

**BASES ADMINISTRATIVAS**  
**“SERVICIO DE TRASLADO DE PERSONAL DE SALUD DE DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL”**

**FORMULARIO Nº1 /PERSONA NATURAL O JURÍDICA**  
**IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE**

|                             |   |  |
|-----------------------------|---|--|
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL       | : |  |
| DIRECCIÓN                   | : |  |
| R.U.T.                      | : |  |
| TELÉFONO                    | : |  |
| E-MAIL                      | : |  |
| NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: |   |  |
| DIRECCIÓN                   | : |  |
| R.U.T.                      | : |  |
| TELÉFONO                    | : |  |
| E-MAIL                      | : |  |

\_\_\_\_\_  
FIRMA OFERENTE O REPRESENTANTE LEGAL

En La Cisterna a \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

**BASES ADMINISTRATIVAS**  
**SERVICIO DE TRASLADO DE PERSONAL DE SALUD DE DIRECCIÓN DE SALUD**  
**MUNICIPAL**  
**FORMULARIO N°2**  
**UNIÓN TEMPORAL DE PROVEEDORES**

**IDENTIFICACIÓN DE LOS PROVEEDORES QUE CONFORMAN LA UTP**

| Nombre del Proponente o Razón Social | RUT | Domicilio | Nombre Representante Legal | RUT Representante Legal |
|--------------------------------------|-----|-----------|----------------------------|-------------------------|
|                                      |     |           |                            |                         |
|                                      |     |           |                            |                         |
|                                      |     |           |                            |                         |
|                                      |     |           |                            |                         |

**II. IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO DE LA UTP**

|                      |  |
|----------------------|--|
| Nombre               |  |
| Rut                  |  |
| Domicilio (en Chile) |  |
| Teléfono             |  |
| Correo Electrónico   |  |

**III. IDENTIFICACIÓN DEL CONTACTO PARA LA LICITACIÓN**

|                    |  |
|--------------------|--|
| Nombre             |  |
| Teléfono           |  |
| Rut                |  |
| Correo Electrónico |  |

\_\_\_\_\_  
FIRMA OFERENTE O REPRESENTANTE LEGAL

En La Cisterna a \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

**BASES ADMINISTRATIVAS**  
**SERVICIO DE TRASLADO DE PERSONAL DE SALUD DE DIRECCIÓN DE SALUD**  
**MUNICIPAL**  
**FORMULARIO N°3**  
**EXPERIENCIA EN EL RUBRO**

\_\_\_\_\_  
*NOMBRE DEL PROPONENTE O RAZÓN SOCIAL*

CURRICULUM DE LA EMPRESA

| Nº | Institución | ID (mercado público) | Nombre de la Licitación | Monto | Período / Año |
|----|-------------|----------------------|-------------------------|-------|---------------|
|    |             |                      |                         |       |               |
|    |             |                      |                         |       |               |
|    |             |                      |                         |       |               |
|    |             |                      |                         |       |               |
|    |             |                      |                         |       |               |
|    |             |                      |                         |       |               |
|    |             |                      |                         |       |               |
|    |             |                      |                         |       |               |
|    |             |                      |                         |       |               |

\_\_\_\_\_  
FIRMA OFERENTE O REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
RUT

En La Cisterna a \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

**La acreditación de experiencia deberá realizarse presentando copia de certificados de experiencia, contratos, órdenes de compra u otros que avalen experiencia en materia de similares características a las de la presente Licitación.**



**BASES ADMINISTRATIVAS  
SERVICIO DE TRASLADO DE PERSONAL DE SALUD DE DIRECCIÓN DE SALUD  
MUNICIPAL  
FORMULARIO N°4**

**“DECLARACIÓN JURADA”**

Declaro **CONOCER Y ACEPTAR** las condiciones establecidas en las Bases Administrativas Bases Generales, Bases Administrativas Normas Especiales y que **APLICARÉ en el servicio encomendado** lo contenido en las Especificaciones Técnicas, normas aplicables, repuestas a consultas y aclaraciones o respuestas de la presente contratación mediante Convenio Marco, así mismo que mantendré mi oferta por un plazo de 30 días, a contar de la fecha de apertura de la propuesta y que toda documentación presentada es fidedigna.

Garantizo la exactitud de mi declaración que es inapelable y definitiva y autorizo a cualquier entidad pública o privada para suministrar las informaciones pertinentes que sean solicitadas por la Dirección de Salud Municipal, en relación con esta propuesta.

Declaro haber considerado en mi oferta la totalidad de los costos y gastos que impone el correcto cumplimiento del contrato y que acepto las condiciones que implica dicho contrato.

Declaro no tener inhabilidades para contratar con la Municipalidad de conformidad al Art. 4 de la Ley de Compras Públicas y Decreto N°661.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EMPRESA

\_\_\_\_\_  
FIRMA OFERENTE O  
REPRESENTANTE LEGAL

En La Cisterna a \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

**BASES ADMINISTRATIVAS**  
**“SERVICIO DE TRASLADO DE PERSONAL DE SALUD DE DIRECCIÓN DE SALUD**  
**MUNICIPAL**  
**FORMULARIO N°5**  
**Oferta Económica**

| OFERTA ECONÓMICA                           |                               |    |
|--------------------------------------------|-------------------------------|----|
| 1 VEHÍCULO TIPO SEDÁN, SUV O STATION WAGON | 4 HRS 66 MEDIAS JORNADAS      | \$ |
| 1 VEHÍCULO TIPO SEDÁN, SUV O STATION WAGON | 4 HORAS 80 MEDIAS JORNADAS    | \$ |
| 1 VEHÍCULO TIPO SEDÁN, SUV O STATION WAGON | 9 HORAS 66 JORNADAS COMPLETAS | \$ |
| VALOR TOTAL OFERTA, (EXENTO IVA)           |                               | \$ |

.  
\* La oferta no puede exceder el presupuesto máximo disponible.

\_\_\_\_\_  
FIRMA OFERENTE O REPRESENTANTE LEGAL

En La Cisterna a \_\_\_\_del mes \_\_\_\_\_del año \_\_\_\_\_.