

| | | |
|--|--|--|
|  Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo | UNIDAD DE GESTIÓN DE LABORATORIOS | |
| | SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE PROVEEDORES | Código: SOP-12-16 Versión: 01 Fecha: Sep.2024 Página: 1 de 13 |

ÍNDICE

| | | |
|-----|--|----|
| 1. | DEFINICIONES..... | 2 |
| 2. | OBJETIVO | 3 |
| 3. | AMBITO/ALCANCE | 3 |
| 4. | RESPONSABILIDADES | 3 |
| 5. | EQUIPOS Y MATERIALES..... | 3 |
| 6. | PROCEDIMIENTO..... | 4 |
| 7. | CONDICIONES DE SEGURIDAD..... | 6 |
| 8. | REFERENCIAS..... | 6 |
| 9. | LISTA DE ANEXOS | 6 |
| 10. | LISTA DE DISTRIBUCIÓN | 6 |
| 11. | CONTROL DE CAMBIOS | 6 |
| | ANEXO 1: RESPONSABLES DE LABORATORIOS | 7 |
| | ANEXO 2: DECLARACIÓN DE PROVEEDORES PERSONA JURÍDICA | 8 |
| | ANEXO 3: FORMULARIO REG-19..... | 10 |
| | ANEXO 4: FORMULARIO REG-20..... | 13 |

| | | |
|---|--|--|
|  | UNIDAD DE GESTIÓN DE LABORATORIOS | |
| | SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE PROVEEDORES | Código: SOP-12-16 Versión: 01 Fecha: Sep.2024 Página: 2 de 13 |

1. DEFINICIONES

1.1. Atributo

Corresponde a una característica, parámetro o concepto preestablecido para evaluar el desempeño de los proveedores.

1.2. Bienes

Corresponde a los equipos de laboratorio que pretende comprar una Carrera, Centro/Programa de investigación o subunidad de la FM CAS UDD y que son inventariables.

1.3. FM CAS UDD

Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.

1.4. ICIM

Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina.

1.5. Servicio

Es la acción o conjunto de actividades destinadas a satisfacer una determinada necesidad de los clientes. Brinda un producto intangible, profesional y personalizado. Los principales servicios que aplican al equipamiento de laboratorio son:

- Calibración
- Certificación
- Descontaminación de salas de cultivo
- Mantenimiento correctiva
- Mantenimiento preventiva
- Seremi, inscripción de autoclaves
- Seremi, pruebas técnicas
- Visitas técnicas - Diagnósticos

Toda prestación de servicio finaliza con la entrega de un informe técnico, donde se detalla el trabajo realizado, los resultados obtenidos, el estado de operatividad u obsolescencia del equipo, repuestos utilizados, recomendaciones y cualquier otra información relevante.

1.6. Mantenimiento preventiva

Son aquellas aplicadas según las recomendaciones de fabricantes para asegurar la continuidad de funcionamiento. Se realizarán mantenimientos preventivos a los equipos críticos, multiusuarios y estratégicos.

1.7. Mantenimiento correctiva

Son aquellas aplicadas para reparar fallas provocadas por una avería accidental/ambiental, un mal uso del equipo o por falta de una mantenimiento preventiva. Se realizarán con los recursos disponibles, después de un análisis de causalidad.

| | | |
|---|--|--|
|  | UNIDAD DE GESTIÓN DE LABORATORIOS | |
| | SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE PROVEEDORES | Código: SOP-12-16 Versión: 01 Fecha: Sep.2024 Página: 3 de 13 |

2. OBJETIVO

Establecer criterios de selección y procesos de evaluación de los proveedores de bienes y servicios que atienden a los laboratorios de la FM CAS UDD.

3. AMBITO/ALCANCE

Este procedimiento aplica a los responsables de laboratorios en la selección y evaluación de sus proveedores de bienes y servicios. Con alcance a la unidad de gestión de laboratorios.

4. RESPONSABILIDADES

4.1. Responsables de laboratorios (ver Anexo 1)

- Seleccionar y evaluar a sus proveedores de bienes y servicios.
- Internalizar y aplicar íntegramente este procedimiento.

4.2. Encargado de equipamiento

- Apoyar a los responsables de laboratorios con la selección y evaluación de proveedores.
- Seleccionar y evaluar a sus proveedores de bienes y servicios.
- Internalizar y aplicar íntegramente este procedimiento.

