MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
VALPARAÍSO - SAN ANTONIO
HOSPITAL DR. EDUARDO PEREIRA RAMÍREZ
DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO
UNIDAD DE COMPRAS DE SERVICIOS Y BIENES COMPLEJOS

FORMULARIO Nº 1
Antecedentes del Oferente

DATOS DEL OFERENTE	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	
RUT	
DOMICILIO	
BANCO	
Nº CTA. CTE.	
TELÉFONOS	
CORREO ELECTRÓNICO	
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL	
NOMBRE	
RUT	
CARGO	
ESTADO CIVIL	
NACIONALIDAD	
PROFESIÓN	
ESCRITURA DE PERSONERÍA (Notaría,fecha y Repertorio)	
DATOS DEL CONTACTO	
NOMBRE	
CARGO	
TELÉFONOS	
CORREO ELECTRÓNICO	
COORDINADOR DE INSTALACION Y RETIRO DE EQUIPOS	
NOMBRE	
CARGO	
TELÉFONOS	
CORREO ELECTRÓNICO	

DATOS PARA DEVOLUCION DE BOLETAS DE GARANTIA (si corresponde)	
NOMBRE	
TELÉFONOS	
DIRECCIÓN	
CORREO ELECTRÓNICO	

ES OBLIGACION DEL PROVEEDOR REALIZAR LA GESTION DE SOLICITAR LA (S) BOLETA (S) DE GARANTIA. EN EL CASO QUE EL PROVEEDOR CAMBIE SU DIRECCIÓN DE ESTE FORMULARIO, EL PROVEEDOR DEBE INFORMAR AL HOSPITAL AL CORREO marcelo.fuentes.f@redsalud.gob.cl

NOMBRE Y RUT OFERENTE
O REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES)

FIRMA

Valparaíso,…… de …….…. del 2026

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
VALPARAÍSO - SAN ANTONIO
HOSPITAL DR. EDUARDO PEREIRA RAMÍREZ
DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO
UNIDAD DE COMPRAS DE SERVICIOS Y BIENES COMPLEJOS

FORMULARIO Nº 2

Declaración Jurada Simple de Conocimiento y Aceptación de las Bases.

El suscrito, en representación legal del oferente ……, acepta las condiciones establecidas en las bases de licitación pública**, *"Servicio de Transporte y Movilización para Funcionarios y/o Pasajeros"*** del Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez, **garantizando** la veracidad y exactitud de toda la información proporcionada, además, de haber estudiado todos los antecedentes de la propuesta, verificado la concordancia entre ellas; y conocer las normas legales vigentes al respecto.

Que, no le afecta ninguna de las inhabilidades ni prohibiciones establecidas en el inciso 1º del artículo 4º de la Ley 19.886, de Bases Sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestaciones de Servicios, es decir, no ha sido condenado por prácticas antisindicales o infracción a los derechos fundamentales del trabajador, o por los delitos concursales establecidos en el código penal, dentro de los anteriores dos años a la fecha de presentación de la oferta.

Que, no ha sido condenado con la prohibición temporal o perpetua de celebrar actos y contratos con Organismos del Estado, contemplada en los artículos 8º y 10º de la Ley 20.393, sobre Responsabilidad Penal de las Personas Jurídicas en los Delitos de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Delitos de Cohecho.

Que, no tiene vinculo de parentesco con los funcionarios directivos o autoridades del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, en los términos establecidos en el inciso 6º del artículo 4º de la Ley 19.886, de Bases Sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestaciones de Servicios, que establece que ningún Órgano de la Administración del Estado y de las empresas y corporaciones del Estado o en que éste tenga participación, podrá suscribir contratos administrativos de provisión de bienes o prestación de servicios con los funcionarios directivos del mismo órgano o empresa, ni con personas unidas a ellos por los vínculos de parentesco descritos en la letra b) del artículo 54º de la Ley 18.575, Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, ni con sociedades de personas de las que aquéllos o éstas formen parte, ni con sociedades comanditas por acciones o anónimas cerradas en que aquéllos o éstas sean accionistas, ni con sociedades anónimas abiertas en que aquéllos o éstas sean dueños de acciones que representen el 10% o más del capital, ni con los gerentes, administradores, representantes o directores de cualquiera de las sociedades antedichas.

Además, declaro que en el transcurso de la ejecución del servicio que sobrevenga alguna causal de inhabilidad, daré pronto aviso a la Institución.

El oferente que represento _____ (indicar SI o NO) posee oficina en la región de Valparaíso.

