

ANEXO A COMPLETAR

COTIZACIÓN SERVICIO DE MOVILIZACIÓN

Programa Noche Digna – Ruta Médica

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR

Razón Social:

RUT:

Representante Legal (si corresponde):

Teléfono:

Correo Electrónico:

2. ANTECEDENTES DEL VEHÍCULO OFERTADO

Marca:

Modelo:

Año:

Patente:

Capacidad de pasajeros:

3. OFERTA ECONÓMICA

Servicio	Valor Neto	Valor Bruto (si aplica)
Valor por jornada de servicio (5 horas)	\$	\$

Observaciones

- El valor ofertado corresponde a una jornada de 5 horas continuas.
- El precio deberá incluir todos los costos asociados a la prestación del servicio.
- El precio permanecerá fijo durante toda la vigencia de la contratación.

4. ANTECEDENTES TRIBUTARIOS

¿El servicio se encuentra exento de IVA?

- ☐ Sí
- ☐ No

Documento tributario que emitirá:

- ☐ Factura Afecta
- ☐ Factura Exenta
- ☐ Boleta de Honorarios
- ☐ Otro:

5. DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA A ADJUNTAR

Marque con una X los antecedentes que acompaña:

Documento	Adjunta
Fotografías recientes del vehículo (vista frontal)	☐
Fotografía lateral	☐
Fotografía posterior	☐
Fotografía interior del vehículo	☐
Fotografía de la quinta puerta abierta	☐
Fotografía del espacio destinado al traslado y resguardo de insumos médicos	☐
Copia del Permiso de Circulación vigente	☐
Copia del SOAP vigente	☐
Copia de la Revisión Técnica vigente	☐
Otros antecedentes que estime pertinentes	☐



Servicio de Salud Magallanes
Subdirección Administrativa y Financiera
Departamento de Abastecimiento

6. DECLARACIÓN DEL OFERENTE

Declaro conocer y aceptar íntegramente las presentes Condiciones de la Contratación y manifiesto que el servicio ofertado cumple con las especificaciones técnicas requeridas por el Servicio de Salud Magallanes. Asimismo, declaro que la información proporcionada en el presente Anexo es veraz y que el valor ofertado incluye todos los costos necesarios para la correcta ejecución del servicio.

Nombre del oferente o representante legal: _____

Fecha: _____

Firma (si corresponde): _____