el servicio de bienestar dejar sin efecto la adjudicación de la propuesta de dicho oferente.

Plazo de duración del contrato.

El presente Contrato de Suministro, entrara en vigor a partir de la total tramitación de los actos administrativos que lo aprueban hasta el día 31 de diciembre de 2024, dicha adjudicación se publicará en el portal de www.mercadopublico.cl, pudiendo ser renovado por periodo similar o de menor tiempo, acordado por ambas partes y cumpliendo con la normativa legal.

Termino anticipado del contrato.

Si alguna de las partes decidiera ponerle término anticipado al contrato se deberá comunicar mediante carta certificada u otro documento, con una antelación de al menos 60 días al plazo de expiración del contrato.

Se describen algunas causales:

- a) Mutuo acuerdo entre las partes.
- b) La empresa es condenada por delitos que merezca pena aflictiva.
- c) La empresa es declarada en quiebra.
- d) Los servicios sean entregados con deficiencia o problemas identificados por el supervisor del contrato y no existe posibilidad de subsanarlo en un plazo impuesto por el Servicio de Bienestar Salud Parral.

Artículo 34: Si el adjudicatario se desistiera no aceptando la orden de compra, el Servicio de Bienestar Salud podrá readjudicar la presente licitación al segundo oferente mejor evaluado, a través de una nueva orden de compra del portal.

Artículo 35: Todos los gastos de traslado que se originen con motivo de la compra serán de cargo exclusivo del oferente adjudicado.

Artículo 36: Formarán parte integrante del contrato los siguientes documentos: Las Bases Administrativas, las Bases Técnicas, Anexos, Consultas y Respuestas, las aclaraciones si las hubiere, la Oferta presentada, Resolución de Adjudicación y cualquier otro documentos que se origine con motivo de la presente licitación.

Artículo 37: El oferente adjudicado deberá ceñirse, a las Bases Administrativas, Bases Técnicas y demás documentos que forman parte integrante de éste.

Artículo 38: El precio del servicio corresponderá al monto establecido en la oferta adjudicada. Se establece que para efectos del caculo del valor a pagar por la mensualidad, se tomara como base el valor que presente la UF, el último día del mes calendario en que se prestó el servicio.

No obstante el monto mensual a pagar dependerá del número de adherentes y cargas (si corresponde) vigentes de cada mes a razón de los valores individuales por funcionario socia o socio titular, valores que servirán de regla de cálculo para efectos de eventuales incorporaciones o retiros.

Artículo 39: El proveedor asume dentro del valor de la Propuesta todos los riesgos e imponderables que signifique mayores costos, cualquiera sea su origen, naturaleza o procedencia.

Artículo 40: Facturación y Modalidad del Pago: El servicio se pagará en forma mensual sucesiva e ininterrumpidamente durante todo el plazo de tiempo de vigencia del contrato respectivo.

El pago efectivo se realizará contra mes vencido dentro de los primeros diez días hábiles del mes siguiente al que se haya prestado el servicio, con cheque nominativo y contra factura, previa certificación de la inspección técnica del servicio.

Artículo 41: Supervisión y Fiscalización del Cumplimiento del Servicio. La supervisión técnica y administrativa del fiel cumplimiento del servicio corresponderá al Servicio de Bienestar Salud o quien él designe.

10. Sanciones

Artículo 42: Todo incumplimiento del proveedor al envío de la orden de compra facultará al Servicio de Bienestar Salud para que sea considerada en la evaluación de futuras licitaciones.

11. Solución de Controversias

Artículo 43: El Servicio de Bienestar Salud tiene la facultad de pedir aclaraciones a través del portal para resolver cualquier duda o discrepancia que en el acto de apertura de las ofertas pueda surgir en relación con la interpretación o aplicación de las presentes Bases.

12. Condiciones Económicas

Artículo 44: La propuesta económica deberá presentarse de acuerdo al formato contenido en el Formulario Anexo N°2 de estas Bases.

Artículo 45: El pago se efectuará según lo indicado en el artículo 40 de las presentes Bases.

Artículo 46: El valor neto en UF por producto o servicio, deberá tener incorporado costos de transporte, seguros y otros en los cuales el proveedor incurra para la total realización del Servicio, objeto de esta compra.

