

FORMULARIO N° 1

OFERTA TÉCNICA

“SERVICIO DE TRANSPORTE DE FUNCIONARIOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CURICÓ”

NOMBRE OFERENTE:	
RUT OFERENTE:	

B.- OFERTA TÉCNICA, (PONDERA 40%):

B.1) EXPERIENCIA DEL TRASLADO, (PONDERA 30%):

La evaluación se realizará a partir de la información adjunta entregada por cada oferente, de acuerdo con los requerimientos solicitados.

EXPERIENCIA DEL OFERENTE EN SERVICIOS DE TRASLADO DE FUNCIONARIOS O PERSONAL	MARQUE CON UNA X
Más de 10 facturas, órdenes de compra, contratos que demuestren experiencia en el rubro licitado ya sea en instituciones Públicas o Privadas (periodo desde 2018 hasta 2024 inclusive)	100
de 6 y hasta o menos de 9 facturas, órdenes de compra, contratos que demuestren experiencia en el rubro licitado ya sea en instituciones Públicas o Privadas meses (periodo desde 2018 hasta 2024 inclusive)	70
Menos de 5 facturas, órdenes de compra, contratos que demuestren experiencia en el rubro licitado ya sea en instituciones Públicas o Privadas meses (periodo desde 2018 hasta 2024 inclusive)	40
No presenta o no informa	0

NOTA: el oferente debe respaldar su información, adjuntando los documentos que acrediten dicha experiencia. **(el no adjuntar lo solicitado se considerará puntaje 0 en este criterio).**

B.2) CERTIFICADO HOJA DE VIDA DEL CONDUCTOR, PONDERA 10%

DESCRIPTOR	MARQUE CON UNA X
Sin infracciones cursadas de todos los conductores	100
Con infracciones cursadas de alguno de los conductores	50
No presenta o no informa	0

B.3) EVALUACIÓN CONDICIÓN DEL SERVICIO, PONDERA 10%

El oferente deberá completar el recuadro que a continuación se muestra, marcando con una (SI o NO) la opción que corresponda, y adjuntar los respaldos correspondientes para validar su oferta.

CHECK LIST		
DESCRIPTOR CONDICIONES DEL CONDUCTOR	CUMPLE	
	SI	NO
Licencia de conducir A2 vigente (al día)		

Certificado de Antecedentes (adjuntar certificado actualizado y vigente de antecedentes conductor titular y suplente)		
Hoja de vida del conductor (adjuntar certificado actualizado y vigente de antecedentes conductor titular y suplente) sin anotaciones en la hoja de vida del conductor.		
En el caso de infracciones de tránsito que se cursen al conductor, será de total responsabilidad de este y por lo tanto el proveedor deberá asumir el costo.		
Deberá contar con elementos de protección personal adecuados para su labor, y uso de EPP asociados a protocolo COVID 19. (en caso de ser necesario)		
En caso de ausencia o imposibilidad de ejecutar el servicio, el Oferente deberá proveer de un conductor de reemplazo de las mismas condiciones de experiencia en el rubro licitado en un plazo no superior a 2 horas desde la ausencia. Dichos antecedentes deberán ser presentados a Jefatura de Movilización para su aprobación.		
El conductor debe presentar toda su documentación al día para solicitar a Jefatura de Movilización la tarjeta de identificación institucional y autorización para su ingreso al interior del recinto hospitalario, la cual deberá ser portada en todo momento. Documentación requerida será informada posterior a la emisión de la orden de compra.		
En el caso que el conductor deje de prestar servicios al hospital, la tarjeta de identificación institucional debe ser devuelta por el encargado de la empresa a Jefatura de Movilización.		
Deberán mantener una buena presentación personal.		
Deberán mantener un trato cordial y respetuoso con los funcionarios, pacientes o usuarios.		
Presentarse en el lugar designado de salida, antes del horario coordinado.		
No fumar dentro del o los vehículos que prestan el servicio, inclusive aun estando sin ocupantes		

DESCRIPTOR DE LOS VEHÍCULOS	CUMPLE	
	SI	NO
No deben tener una antigüedad superior a 5 años.		
Debe contar al menos con 4 puertas.		
Cierre centralizado.		
Aire acondicionado.		
Cinturones de seguridad en todos los asientos.		
Deberá tener una capacidad de 5 (4+1) asientos todos con apoya cabeza <u>aplica a Camionetas con cúpulas.</u>		
Provisto de los sistemas y accesorios que la Ley establece (extintor de incendios, triangulo reflectante, chaleco reflectante, botiquín).		
TAG.		
Botiquín.		
Rueda de repuesto en buen estado.		
Extintor.		
Vehículo de reemplazo en caso de emergencia.		
En caso de cambio de vehículo por una mejora en el servicio debe informar a la correspondiente Jefatura de Unidad y entregar los antecedentes del nuevo vehículo a Jefatura de Movilización.		

