

 Hospital Santa Isabel Servicio de Salud Arauco Ministerio de Salud	HOSPITAL SANTA ISABEL DE LEBU	ID COTIZACIÓN
	SERVICIO DE TRASLADO LEBU CAÑETE – CAÑETE LEBU (PESPI)	5802394-985VJMW

TÉRMINOS DE REFERENCIA SERVICIO DE MOVILIZACIÓN

A- PRESUPUESTO Y CONTINUIDAD DEL SERVICIO

1. Monto Máximo Disponible: \$952.000 (Novecientos cincuenta y dos) impuestos incluido.
2. Obligación del Contratista: Deberá asegurar la continuidad y cumplimiento del servicio contratado, incluso ante contingencias o situaciones circunstanciales.

B- PROCEDIMIENTO ANTE DENUNCIAS O RECLAMOS

En caso de denuncia formal o reclamo grave en contra del conductor, el Hospital notificará al contratista para su reemplazo preventivo inmediato en un plazo de 24 horas, otorgando 3 días hábiles para presentar descargos antes de determinar medidas contractuales fundadas.

C- OBLIGACIONES GENERALES Y CONFIDENCIALIDAD

El contratista y sus conductores deberán mantener estricta reserva sobre la identidad, diagnósticos, domicilios y antecedentes médicos de los usuarios. La falta a la probidad o el deber de confidencialidad y reserva constituirán causales de término anticipado e inmediato del contrato, sin derecho a indemnización para el proveedor.

Registro de Contacto: El adjudicado deberá mantener e Intercultural un registro actualizado de sus datos de contacto (nombre, dirección, teléfono fijo, celular y correo electrónico) para asegurar su localización permanente ante cualquier eventualidad.

D- REQUISITOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS DEL VEHÍCULO

- ✓ Camioneta año de fabricación entre 2018 a 2026 con documentación y mantenciones al día, múltiples filas de asiento, fácil acceso, aire acondicionado y combustible.
- ✓ Capacidad para trasladar a 5 personas incluido el conductor
- ✓ Tracción 4x4 (justificada técnicamente para el tránsito por caminos rurales no pavimentados, quebradas y zonas de difícil adherencia).
- ✓ Neumáticos a todo terreno o de uso mixto adecuado para el trabajo en terreno.
- ✓ Camioneta doble cabina
- ✓ Transmisión automática o manual.
- ✓ Capacidad mínima 700 kilos.
- ✓ Equipamiento: Calefacción, aire acondicionado operativo, pisaderas laterales, elementos de emergencia, doble airbag frontal y cinturones de seguridad de 3 puntas en todos los asientos.
- ✓ Será de cargo exclusivo del contratista el suministro de combustible, mantenciones preventivas/correctivas y estacionamientos según la ruta del equipo.
- ✓ Ante fallas mecánicas, se debe disponer de un vehículo de idénticas características en un tiempo máximo de respuesta de 2 horas. Al postular, solo se exige la declaración de compromiso; los documentos se solicitarán al momento del reemplazo efectivo.

E- DOCUMENTACIÓN Y SEGUROS DEL VEHÍCULO

El contratista deberá subir al portal:

- ✓ Permiso de circulación vigente
- ✓ Revisión técnica vigente,
- ✓ Seguro obligatorio del vehículo
- ✓ Póliza de Seguro Adicional de Responsabilidad Civil por daños a terceros y ocupantes (monto mínimo 500 UF), con vigencia durante todo el período del servicio.



 Hospital Santa Isabel Servicio de Salud Araucano Ministerio de Salud	HOSPITAL SANTA ISABEL DE LEBU	ID COTIZACIÓN
	SERVICIO DE TRASLADO LEBU CAÑETE – CAÑETE LEBU (PESPI)	5802394-985VJMW

- ✓ Padrón a nombre del oferente, representante legal o con título que acredite su tenencia (contrato de arriendo, leasing o comodato notarial).

Nota de control: El comprobante de pago del mes en curso de la póliza adicional deberá presentarse mensualmente junto a la copia de la bitácora al Supervisor del Contrato.

F- IDEONEIDAD Y REQUISITOS DEL CONDUCTOR

El conductor titular (y de reemplazo) deberá dar cumplimiento a los siguientes requisitos objetivos y acreditables:

- ✓ Poseer Licencia de Conducir Clase B vigente, sin suspensiones ni cancelaciones vigentes aplicadas por Juzgados de Policía Local o Tribunales de Justicia.
- ✓ Presentar Certificado de Hoja de Vida del Conductor emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación con una vigencia no superior a 30 días corridos contados desde la fecha de cierre de la cotización, el cual no deberá registrar condenas por infracciones gravísimas ni delitos previstos en la Ley de Tránsito (como conducción bajo la influencia del alcohol, en estado de ebriedad o bajo sustancias psicotrópicas) dentro de los últimos 24 meses.
- ✓ Presentar Certificado de Antecedentes para Fines Especiales que no registre condenas por delitos contra las personas, libertad sexual o violencia intrafamiliar, considerándose incompatibles con el traslado seguro y la interacción con usuarios de salud mental.
- ✓ Deberá contar con conocimiento práctico de rutas urbanas de la comuna y provincia, o bien disponer de sistema de navegación/GPS operativo para la optimización de traslados.