Artículo 47: Financiamiento: Se cuenta con un monto bruto referencial disponible de (\$83.700.000, ochenta y tres millones setecientos mil pesos), para cubrir el

periodo de un año por concepto de Complementario de Salud y además, se cuenta con un monto bruto referencial disponible de seis millones trescientos mil pesos (\$6.300.000.-), para cubrir el periodo de un año por concepto del Seguro Catastrófico. En relación a los montos referenciales en pesos informados precedentemente, cabe señalar que el financiamiento será 100% del Servicio de Bienestar Salud Parral, quién cancelará a la entidad aseguradora un monto mensual referencial de veintidós mil doscientos ochenta y tres pesos (\$22.283.-), suma del Complementario de Salud y Seguro Catastrófico, por cada socio titular con inscripción vigente en el convenio.

13. Boleta de Garantía Fiel Cumplimiento de Contrato

Artículo 48: El proveedor que resulte adjudicado, deberá garantizar el fiel cumplimiento de contrato, con una boleta bancaria de garantía o vale vista por el 5% del total adjudicado (\$4.500.000), dicho documento será con una vigencia no inferior a 60 días corridos desde la fecha de término del mismo. Esta garantía será extendida a favor de Ilustre Municipalidad de Parral - Departamento de Salud Municipal y deberá ser entregada a más tardar al momento de suscribirse el referido contrato. Dicho documento deberá indicar la siguiente glosa: En garantía por el Fiel Cumplimiento de Contrato "PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD 2024 SERVICIO DE BIENESTAR DEPARTAMENTO DE SALUD DE PARRAL". En caso de presentar Vale Vista, la glosa deberá estar escrita al reverso del documento. El proponente deberá indicar el número telefónico de la institución financiera que emitió la garantía y el nombre del contacto de dicha empresa, para revisar la veracidad del documento. Esta garantía por el Fiel Cumplimiento de Contrato, será devuelta una vez finalizado el periodo de contrato y no existan reclamos pendientes.

13

BASES TECNICAS

INTRODUCCION

Las presentes Bases Técnicas tienen por objeto dar a conocer las condiciones, exigencias técnicas, requisitos y características específicas que debe contener la propuesta técnica a presentar en la presente licitación. El mandante evaluará las propuestas presentadas por el oferente, teniendo presente, además de la variable precio, evaluación técnica, presencia regional y presentación de documentos formales.

1. DEL SERVICIO.

Las presentes Bases Técnicas, constituyen el instrumento guía a aplicar en el Proceso de Licitación pública convocada por el Servicio de Bienestar de Salud, para la adquisición de un Plan Complementario de Salud.

2.- CUADRO DE COBERTURA INDIVIDUAL (MINIMA REFERENCIAL)

HOSPITALARIO			
	% Bonificación	Tope / Evento	Tope/ Anual
Día Cama	50	2	20

Día Cama UT I - UCI - Intermedio hasta 30 días	50	3	
Exceso de día Cama sobre 30 días	50	2	
Servicios Hospitalarios (derechos de pabellón, equipos, insumos, y medicamentos, exámenes de laboratorio, imagenología y procedimientos)	50	Sin Tope	
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 Mortem	50		
Hospitalario GES	100		

MATERNIDAD

	% Bonificación	Tope / Evento	Tope / Anual
Parto Normal	60	Sin Tope	10
Parto Cesárea	60		12
Aborto no Voluntario	60		10
Complicaciones del Parto	60		10
Complicaciones del Embarazo	60		10

AMBULATORIO

	% Bonificación	Tope / Evento	Tope / Anual	
Consultas Médicas con Reembolso	60	0,5	17	
Consultas Médicas con Bono	60	0,5		
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos con Reembolso	50	2		
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos con Bono	50	2	17	
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 Bono	50			
Cirugía Láser Ocular *	50			5
Cirugía Ocular (Excluye Láser)	50			10
Cirugía Ambulatoria	50			
Ambulatoria GES	100	Sin Tope	Sin Tope	