4.3. Director de gestión de laboratorios

- Centralizar las evaluaciones de los proveedores de bienes y servicios.
- Comunicar semestralmente los resultados de evaluación a los proveedores.
- Mantener actualizado el formulario REG-20 “Registro de proveedores evaluados”.
- Elaborar, actualizar y difundir este procedimiento.

5. EQUIPOS Y MATERIALES

No aplica.

| | | |
|---|--|--|
|  | UNIDAD DE GESTIÓN DE LABORATORIOS | |
| | SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE PROVEEDORES | Código: SOP-12-16 Versión: 01 Fecha: Sep.2024 Página: 4 de 13 |

6. PROCEDIMIENTO

6.1. Selección de proveedores

El proceso de selección de proveedores es la etapa previa al proceso de compra. Por lo tanto, cada responsable de laboratorio debe solicitar a los proveedores, que presenten una propuesta de compra por productos o servicios, consignando la siguiente información:

Criterios de selección de Proveedor para compra de equipos:

| Criterio | Descripción |
|-----------------------------|--|
| Precio | Debe indicarlo en la cotización, con la unidad monetaria que corresponda. |
| Garantía de compra | Debe indicarlo en la cotización, mínimo 12 meses. |
| Garantía de partes y piezas | Debe especificarlo en la cotización (garantía de fabrica). |
| Primera mantención anual | Debe indicarlo en la cotización, sin costo adicional. |
| Plazo de entrega | Debe indicarlo en la cotización. |
| Puesta en marcha | Debe incluir en la cotización los insumos/reactivos/kit de calibración, etc. |
| Forma de pago | Con orden de compra, pago a 30 días. |
| Disponibilidad | Deseable que el equipo esté en plaza (stock en Chile). |
| Servicio de despacho | Debe contar con este servicio, sin costo adicional. |
| Postventa | Debe contar con técnicos calificados (idóneos). |
| Declaración de proveedor | Debe llenar y firmar el documento exigido por la UDD. |

Nota: Cuando se trate de una compra por reposición de equipamiento, es deseable que, el proveedor valore el equipo con obsolescencia técnica. Pudiendo aplicar un descuento en la compra, llevándose el equipo obsoleto como partes y piezas (repuestos para el proveedor). Esto se formaliza a través de un acta administrativa que otorga el director de Gestión de Laboratorios.

Criterios de selección para Proveedor de servicios:

| Criterio | Descripción |
|--|---|
| Precio | Debe indicarlo en la cotización, con la unidad monetaria que corresponda. |
| Garantía | Debe indicarlo en la cotización, mínimo 03 meses. |
| Tiempos de respuesta | Debe indicar disponibilidad y cumplimiento de plazos en la cotización. |
| Detalle del servicio a realizar | Debe indicarlo en la cotización. |
| Insumos/repuestos/kit de calibración, etc. | Debe indicarlo en la cotización. |
| Forma de pago | Con orden de compra, pago a 30 días. |
| Calidad del servicio | Debe contar con técnicos calificados (idóneos). |
| Declaración de proveedor | Debe llenar y firmar el documento exigido por la UDD. |

Nota: Períodos de garantía menor a 03 meses deben indicarse en la cotización y "bajo la responsabilidad del director" que corresponda.

| | | |
|---|--|--|
|  | UNIDAD DE GESTIÓN DE LABORATORIOS | |
| | SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE PROVEEDORES | Código: SOP-12-16 Versión: 01 Fecha: Sep.2024 Página: 5 de 13 |

6.2. Evaluación de proveedores

A) Clasificación

El proceso consiste en hacer un seguimiento al desempeño de los proveedores, conforme al cumplimiento de los siguientes atributos establecidos.

Proveedor de bienes:

| Atributo | Ponderación |
|--|-------------|
| Precio acorde al presupuesto. | 25% |
| Cumple con la fecha y hora de entrega. | 20% |
| Cumple con la fecha y hora de puesta en marcha. | 20% |
| Equipo posicionado en su ubicación final. | 15% |
| La compra incluye garantía, mínimo 12 meses. | 10% |
| La compra incluye primera mantención anual, sin costo. | 10% |
| Total | 100% |

Proveedor de servicios:

| Atributo | Ponderación |
|---|-------------|
| Precio acorde al presupuesto. | 25% |
| Cumple con la fecha y hora del servicio. | 20% |
| Técnico asignado calificado (idoneidad). | 20% |
| Detalle del servicio se conocía con antelación. | 15% |
| La hoja de servicio/trabajo es clara, legible. | 10% |
| El servicio incluye garantía, mínimo 03 meses. | 10% |
| Total | 100% |

Cada vez que se compre un equipo o servicio, el responsable de laboratorio debe llenar el formulario REG-19 "Evaluación de proveedores de bienes y servicios" (disponible en su formato online).