_____ _____

NOMBRE Y RUT OFERENTE **FIRMA**
O REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES

Valparaíso, ……de ……..… del 2026

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
VALPARAÍSO - SAN ANTONIO
HOSPITAL DR. EDUARDO PEREIRA RAMÍREZ
DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO
UNIDAD DE COMPRAS DE SERVICIOS Y BIENES COMPLEJOS

FORMULARIO N° 3
OFERTA ECONÓMICA

La Empresa que suscribe, se compromete a prestar servicio de transporte para el Hospital Dr. Eduardo Pereira, en las siguientes condiciones y en conformidad con las Bases Administrativas, Técnicas, Anexos y Serie de Preguntas y Respuestas.

ITEM	DETALLE	HORARIO	Valor día unitario neto	Valor Mensual neto
1	**01.- Van ó Minibús en adelante Vehículo N°1, con desempeño en Centro de Especialidades del Hospital Eduardo Pereira (CDE-HD)**	**Lunes a jueves**, 08:30 a 17:00 hrs; **viernes** 08:30 a 16:00		
2	**01.- Van ó Minibús en adelante Vehículo N°2, con desempeño en Centro de Especialidades del Hospital Eduardo Pereira (CDE -HD)**	**Lunes a viernes**, 08:00 a 13:30 hrs		
3	**01.- Van ó Minibús en adelante Vehículo N°3, con desempeño en el Hospital Eduardo Pereira (HEP-HD).**	**Lunes a jueves**, 08:30 a 17:00 hrs; **viernes** 08:30 a 16:00		
4	**01.- Van ó Minibús (en adelante Vehículo N°4, con desempeño en el Hospital Eduardo Pereira (HEP-Avnia)**	**Lunes a jueves**, 08:30 a 17:00 hrs; **viernes** 08:30 a 16:00		
5	**01.- Van ó Minibús en adelante Vehículo N°5, con desempeño en el Hospital Eduardo Pereira (HEP-Ssgg)**	**Lunes a jueves**, 08:00 a 17:00 hrs; **viernes** 08:00 a 16:00		

Valor total mensual general del servicio es de $_____neto. - Corresponde a la suma de los valores mensuales netos ofertados para la totalidad de los ítems considerados en el presente formulario.

El valor mensual señalado en el presente formulario tendrá carácter referencial y será calculado considerando veinte (20) días hábiles por cada uno de los servicios requeridos. No obstante, durante la ejecución del contrato dicho valor podrá ajustarse proporcionalmente de acuerdo con la cantidad efectiva de días hábiles que contemple cada mes calendario, manteniéndose inalterado el valor diario ofertado por el proveedor.

EN CASO DE NO ENTREGAR ESTE VALOR EN EL FORMULARIO SE DECLARÁ LA OFERTA INADMISIBLE.

En caso de existir discrepancia en la línea de oferta de mercado público, prevalecerá lo consignado en este Formulario.

_____ _____

NOMBRE Y RUT OFERENTE O REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES

FIRMA

Valparaíso, ……de ……..… del 2026

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
VALPARAÍSO - SAN ANTONIO
HOSPITAL DR. EDUARDO PEREIRA RAMÍREZ
DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO
UNIDAD DE COMPRAS DE SERVICIOS Y BIENES COM

FORMULARIO N° 4

EXPERIENCIA DEL OFERENTE

(DESDE EL 2020 HASTA LA FECHA DE CIERRE DE OFERTAS)

Nº	a) Nombre de la Institución b) nombre contacto c) correo o teléfono	Duración del Contrato		Cantidad de vehículos contratados	Validación de la Información (indicar número ó identificación)	
		desde (mes/año)	hasta (mes/año)		Certificado	Orden de Compra en estado "recepción conforme" (indicar número)
1	a)					
	b)					
	c)					
2	a)					
	b)					
	c)					
3	a)					
	b)					
	c)					
4	a)					
	b)					
	c)					
5	a)					
	b)					
	c)					

EL OFERENTE QUE REPRESENTO, TIENE UNA CANTIDAD DE _____ CONTRATOS REALIZADOS O EN DESARROLLO, RELATIVOS A LA MATERIA QUE SE LICITA Y EN EL PERIODO 2020 A LA FECHA.
NOTA: EL OFERENTE DEBERA ADJUNTAR A LA OFERTA LA PRESENTACIÓN DE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES CERTIFICACIONES DE EXPERIENCIA, EMITIDOS POR LA INSTITUCION RESPECTIVA CON TAL DE ACREDITAR LA EXPERIENCIA INDICADA EN EL PRESENTE FORMULARIO DE ACUERDO CON LOS ARTICULOS 16-5 Y 12.2.3 DE LAS BASES ADMINISTRATIVAS DE LA PRESENTE LICITACIÓN:

_____ _____

NOMBRE Y RUT OFERENTE
O REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES

FIRMA

Valparaíso, ……de …….…. del 2026

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
VALPARAÍSO - SAN ANTONIO
HOSPITAL DR. EDUARDO PEREIRA RAMÍREZ
DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO
UNIDAD DE COMPRAS DE SERVICIOS Y BIENES COMPLEJOS

FORMULARIO N° 5
Condiciones de los vehículos

La presente tabla describe la cantidad de vehículos disponibles para la prestación de servicio y sus características

Vehículo	Marca/modelo	Año	Cantidad de pasajeros	Propio, Arriendo, compra	N° Patente	N° Padrón
vehículo 1						
Vehículo 2						
Vehículo 3						
Vehículo 4						
Vehículo 5						
Vehículo reemplazo 1						
Vehículo reemplazo 2						

Los vehículos declarados inicialmente son los que prestaran servicios al inicio del contrato, en caso de presentarse cambios posteriores de vehículos, estos deben ser de las mismas características o superiores de las descritas en el formulario N° 5.