MEDICAMENTOS

	% Bonificaci	Tope / Evento	Tope/ Anual
Drogas Antineoplásicas	40	Sin Tope	7
Drogas Inmunosupresoras	40		
Medicamentos Ambulatorios de Marca y Bioequivalentes de Marca	40		
Medicamentos Ambulatorios Genéricos y Bioequivalentes Genéricos	100		

PRÓTESIS Y ÓRTESIS

	% Bonificación	Tope / Evento	Tope/ Anual
Prótesis (excluye prótesis dentales) y Órtesis	60	Sin Tope	10
Plantillas Ortopédicas	60		
Aparatos Auditivos	60		5
Marcos, Cristales Ópticos	60		2,5

ADICIONALES

	% Bonificación	Tope / Evento	Tope/ Anual
Fonoaudiología con Reembolso	60	Sin Tope	10
Fonoaudiología con Bonos	60		
Servicio de Ambulancia(*)	60		10

PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

	% Bonificación	Tope / Evento	Tope/ Anual
Consulta Psiquiátrica y/o Psicológica	50	0,4	10
Psicopedagogía	50	0,4	
Hospitalización Psiquiátrica	50	Sin	10

DENTAL

	% Bonificación	Tope / Evento	Tope/ Anual
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 Removible	40		
Implantología	40		
Laboratorio	40		
Diagnóstico	40		

Seguro Catastrófico

SEGURO CATASTROFICO	
	Prima Catastrófico*
Aporte Titular	0.040

3.- CARACTERISTICAS Y REQUERIMIENTOS DEL PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD.

a) DE LOS BENEFICIARIOS.

No deberá existir restricción respecto de la edad de ingreso o la edad tope de permanencia de los beneficiarios titulares o cargas, al Plan Complementario de Salud que se ofrece.

El número de beneficiarios del Plan Complementario de Salud son **335 socios y 208 cargas** pertenecientes al Servicio de Bienestar Salud de Parral, sin perjuicio de ello, podrán durante la vigencia del contrato, incorporarse al Plan del Seguro Complementario de salud **funcionarios nuevos con sus cargas legales que ingresen al Servicio de Bienestar de Salud**. Para esto, el nuevo socio deberá completar un Formulario de Solicitud de Incorporación señalando sus cargas legales, del cual se enviará copia a la entidad aseguradora, a lo menos 15 días antes del mes en que comience a percibir los beneficios otorgados por el Bienestar. Ello debido a que el Reglamento interno del Servicio de Bienestar permite que un funcionario pueda solicitar su incorporación a éste, durante cualquier época del año haciendo uso de todos los beneficios que éste contempla.

En el evento que un socio sea desvinculado del Departamento Comunal de Salud, dejará de pertenecer al Servicio de Bienestar Salud Parral, situación que se informará oportunamente a la Empresa aseguradora para que sea eliminado de la base de datos.

Los beneficiarios podrán gozar de las prestaciones de forma inmediata a partir de la fecha indicada en las bases administrativas.

Es obligatorio para el Proponente establecer claramente en su oferta técnica los requisitos y procedimientos para la incorporación o eliminación de beneficiarios.

b) DE LOS BENEFICIOS.

Las condiciones que se detallan a continuación aplican solo para el Plan Complementario de Salud:

- Servicio exento de IVA
- El Plan no deberá tener deducibles ni tampoco periodos de carencia.
- Se aceptarán personas con enfermedades preexistentes, entregando continuidad de cobertura a las patologías existentes, incluyendo a las beneficiarias en estado de embarazo.

El Proponente deberá especificar en su oferta técnica los procedimientos ante enfermedades pre-existentes.

- Bonificación desde el primer día para recién nacidos

- Se bonificarán prestaciones canceladas a través de excedentes
- Modalidad de atención Libre Elección
- Se deberá entregar cobertura a atenciones de Nutricionista, presentando orden médica y derivación que señale el tipo de tratamiento y su duración.
- Se deberá bonificar la compra de sillas de ruedas, bastones, zapatos ortopédicos y colchones antiescaras (una compra anual y con orden médica y diagnóstica)
- Adicionalmente se deberá bonificar la compra de cintas para el control de glicemia y Métodos Anticonceptivos Femeninos (con receta médica).
- Al inicio del convenio deberá entregarse un documento informativo a cada titular, dando a conocer la operatividad del servicio y los beneficios de su plan
- Además, se deberá proporcionar un Buzón para el acopio de documentos en caso de requerirlo.

c) DE LA COBERTURA MATERNIDAD.