Debe ingresar la identificación del proveedor y calificarlo en escala de 0 a 4 por cada atributo establecido.

| Calificación | Descripción |
|--------------|-------------------------|
| 4 | Supera las expectativas |
| 3 | Cumple plenamente |
| 2 | Cumple parcialmente |
| 1 | Cumple mínimamente |
| 0 | No cumple |

| | | |
|---|--|--|
|  | UNIDAD DE GESTIÓN DE LABORATORIOS | |
| | SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE PROVEEDORES | Código: SOP-12-16 Versión: 01 Fecha: Sep.2024 Página: 6 de 13 |

B) Categorías

El resultado final de la evaluación corresponde al promedio ponderado de cada atributo establecido. La categoría obtenida por el proveedor es la siguiente:

| Nota final | Categoría | Acción |
|------------|--------------|---|
| 3,0 a 4,0 | Excelente | Se mantiene y recomienda como proveedor. |
| 2,0 – 2,9 | Bueno | Se condicionará su permanencia como proveedor. |
| 1,0 – 1,9 | Deficiente | No será considerado como proveedor, hasta que proporcione evidencia de mejoras en sus procesos. |
| 0 – 0,9 | Insuficiente | No será considerado como proveedor. |

Una vez finalizada la evaluación del proveedor, el director de Gestión de Laboratorios centralizará su resultado en el formulario REG-20 “Registro de proveedores evaluados”. Los resultados obtenidos serán informados semestralmente por el director a los proveedores vía correo electrónico.

Nota: Los proveedores evaluados “Deficiente” e “Insuficiente” serán informados a la brevedad por el director de Gestión de laboratorios, indicándoles la acción a seguir.

7. CONDICIONES DE SEGURIDAD

No aplica.

8. REFERENCIAS

- Bases para la realización de un Procedimiento Operativo Estándar (SOP). Comité Institucional de Bioseguridad. Facultad de Medicina CAS UDD.
- Norma Chilena NCh-ISO/IEC 17025:2017.

9. LISTA DE ANEXOS

- Anexo 1: Responsables de Laboratorios.
- Anexo 2: Declaración Proveedores Persona Jurídica.
- Anexo 3: Formulario REG-19 “Evaluación de proveedores de bienes y servicios”.
- Anexo 4: Formulario REG-20 “Registro de proveedores evaluados”.

10. LISTA DE DISTRIBUCIÓN

Este procedimiento operativo estándar se encuentra disponible para su consulta y/o descarga en el sitio web de la Facultad de Medicina CAS UDD.

11. CONTROL DE CAMBIOS

| Versión | N° | Ítem | Aspecto cambiado | Razones | Solicitado por |
|---------|-----|-----------|-----------------------------|-----------|----------------|
| 00 | s/n | No aplica | No aplica a primera versión | No aplica | No aplica |

| | | |
|---|--|--|
|  | UNIDAD DE GESTIÓN DE LABORATORIOS | |
| | SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE PROVEEDORES | Código: SOP-12-16 Versión: 01 Fecha: Sep.2024 Página: 7 de 13 |