Debe incluir un sistema de localización GPS, que muestre la ubicación en tiempo real o cada 30 segundos, al cual el hospital pueda tener acceso y que garantice un registro histórico de al menos 3 meses.		
El vehículo deberá contar con herramientas comunes y de apoyo para atender necesidades que se presenten en la ruta, y estar en excelentes condiciones mecánicas y de chasis, tanto interior como exterior.		
Servicio solicitado deberá considerar además los siguientes ítems: - Recambio de elementos por desgaste - Consumo de lubricantes necesarios para la operatividad del vehículo - Consumo de combustible para las rutas mencionadas, pago de peajes y vías laterales - Mantenimiento y reparación del vehículo.		
Las cuatro (4) camionetas 4x4 con cúpula deben estar disponible de lunes a viernes desde 08:00 a 17:30 horas.		
En caso de ausencia o imposibilidad de ejecutar el servicio, el Oferente deberá proveer de un vehículo de reemplazo de las mismas características o superior en un plazo no superior a 2 horas desde la ausencia. Dichos antecedentes deberán ser presentados a jefatura de movilización para su aprobación.		
El proveedor deberá considerar dentro de su propuesta el pago total de combustible, estacionamientos, peajes, mantenimiento preventivo, mantenimiento correctivo.		

DESCRIPTOR DOCUMENTOS OBLIGATORIOS Y EXCLUYENTES DEL O LOS VEHÍCULOS	CUMPLE	
	SI	NO
Seguro obligatorio		
Seguro por transporte de pasajeros		
Seguro de asientos		
GPS		
Certificado de inscripción (padrón) otorgado por el Registro Civil		
Permiso de circulación vigente		
Revisión técnica y de gases al día		
Certificado de anotaciones vigentes del vehículo		
Contar con Autorización de la Secretaria Regional Ministerial: De acuerdo con la normativa vigente del Decreto N°80/2004 del Ministerio de Transporte y Telecomunicaciones sobre el transporte remunerado de pasajeros, será Obligatorio y Excluyente que los oferentes adjunten copia de la Autorización de la Secretaria Regional Ministerial del Maule que acredita la habilitación para el ejercicio del rubro de los vehículos		
Será requisito incluir en la propuesta los antecedentes de la empresa, del o los vehículos, del conductor titular y del conductor suplente (este último para el caso de ausencia del chofer titular). Obligatorio y Excluyente que los oferentes adjunten copia de dichos documentos.		

FIRMA OFERENTE PERSONA NATURAL O
FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

FORMULARIO N° 2

**DECLARACIÓN ACREDITACIÓN EXISTENCIA DE PROGRAMAS DE INTEGRIDAD Y ÉTICA
EMPRESARIAL**

**“SERVICIO DE TRANSPORTE DE FUNCIONARIOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE
CURICÓ”**

Yo, _____, cédula de identidad N° _____, con domicilio en
_____ en representación de _____,
RUT: _____, del mismo domicilio, para la licitación pública para la adquisición de
**“SERVICIO DE TRANSPORTE DE FUNCIONARIOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE
CURICÓ”**, declaro bajo juramento que:

Mi representada _____ **(SI/NO) declara** poseer un programa de integridad y ética
empresarial.

Además, declara que dicho programa es efectivamente conocido y aplicado por su personal,
entendiendo programa de integridad cualquier sistema de gestión que tenga como objetivo
prevenir y si resulta necesario, identificar y sancionar las infracciones de leyes, regulaciones,
códigos o procedimientos internos que tienen lugar en una organización, promoviendo una
cultura de cumplimiento.

**A FIN DE COMPROBAR SU DECLARACIÓN, DEBERÁ ADJUNTAR A LA OFERTA EL REFERIDO
PROGRAMA DE INTEGRIDAD** (el no adjuntar lo solicitado se considerará sin programa de
integridad, obteniendo puntaje 0 en este criterio).

<Ciudad>, <día/mes/año>

<Firma> _____

<Nombre> _____

<Representante Legal o persona natural según corresponda >

NOTA:

1. En el caso de las personas jurídicas, quien suscribe debe ser el representante legal, y en el caso de las UTP, la declaración deberá ser suscrita por el apoderado de la UTP, ya sea persona natural o persona jurídica; y en este último caso, debe firmar su representante legal.
2. Marcar con SI/NO el párrafo, según corresponda a su situación.

FORMULARIO N° 3

“SERVICIO DE TRANSPORTE DE FUNCIONARIOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CURICÓ”

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	
RUT	

Nº	SERVICIO	UNIDAD	MESES	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	Servicio de traslado de funcionarios horario desde 08:00 a 17:30 de lunes a viernes. (4 Camionetas 4x4 con cúpula).	MESES	15		
Sub Total Neto					\$
IVA					\$
TOTAL					\$

Cualquier error en la cotización será de exclusiva responsabilidad del cotizante.

**FIRMA OFERENTE PERSONA NATURAL O
FIRMA REPRESENTANTE LEGAL**