ILUSTRE MUNICIPALIDAD
COMUNA DE
LA LIGUA
ADQUISICIONES

RECIBIDO
06 MAR 2023
CONTROL
☐A.M. ☐P.M.

DECRETO ALCALDICIO Nº - 1874 /
LA LIGUA, 02 MAR 2023

VISTOS:

1. La Ley Nº 18.695/86 "Orgánica Constitucional de Municipalidades" y sus Modificaciones.
2. La Resolución Nº 7 y 8 de 2019, de la Contraloría General de la República.
3. La sentencia de Proclamación, de fecha 25 de Junio de 2021, del Tribunal Electoral Regional de Valparaíso enmendada con fecha 26 de Junio de 2021.
4. Ley Nª 19.886 y su Reglamento Vigente y sus Modificaciones.
5. Solicitud de Compra N°18917/2023.

CONSIDERANDO:

Que, para las compras menores a 10 UTM la ley 19.886 y su reglamento vigente indica en su Art. 10° número 7, letra n) que: "Cuando se trate de adquisiciones inferiores a 10 UTM, y que privilegien materias de alto impacto social, tales como aquellas relacionadas con el desarrollo inclusivo, el impulso a las empresas de menor tamaño, la descentralización y el desarrollo local, así como aquellas que privilegien la protección del medio ambiente, la contratación de personas en situación de discapacidad o de vulnerabilidad social. El cumplimiento de dichos objetivos, así como la declaración de que lo contratado se encuentre dentro de los valores de mercado, considerando las especiales características que la motivan, deberán expresarse en la respectiva resolución que autorice el trato directo.

Que, en este caso, se está privilegiando materias de alto impacto social, e impulso a empresas de menor tamaño de nuestra comuna, y que el valor según cotización está dentro de los precios del mercado.

Que, en este caso la municipalidad comprará dos mil formularios de "Declaración de Estado de Salud", los que serán utilizados como requisitos para obtención de licencia de conducir en la Dirección de Tránsito Municipal.

DECRETO:

1. Autorícese la Compra Menor a 10 UTM, según lo faculta la Ley 19.886 y su Reglamento vigente según Art. 10, N°7, letra N, para la compra de 2000 formularios de Declaración de Estado de Salud.
2. Instrúyase por este medio a la unidad de Adquisiciones para que confeccione y envíe la respectiva Orden de Compra por el Portal Chilecompra al proveedor del rubro **MARCELA LEITON ARAVENA Rut**: **10.987.788-3**, por un valor total de $ **600.000**.- IVA Incluido el cual se inserta dentro de las 10 UTM.
3. Publíquese el presente decreto en el sistema de Chile Compra dentro de una Plazo de 24 horas, contados desde su dictación.

Anótese, Comuníquese y Archívese

ILUSTRE MUNICIPALIDAD
SECRETARIA MUNICIPAL
DE LA LIGUA

MARIA IGNACIA IBACACHE GALLARDO
SECRETARIA MUNICIPAL

PATRICIO PALLARES VALENZUELA
ALCALDE

EXAMINADO
06 MAR 2023
CONTRALORIA
LA LIGUA

DISTRIBUCION:
ADQUISICIONES (prioritario)
ARCHIVO
PPV/MIIG/pqc.-

I. MUNICIPALIDAD DE LA LIGUA

LA LIGUA, 15/02/2023

CORRESPONDENCIA RECIBIDA
15 FEB 2023
ILUSTRE MUNICIPALIDAD
LA LIGUA

SOLICITUD DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

Nº 0018917

DE : DIRECTORA DE TRANSITO Y TRANSPORTE PUBLICO.

A : SR. DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN NY FINANZAS

REF.:SE SOLICITA A UD. ADQUIRIR LOS MATERIALES Y/O SERVICIOS A CONTINUACION SE DETALLAN PARA:

COMPLETAR REQUISITOS PARA OBTENSION DE LICENCIA DE CONDUCIR.

CANTIDAD	DETALLE	P/UNITARIO	TOTAL
2000	ANEXO nº 1 "DECLARACION DE ESTADO DE SALUD"		600.000.
	SE ADJUNTA MODELO.		

ADMINISTRADOR (S)

CORRESPONDENCIA RECIBIDA
ADQUISICIONES
16 FEB 2023
ILUSTRE MUNICIPALIDAD
LA LIGUA

TOTAL $ 600.000

Punto Gràfico Portales 320 La Ligua Fono: +569 97815335

DIRECTOR DE TRANSITO

FIRMA SOLICITANTE

VºBº JEFE DEL AREA

Gmail

Luis Farfán Vega <luisfarfanvega@gmail.com>

(sin asunto)

1 mensaje

Jaime Saavedra <jslinderman@yahoo.com>
Para: luis alberto farfan vega <luisfarfanvega@gmail.com>
Cc: Adquisiciones Municipalidad de La Ligua <adquisiciones@laligua.cl>

17 de febrero de 2023, 12:10

SEÑORES
MUNICIPALIDAD DE LA LIGUA
Buenas tardes

COTIZACION

2000 HOJAS DECLARACION ESTADO DE SALUD

Valor total $600.000 con IVA. incluido.

Atentamente,

MARCELA LEITON ARAVENA
Rut.: 10.987.788-3
Imprenta Nueva Imagen
Fono: (33)762172 Fax (33)761797

ILUSTRE MUNICIPALIDAD
COMUNA DE LA LIGUA

Depto. de Tràsito y Trans. Pùblico

Certificación Ambiental Municipal
Nivel de Excelencia

ANEXO 1 ;

DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD
(autoreporte)

Se solicita que responda las siguientes preguntas referidas a su estado de salud. Sus repuestas serán tratadas en forma confidencial, de manera que pueda contestar con sinceridad.

