

**OFERTA ECONÓMICA**

**Formulario N° 1: Valor Oferta y Plazo**

**“TRASLADO DE FUNCIONARIOS Y/O MEDICAMENTOS PARA APOYO PROGRAMA CUIDADOS  
PALIATIVOS UNIVERSALES EN APS”**

---

**NOMBRE DEL OFERENTE O RAZÓN SOCIAL:**

**R.U.T. DEL OFERENTE:**

**VALOR TOTAL DE LA OFERTA CON IVA: (en cifras)**

**(En palabras)**

**PLAZO DE EJECUCIÓN DEL SERVICIO:**

**(En meses)**

—

**FIRMA OFERENTE O REPRESENTANTE LEGAL**

En Viña del Mar a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**OFERTA TECNICA**

**Formulario N°2**

**“TRASLADO DE FUNCIONARIOS Y/O MEDICAMENTOS PARA APOYO PROGRAMA CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES EN APS”**

En este formulario se debe detallar la propuesta técnica a desarrollar de acuerdo al servicio requerido según bases

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE
RUT

Línea / Ítem	SERVICIO/PROGRAMA	CARACTERÍSTICAS VEHÍCULOS <small>(Describir las características del vehículo según las especificaciones técnicas solicitadas en bases administrativas y técnicas. Ejemplo: capacidad, Marca, Modelo, aire acondicionado, aplicaciones, combustible y bitácora proporcionada por el oferente etc. Adjuntar Fotos)</small>	DOCUMENTACIÓN VEHÍCULOS <small>(Indicar la documentación que adjunta al presente formulario, según lo solicitado en bases. Ejemplo: copia la revisión técnica, permiso de circulación, SOAP, padrón del vehículo)</small>	DATOS DEL CONDUCTOR <small>((Indicar la documentación que adjunta al presente formulario, según lo solicitado en bases. Ejemplo: copia licencia de conducir, hoja de vida del conductor y certificado de antecedentes)</small>	N° DE PLACA PATENTE <small>(No se puede repetir en diferentes líneas)</small>	AÑO DEL VEHÍCULO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						

**FIRMA OFERENTE O REPRESENTANTE LEGAL**

En Viña del Mar a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**Formulario N° 6: Experiencia**

**“TRASLADO DE FUNCIONARIOS Y/O MEDICAMENTOS PARA APOYO PROGRAMA CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES EN APS”**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE
RUT

**Años de experiencia en servicios de similares características.**

N°	NOMBRE DEL SERVICIO REALIZADO	MANDANTE	FECHA INICIO DEL SERVICIO	FECHA TERMINO DEL SERVICIO	ADJUNTA DOCUMENTACION		BREVE DESCRIPCION DEL SERVICIO
					SI (X)	NO (X)	
1							
2							
3							

---

FIRMA PROVEEDOR O  
REPRESENTANTE LEGAL

Viña del Mar, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026