Se refiere a otorgar cobertura de maternidad para la titular y cargas registradas en la base de datos. Para aquellas prestaciones que deban ser realizadas al hijo antes de nacer, se otorgará cobertura bajo el ítem "Complicaciones del Embarazo", siempre y cuando la madre esté registrada como beneficiaria en el plan de salud. El recién nacido podrá tener cobertura desde el momento de su nacimiento, siempre y cuando su incorporación se realice en un plazo máximo de 30 días desde su nacimiento, en este caso se entiende que la cobertura tendrá carácter retroactivo. En el caso de partos de las cargas hijas del titular, se podrá excluir cobertura para el recién nacido.

17

d) DE LA COBERTURA EN FARMACIA.

Se deberá considerar cobertura por la compra de medicamentos con receta médica, entregando una bonificación mayor a los medicamentos Genéricos, ofrecer la bonificación en el punto de venta para todas aquellas compras de medicamentos con receta médica que se realicen en alguna cadena de Farmacia; y adicionalmente acceder a los siguientes beneficios:

- Descuentos comerciales en Medicamentos

e) DE LA ATENCIÓN A BENEFICIARIOS.

Se deberá contar con oficinas de atención de público, para entregar información en materia de salud y detalles de los servicios atinentes al Plan Complementario de Salud.

Los servicios mínimos que deberán entregarse en las oficinas de atención serán:

- Orientación de nuestros beneficios y servicios
- Resolución de requerimientos
- Recepción de documentos para reembolso Además, se podrá acceder a una atención personalizada a través de una ejecutiva de mantención que les entregue asistencia y orientación, en terreno o telefónicamente

f) DEL SISTEMAS DE BONIFICACIÓN

- **Reembolso en Línea a través de Sistema I-Med sin costo adicional:** Podrán acceder a la cobertura pactada en el plan, consultas y exámenes, a través del sistema de bono electrónico. Este servicio estará sujeto a la disponibilidad del servicio por parte del prestador, a las condiciones de su sistema de salud (Fonasa o Isapre).
- **Reembolso de gastos sin bonificación electrónica:** Se deberá proporcionar un buzón para el depósito de documentos que no cuenten con cobertura I-Med, el cual estará disponible en las dependencias que el Servicio de Bienestar Salud Parral estime conveniente.
- Estos reembolsos serán cancelados a través de: o Depósito en Cuenta Bancaria (informada por la empresa o contraparte) o Efectivo en Servipag para quienes no posean una cuenta bancaria.
- El plazo máximo para realizar el pago de reembolso será de **10 días hábiles**, contados desde la fecha de ingreso de la solicitud de pago.
- **El reembolso en el punto de venta para las compras de medicamentos en cadena de Farmacia:** Para el uso de este beneficio es suficiente la presentación de la Cédula de Identidad.
- **Prestaciones no bonificables:** Es Obligatorio para el Proponente establecer en su oferta técnica las prestaciones no bonificables.

18

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE




ERICA GAJARDO PÉREZ
 Secretaria Municipal (S)




PAULA RETAMAL URRUTIA
 Alcaldesa de Parral

mfr

DISTRIBUCION:

-Copia Digital: compras@saludparral.cl

UNIDAD JURÍDICA SALUD
 MARCELA SOTO MEJÍA



DIRECTOR DE SALUD
 DARWIN MAUREIRA TAPIA



CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD
PRESUPUESTARIA

El Servicio de Bienestar del Departamento de Salud de Parral requiere adquirir para el año 2023, un Plan Complementario de Salud, mediante licitación pública 2024, ID 1754-49-LP23, por un monto estimado referencial de \$90.000.000, imputando el gasto al Servicio de Bienestar del Departamento de Salud.




FELIPE VASQUEZ CASTILLO
TESORERO
UNIDAD DE BIENESTAR
DEPTO. DE SALUD MUNICIPAL

Parral, 22 de noviembre de 2023.-