Si usted presenta problemas de salud, ello no es causa para impedir la obtención o renovación de su licencia de conducir, mientras tome los cuidados necesarios para efectuar una conducción segura.

El espíritu de estas medidas es resguardar su propia seguridad y salud, como las de todas las personas que comparten el espacio público.

Declaración

Yo, _____, RUN Nº _____, estoy en conocimiento de que mi estado de salud puede incidir, en favor o en detrimento, de la seguridad vial, al momento de conducir un vehiculo. Por ello declaro no faltar a la verdad ni ocultar información con respecto a la existencia, actual o pasada, de enfermedades físicas, enfermedades psiquicas, intervenciones o tratamientos mèdicos, a los que haya sido sometido (a).

Firma postulante

Fecha:

DATOS PERSONALES (Llenar todos los recuadros)

Nombre:			Edad:	Sexo:
			Peso:	Estatura
Licencia Conductor que se posee (Marcar las que correspondan)	Profesionales: A-1: ___ A-2: ___ A-3: ___ A-4: ___ A-5: ___	No Profesionales: B: ___ C: ___	Especiales: D: ___ E: ___ F: ___	Obtenidas antes del 08 marzo de 1997: A-1: ___ A-2: ___
NO POSEE NINGUNA CLASE DE LICENCIA				
Estudios: E. Básica incompleta ☐	E. Básica completa ☐	E. Media ☐	E. Superior ☐	
Situación Laboral:	Activo(a) ☐	Desempleado(a) ☐	Jubilado (a)	
	Estudiante ☐	Labores de casa ☐	Pensionado(a)	
Oficio/profesión:				
Jornada Laboral:	Diurna ☐	Turno ☐	¿ Cuál? Fijo ☐	Rotativo ☐

ANTECEDENTES Y SITUACION ACTUAL (Marque lo que corresponda, una sola alternativa):

¿HA TENIDO O TIENE..?

Válvula Cardíaca	Si ☐ No ☐
By-pass Coronario	Si ☐ No ☐
Implante marcapasos	Si ☐ No ☐
Cataratas	Si ☐ No ☐ ¿Qué ojo?
Glaucoma	Si ☐ No ☐ ¿Qué ojo?
Enfermedad de la retina o mácula	Si ☐ No ☐ ¿Qué ojo?
Operaciones de los ojos	Si ☐ No ☐
¿Usa lentes de cerca?	Si ☐ No ☐
¿Usa lentes de lejos?	Si ☐ No ☐
Enfermedades u operaciones de los oídos	Si ☐ No ☐
Mareos, vértigo o problemas de equilibrio?	Si ☐ No ☐
¿Usa audífonos para escuchar mejor?	Si ☐ No ☐
Desmayo o pérdida de conciencia	Si ☐ No ☐
Epilepsia o crisis convulsivas	Si ☐ No ☐
Pérdida de fuerza en extremidades	Si ☐ No ☐
Esclerosis Múltiple	Si ☐ No ☐
Enfermedad de Parkinson	Si ☐ No ☐
TEC (traumatismo encéfalo craneano)	Si ☐ No ☐
Pérdida, ausencia o malformación de una extremidad, o parte de ella.	Si ☐ No ☐
Dificultad para hablar o escribir	Si ☐ No ☐
Hipertensión arterial	Si ☐ No ☐
¿Se siente a menudo cansado, fatigado o con sueño durante el día?	Si ☐ No ☐
Diabetes	Si ☐ No ☐
Dificultad para respirar	Si ☐ No ☐
Palpitaciones	Si ☐ No ☐
Dolor en el pecho al hacer esfuerzos	Si ☐ No ☐
Enfermedad Renal	Si ☐ No ☐
Olvidos frecuentes que le llamen la atención	Si ☐ No ☐
Problemas psicológicos o emocionales	Si ☐ No ☐

Cáncer		Si ☐ No ☐ ¿Cuál?
Enfermedad del higado		Si ☐ No ☐
Accidente cerebro vascular o derrame cerebral		Si ☐ No ☐
Problemas para dormir		Si ☐ No ☐
¿ Usted ronca? (más fuerte que hablar o se escucha en piezas vecinas)		Si ☐ No ☐
¿Alguien ha visto que pare de respirar cuando duerme?		Si ☐ No ☐
Enfermedades del corazón	Insuficiencia cardíaca	Si ☐ No ☐
	Infartos	Si ☐ No ☐
	Anginas de pecho	Si ☐ No ☐
	Arritmias	Si ☐ No ☐
¿Operado de algo?	Si ☐ No ☐	¿De qué?
Otra enfermedad	Si ☐ No ☐	¿Cuál?
¿Ha estado con licencia médica más de un mes en el último año?	Si ☐ No ☐	¿Por qué?
¿Ha tomado o usado algún medicamento en último mes		Si ☐ No ☐
Medicamento	Cantidad/día	¿Por qué?

HÁBITOS Y ANTECEDENTES COMO CONDUCTOR (sólo en caso de control):

¿Conduce usted?	Todos los días ☐	Algunos días de la semana ☐
	Algunos días al mes ☐	Algunos días al año ☐
¿Utiliza el vehículo para ir al trabajo o trabajar?	Si ☐	No ☐
¿Tiene evaluaciones periódicas con médico?	Si ☐	No ☐
¿Conduce preferentemente en? Ciudad ☐	Carretera ☐	Ambas ☐
¿Ha sufrido algún accidente de tránsito grave, que requirió hospitalización?	Si ☐	No ☐
Si ha tenido un accidente, ¿a qué se debió?, ¿secuelas?		

Firma y RUN del Postulante