Se deberá adjuntar a este formulario la documentación de los vehículos considerados en la prestación del servicio.

- Certificado de Inscripción del vehículo vigente.
- Soap vigente.
- Revisión técnica vigente y certificado de emisión de contaminantes.
- Permiso de circulación vigente.
- Autorización decreto 80 del Ministerio de Transporte y/o Telecomunicaciones.
- Contrato vigente, si el vehículo es arrendado.
- cotización formal con fecha posterior a la publicación de la licitación

_____ _____

NOMBRE Y RUT OFERENTE O REPRESENTANTE(S) LEGAL (ES

FIRMA

Valparaíso, ……de …… del 2026

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
VALPARAÍSO - SAN ANTONIO
HOSPITAL DR. EDUARDO PEREIRA RAMÍREZ
DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO
UNIDAD DE COMPRAS DE SERVICIOS Y BIENES COMPLEJOS

FORMULARIO N° 6

DECLARACION PROGRAMA DE INTEGRIDAD Y COMPLIANCE

Yo, ……, Cédula de Identidad N°…….-…, con domicilio en……,y en representación de ……, RUT N°…….-, declaro se (cuenta/No cuenta) con programa (s) de integridad que sean conocidos por el personal que desempeña funciones en ella:

Detalle	Marcar Alternativa
Cuenta con programa (s) de integridad y compliance que sean conocidos por el personal.	
No cuenta con programa (s) de integridad y compliance que sean conocidos por el personal.	

Si cuenta con programas de integridad y compliance que sean conocidos por el personal, individualizar el (los) programa (s) de integridad y compliance según corresponda, y señalar respecto de cada uno de éstos los medios de verificación que adjunta para acreditar que son conocidos por el personal.

Nombre del Programa de Integridad y Compliance y fecha de éste	Medios (s) de verificación acompañado (s) para acreditar que el Programa de Integridad y Compliance es conocido por el personal
Cuenta con programa (s) de integridad y compliance que sean conocidos por el personal.	
No cuenta con programa (s) de integridad y compliance que sean conocidos por el personal.	

NOTA: Los oferentes que señalen que cuentan con programas de integridad y compliance conocidos por el personal, deberán individualizar el nombre del Programa correspondiente y fecha de emisión y deberán acompañar medio (s) de verificación que acredite que éstos son conocidos por el personal. En caso de no acompañarse el medio de verificación requerido o no acreditarse el cumplimiento de las condiciones establecidas, el oferente obtendrá 0 puntos.

Para acreditar el “conocimiento del personal”, se debe adjuntar el modo de distribución de dicho programa a sus trabajadores (Correo electrónico, firma de entrega formal al trabajador).

NOMBRE Y RUT OFERENTE
O REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES

FIRMA

Valparaíso, ……de ……..… del 2026

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
VALPARAÍSO - SAN ANTONIO
HOSPITAL DR. EDUARDO PEREIRA RAMÍREZ
DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO
UNIDAD DE COMPRAS DE SERVICIOS Y BIENES COMPLEJOS

FORMULARIO N° 7
Comportamiento Contractual

Declaración de Antecedentes de Cumplimiento e Incumplimiento Contractual

Nº	Institución Contratante	Nº Contrato / Orden de Compra	Fecha	Multas Tipo de Incumplimiento (Multa, Cobro de Garantía, Término Anticipado u Otro)	Estado / Resolución
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

Observaciones del Oferente:

Declaración: Yo, _____, RUT _____, en calidad de representante legal de _____, declaro que la información consignada en este formulario es veraz y corresponde a los antecedentes registrados en Mercado Público, los cuales pueden ser corroborados por la unidad de Abastecimiento y/o la comisión evaluadora de la licitación.

La omisión del Formulario N°7 hará inadmisible la oferta; sin embargo, la existencia de incumplimientos declarados no constituirá causal de inadmisibilidad, sino que será evaluada conforme al criterio Comportamiento Contractual.

_____ _____
NOMBRE Y RUT OFERENTE **FIRMA**

O REPRESENTANTE(S) LEGAL (ES)

Valparaíso, ……de ……..… del 2026