



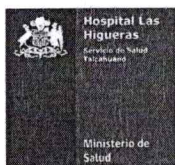
SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO
HOSPITAL LAS HIGUERAS
AREA DE ABASTECIMIENTO
JRC/RHB/DRD/nba.

RESOLUCIÓN EXENTA **000934 16.02.24**

VISTOS estos antecedentes, la Ley 19.886 de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios y su Reglamento contenido en el Decreto Supremo N° 250 de fecha 09/03/2004 del Ministerio de Hacienda; Ley 21.634, de fecha 11 de diciembre de 2023, que moderniza la ley N° 19.886 y otras leyes; Ley 19.653 sobre Probidad Administrativa; Ley 20.285 sobre Acceso a la Información Pública; el DS N° 1.312 del 22/09/99 del Ministerio de Hacienda que Establece Sistema de Información de Compras y Contrataciones Públicas, el DS N° 826 del 10/10/2002 del Ministerio de Hacienda que Complementa Regulaciones para el Sistema de Compras y Contrataciones Públicas; la Ley N° 21.640/18-12-2023 sobre Presupuesto del sector público para el año 2024; Resolución Exenta N° 7/26-03-2019 de la Contraloría General de la República, que fija normas sobre exención del trámite de toma de razón; Resolución N°14/29-12-2022, de la Contraloría General de la República, que determina los montos en unidades tributarias mensuales a partir de los cuales los actos que se individualizan quedarán sujetos a toma de razón y establece controles de reemplazo; los artículos 31, 32 y 33 del DL N° 2.763 de 1979 cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N° 01/2005 del Ministerio de Salud; el art. 8 del DS N° 140 del 2004 del Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; Ley N° 20.730 que Regula el Lobby y las Gestiones que representen intereses particulares ante autoridades y funcionarios; y las facultades que me concede la Resolución N° 800 de fecha 06 de septiembre de 2023 de la Dirección del Servicio de Salud Talcahuano, que renueva y prorroga nombramiento de titular del cargo de Director del Hospital Las Higueras de Talcahuano,

CONSIDERANDO:

- a) Que de acuerdo con lo establecido en las Bases Administrativas que regulan el llamado a licitación pública **ID 1057544-59-LQ24** para la propuesta "**Contratación de Servicios para realizar Procedimientos de Cinecoronariografía para el Hospital Las Higueras**", aprobadas por Resolución Exenta N° 683 de fecha 07-02-2024 del Hospital Las Higueras, la Comisión Evaluadora de las ofertas se integrará por un mínimo de **cinco (5)** funcionarios.
- b) Que, los integrantes de dicha Comisión Evaluadora pasarán a ser Sujetos Pasivos, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley N° 20.730 que Regula el Lobby, desde la publicación del acto administrativo que designa la Comisión y sus integrantes en el sistema www.mercadopublico.cl
- c) Que, los integrantes de la Comisión Evaluadora deberán guardar confidencialidad respecto a los temas involucrados en el llamado a licitación pública referido.
- d) Que, los integrantes de la Comisión Evaluadora no podrán tener contacto con los oferentes respectivos, salvo a través de los mecanismos señalados en las Bases Administrativas que aprobaron el llamado a licitación pública y no podrán aceptar donativos de terceros (oferentes o no) mientras estén integrando dicha comisión, cualquiera sea su monto.
- e) Que, los integrantes de la Comisión Evaluadora deberán inhabilitarse en el caso de tener algún conflicto de interés con los oferentes que presentaron sus propuestas en el llamado a licitación pública respectivo, para lo cual, deberán firmar declaración de Conflictos de Intereses, con el fin de cautelar la probidad administrativa en el presente proceso.



1° DEJESE establecido que la Comisión Evaluadora de las ofertas del llamado a licitación pública ID **1057544-59-LQ24** para la propuesta **“Contratación de Servicios para realizar Procedimientos de Cinecoronariografía para el Hospital Las Higueras”**, aprobadas por Resolución Exenta N° 683 de fecha 07-02-2024 del Hospital Las Higueras, se integrará por los siguientes funcionarios:

Nombre del Profesional	Cargo
D. JOHANNA ANDREA SILVA CONCHA	JEFE AREA DE ABASTECIMIENTO H.H.T.
D. INGRID CONTRERAS DUREU	JEFE ÁREA DE GESTION DOCUMENTAL
DR. ARTURO WALTER SAN MARTÍN GUERRA	SUBDIRECTOR DE GESTIÓN CLÍNICA
D. JORGE RUBILAR CEA	SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO H.H.T.
D. CRISTIAN HERRERA HENRIQUEZ	JEFE AREA DE FINANZAS H.H.T.

2° PUBLIQUESE la presente resolución en Sistema de Información de Compras y Contrataciones de la Administración, a cargo de la Dirección de Compras y Contrataciones Públicas.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

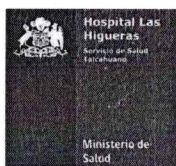


[Handwritten signature]
DRA. PATRICIA SANCHEZ KRAUSE
DIRECTORA
HOSPITAL LAS HIGUERAS

DISTRIBUCIÓN:

Original Oficina de Partes HHT
Copia Área de Abastecimiento
Email Subdirección Administrativa
Subdirección Gestión Clínica
Área de Gestión Documental
Asesoría Jurídica.

DSFH2273



Formato de Declaración de conflictos de intereses:

**DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES,
DE LA COMISIÓN EVALUADORA LICITACIÓN ID _____**

El firmante, _____ (**NOMBRE DEL FIRMANTE**) _____, cedula nacional de identidad N° _____ con domicilio en _____ (**DOMICILIO**) _____, declara bajo juramento que:

- Al momento de firmar esta declaración, no tener relación de parentesco con oferentes en los términos del artículo 54, letra b), del DFL N° 1(19653), de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575, ni con personas que sean representantes legales, directores, administradores o gerentes de empresas oferentes, ni cualquiera otra relación que le impida actuar con imparcialidad en la comisión evaluadora.
- Que, de surgir algún antecedente en contrario, lo comunicará al funcionario competente dentro del más breve plazo, para efectos de ser reemplazado en la comisión evaluadora.

NOTA:

Todos los datos solicitados deben ser completados por el funcionario, de faltar alguno de estos, la declaración será rechazada y no podrá participar en la Comisión Evaluadora.

Si la información contenida en la presente declaración es falsa, ha sido enmendada o tergiversada, el funcionario será excluido de la Comisión Evaluadora y podrá quedar afecto a sanciones administrativas o penales según corresponda.

Firma

NOMBRE	
CARGO	
RUT	

(CIUDAD), (FECHA)