ANEXO 1: RESPONSABLES DE LABORATORIOS

| GENERADOR Carreras/Centros/Subunidades | DEPENDENCIA Laboratorio/Sigla | EDIFICIO RESB | PISO | RESPONSABLE Cargo |
|---|----------------------------------|------------------|------|-------------------------|
| Enfermería | Simulación Enfermería | Q | 2 | Coordinador |
| Fonoaudiología | Audiología | P | 1 | Docente encargado |
| | Voz | P | 1 | Docente encargado |
| Kinesiología | Biomecánica | R | 1 | Docente encargado |
| | CIAD | K | 1 | Coordinador |
| | Gimnasio Terapéutico | C.UDD | 3 | Docente encargado |
| Medicina | Anatomía | O | 1 | Auxiliar de laboratorio |
| | Microscopía | O | 1 | Docente encargado |
| | Laboratorio de Docencia | O | 1 | Coordinador |
| | Docencia Fisiología | O | 1 | Docente encargado |
| Nutrición y Dietética | Alimentos | Q | 2 | Docente encargado |
| | Bromatología | Q | 2 | Docente encargado |
| | Evaluación Nutricional | Q | 2 | Docente encargado |
| | CIAD | K | 1 | Coordinador |
| Odontología | Simulación Odontología | C.UDD | -1 | Técnico encargado |
| | Sala de Flujo Digital | C.UDD | -1 | Docente encargado |
| Obstetricia | Simulación Obstetricia | R | 1 | Docente encargado |
| Plan Común | Laboratorio de Física | Q | 2 | Docente encargado |
| Tecnología Médica | Tecnología Médica | O | -2 | Coordinador |
| | Imagenología | O | -2 | Coordinador |
| | Oftalmología | Q | 1 | Coordinador |
| Terapia Ocupacional | Terapia Ocupacional | R | 1 | Docente encargado |
| Central de Lavado & Esterilización | CLE | O | 2 | Técnico de laboratorio |
| Centro de Estudios Clínicos | CE Clínicos | EPDI | -1 | Jefe de Operaciones |
| Fisiología Celular e Integrativa | Fisiología | O | -1 | Lab Manager |
| Genética y Genómica | CGG | O | -2 | Lab Manager |
| | PIGIT | O | -2 | |
| Genómica y Resistencia Microbiana | GERM | O | -1 | Lab Manager |
| Medicina Experimental | Medicina Experimental | O | -2 | Coordinador |
| Medicina Regenerativa | CMR | O | -1 | Lab Manager |
| | MSCult | O | -1 | |
| | Neurofisiología | O | -1 | |
| | Laboratorio Apícola | Y | 1 | |
| Química Médica | CQM | O | -2 | Lab Manager |

EPDI: Edificio Plaza de la Investigación; C.UDD: Clínica UDD.



ANEXO 2: DECLARACIÓN DE PROVEEDORES PERSONA JURÍDICA

Universidad del Desarrollo

DECLARACIÓN DE PROVEEDOR PERSONA JURIDICA

#101

En [ciudad], a [día] de [mes] de 20[año], yo, [nombre], cédula nacional de identidad número [número_cédula], en representación de [nombre de la sociedad], del giro de [giro], rol único tributario [número_cédula_sociedad], ambos domiciliados para estos efectos en [domicilio], comuna de [comuna], ciudad de [ciudad], en calidad de proveedor de la Universidad del Desarrollo, vengo en realizar las siguientes declaraciones.

Teniendo presente:

- La calidad de proveedor de la sociedad [razón social] de una Institución de Educación Superior, estoy al tanto de las modificaciones que ha introducido la ley N°21.091 al sistema de educación superior, muy especialmente de la regulación que establece respecto de las operaciones con personas relacionadas.
- Que la Universidad del Desarrollo nos ha informado, que, con el objeto de dar íntegro cumplimiento a la normativa vigente, ha establecido mecanismos especiales de solución de conflictos de intereses, los cuales se encuentran en el instrumento titulado Política de Solución de Conflictos de Intereses de la Universidad del Desarrollo.
- Que la declaración de personas jurídicas que realicen operaciones con la Universidad, contemplada en el instrumento antes mencionado, es uno de los mecanismos especiales de solución de conflictos de intereses, que tiene por objeto la entrega de información veraz y oportuna relativa a las personas jurídicas que habitualmente realizan operaciones con la Universidad del Desarrollo.

Vengo en declarar, en representación de [razón social], lo siguiente:

I. La distribución de la propiedad de esta sociedad:

| Nº | NOMBRE DE LOS SOCIOS/ACCIONISTA | RUT SOCIO/ACCIONISTA | NÚMERO DE ACCIONES/PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN EN LA SOCIEDAD |
|----|---------------------------------|----------------------|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |

II. El listado de directores, gerentes, administradores y ejecutivos principales¹.

| Nº | NOMBRE | RUT | CARGO |
|----|--------|-----|-------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |

¹ El artículo 68 inciso segundo de la ley N°18.045 los define a los ejecutivos principales como "cualquier persona natural que tenga la capacidad de determinar los objetivos, planificar, dirigir o controlar la conducción superior de los negocios o la política estratégica de la entidad, ya sea por sí solo o junto con otras. En el desempeño de las actividades precedentemente señaladas no se atenderá a la calidad, forma o modalidad laboral o contractual bajo la cual el ejecutivo principal esté relacionado a la entidad, ni al título o denominación de su cargo o trabajo, independientemente de la denominación que se les otorgue".



101 – DECLARACIÓN DE PROVEEDORES PERSONA JURÍDICA

Universidad del Desarrollo

III. Eventuales relaciones con la Universidad del Desarrollo.

| Nº | DECLARACIÓN | SI/NO | INDIVIDUALIZACIÓN |
|----|--|-------|-------------------|
| 1 | Tengo conocimiento de que alguno de los propietarios de la sociedad o un director, gerente, administrador o ejecutivo principal de la misma, posee alguna de las siguientes calidades en relación con la Universidad del Desarrollo: organizador de la fundación, miembro del Consejo Directivo, Rector, Prorector, Vicerrector o Secretario General (Anexo Declaración) | | |
| 2 | Tengo conocimiento de que alguno de los propietarios de la sociedad o un director, gerente, administrador o ejecutivo principal de la misma, tiene vínculos familiares con una persona de las que detenta alguna de las calidades nombradas en el numeral anterior [1]. Vínculos familiares: cónyuge o conviviente civil, bisabuelo, abuelo, padre, hermano del padre (tío), hijo, nieto, bisnieto, hermano, hijo del hermano (sobrino), bisabuelo o abuelo de su cónyuge o conviviente civil, suegro, hermano del suegro, hijo/nieto/bisnieto de su cónyuge o conviviente civil, hermano de su cónyuge o conviviente civil, hijo del hermano de su cónyuge o conviviente civil, cónyuge o conviviente civil de su hijo/nieto/bisnieto, cónyuge o conviviente civil de su hermano. | | |

Junto a lo anterior, en caso de que la propiedad de esta empresa se modificara sustancialmente, de manera que la declaración fuese distinta a la hoy entregada, me comprometo a informar inmediatamente la situación a la Universidad, efectuando una nueva declaración dentro de los 10 días siguientes a la existencia del cambio sustancial.

[nombre]

[Cédula de identidad]

Santiago, [día] de [mes] de 20[año]

| | | |
|---|--|---|
|  | UNIDAD DE GESTIÓN DE LABORATORIOS | |
| | SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE PROVEEDORES | Código: SOP-12-16 Versión: 01 Fecha: Sep.2024 Página: 10 de 13 |

**ANEXO 3: FORMULARIO REG-19
EVALUACIÓN DE PROVEEDORES DE BIENES Y SERVICIOS**



<https://forms.office.com/r/GFPjXajT6e>

Sección 1
...

1. NOMBRE DEL PROVEEDOR *

Escriba su respuesta
2. RUT DEL PROVEEDOR *
(12345678-9)

Escriba su respuesta
3. NOMBRE DEL TECNICO ASIGNADO *

Escriba su respuesta
4. NOMBRE DEL EQUIPO *

Escriba su respuesta
5. N° ORDEN DE COMPRA (OC) *

Escriba un número mayor que 4500000000.
6. NOMBRE DEL EVALUADOR *

Escriba su respuesta
7. FECHA DE EVALUACION *

Especifique la fecha (d/M/yyyy) 📅

ANEXO 3: FORMULARIO REG-19 EVALUACIÓN DE PROVEEDORES DE BIENES Y SERVICIOS

Sección 2

...

8. TIPO DE EVALUACION *

- Compra de bienes
 Prestación de servicios

Sección 3

...

ESCALA DE EVALUACION

- 4 = Supera las expectativas
3 = Cumple plenamente
2 = Cumple parcialmente
1 = Cumple mínimamente
0 = No cumple

9. Evaluación de proveedor por compra de bienes *

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Precio acorde al presupuesto | <input type="radio"/> |
| Cumple con la fecha y hora de entrega | <input type="radio"/> |
| Cumple con la fecha y hora de puesta en marcha | <input type="radio"/> |
| Equipo posicionado en su ubicación final | <input type="radio"/> |
| La compra incluye garantía, mínimo 12 meses | <input type="radio"/> |
| La compra incluye primera mantención anual, sin costo | <input type="radio"/> |

ANEXO 3: FORMULARIO REG-19 EVALUACIÓN DE PROVEEDORES DE BIENES Y SERVICIOS

Sección 4

ESCALA DE EVALUACION

- 4 = Supera las expectativas
- 3 = Cumple plenamente
- 2 = Cumple parcialmente
- 1 = Cumple mínimamente
- 0 = No cumple

10. Evaluación de proveedor por prestación de servicios *

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Precio acorde al presupuesto | <input type="radio"/> |
| Cumple con la fecha y hora del servicio | <input type="radio"/> |
| Técnico asignado calificado (idoneidad) | <input type="radio"/> |
| Detalle del servicio se conocía con antelación | <input type="radio"/> |
| La hoja de servicio/trabajo es clara, legible | <input type="radio"/> |
| El servicio incluye garantía, mínimo 03 meses | <input type="radio"/> |

Sección 5

11. Observaciones

Escriba su respuesta