G- CONDICIONES PARA VEHÍCULO Y CONDUCTOR DE REEMPLAZO

- ✓ Vehículo de Reemplazo: Al momento de postular, bastará con adjuntar una Declaración Jurada de Compromiso de Reemplazo. La documentación completa del móvil sustituto (con las mismas exigencias técnicas y seguros del vehículo titular) solo se exigirá cuando el reemplazo se haga efectivo.
- ✓ Conductor de Reemplazo: Todo cambio de conductor debe notificarse con antelación al referente técnico Facilitadora intercultural. El contratista deberá enviar previamente la copia de la licencia de conducir y la hoja de vida para obtener la aprobación formal antes de operar.

H- DE LA JORNADA LABORAL:

- ✓ El servicio comenzará a ejecutarse al día hábil siguiente a la aceptación de la orden de compra y previa aprobación de la documentación exigida y la fecha exacta y única de término es el 11 diciembre del 2026
- ✓ Horario estimado de traslado: Inicio: 08:00 – Finaliza 17:00 horas. Sujeto a cambios por fuerza mayor. (tiempo estimado de servicio 9 horas por día).
- ✓ Lugar de inicio y término de las funciones Hospital Santa Isabel de Lebu. Dr. Octavio Orellana N°54. Lebu
- ✓ El proveedor debe asegurar que el vehículo comience cada jornada con el habitáculo de pasajeros aspirado, libre de residuos orgánicos o basura, y con superficies de alto contacto (manillas, cinturones, tablero) desinfectadas.

Modificación horaria, emergencias y jornada máxima

Excepcionalmente, por necesidades de servicio, casos de emergencia asistencial o coordinación del equipo de Intercultural, el horario de inicio y término de la jornada diaria podrá modificarse de común acuerdo, mediante aviso formal previo de al menos 24 horas por parte del Referente Técnico del Hospital.

Dicho cambio de horario se registrá bajo las siguientes condiciones obligatorias:

1. Tiempo estimado de servicio 9 horas por día y **no generará pagos adicionales, cobros por horas extras ni recargos en el valor diario ofertado.**
2. Toda reprogramación de días o extensión horaria extraordinaria requerirá autorización previa y expresa de la Dirección o Abastecimiento del Hospital.



 Hospital Santa Isabel Servicio de Salud Arauco Ministerio de Salud	HOSPITAL SANTA ISABEL DE LEBU	ID COTIZACIÓN
	SERVICIO DE TRASLADO LEBU CAÑETE – CAÑETE LEBU (PESPI)	5802394-985VJMW

3. En ningún caso las adecuaciones u horas extraordinarias podrán implicar un aumento en el monto total adjudicado de la Orden de Compra ni sobrepasar el **monto máximo de \$952.000 impuestos incluidos**.

I- **FUNCIONES DEL CONDUCTOR/CAMIONETA**

- ✓ Portar credencial, mantener una conducta respetuosa, cordial y una presentación personal impecable, entendiendo que trabaja con una población de alta vulnerabilidad psicosocial.
- ✓ Programar los recorridos diarios optimizando los tiempos de traslado, utilizando cartografía digital o GPS para coordinar los sectores urbanos y rurales.

J- **DEL PAGO**

- ✓ El pago será por día efectivamente trabajado. El valor ofertado por jornada diaria es a todo evento e incluye: disponibilidad del vehículo, honorarios/remuneraciones del conductor, combustible, estacionamientos, seguros, mantenciones, lavado y sanitización, sin lugar a pagos o cobros adicionales. Frente a inasistencias o fallas de cobertura, se descontará lo equivalente al monto proporcional de los días no prestados

FIN TÉRMINO DE REFERENCIA.

 Hospital Santa Isabel Servicio de Salud Arauco Ministerio de Salud	HOSPITAL SANTA ISABEL DE LEBU	ID COTIZACIÓN
	SERVICIO DE TRASLADO LEBU CAÑETE – CAÑETE LEBU (PESPI)	5802394-985VJMW

CRITERIOS DE EVALUACIÓN – FACTURACIÓN Y PAGO – GENERALIDADES – ANEXOS

1. EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS
1.1 EVALUACIÓN DE LA COTIZACIÓN
La evaluación será realizada por el equipo evaluador, la cual actuará de manera colegiada, objetiva, imparcial e independiente, conforme a los criterios establecidos en las presentes bases y a los principios de transparencia, igualdad de trato y probidad administrativa. El equipo evaluador podrá requerir los antecedentes técnicos o asesorías que estime necesarios para un adecuado análisis de las ofertas, sin que ello implique incorporar nuevos requisitos ni alterar los criterios de evaluación establecidos.
1.1.1 INTEGRACION DEL EQUIPO EVALUADOR
Estará integrado por los siguientes funcionarios: • Facilitadora Intercultural, o quien lo subrogue; • Jefe de Contabilidad Hospital de Lebu, o quien lo subrogue. • Subdirector administrativo Hospital de Lebu, o quien lo subrogue • Prevencionista de riesgos Hospital de Lebu, o quien lo subrogue.
1.1.2 INHABILIDADES Y DEBERES DE ABSTENCIÓN
Los evaluadores deberán abstenerse de participar en el proceso cuando concurra respecto de ellos alguna causal de inhabilidad o conflicto de interés, de conformidad con lo dispuesto en la Ley N°18.575 y la Ley N°19.880. En particular, los miembros de la Comisión no podrán: • Mantener contacto directo o indirecto con los oferentes durante el proceso de evaluación, fuera de los mecanismos formales establecidos en las presentes bases; • Aceptar solicitudes de reunión, comunicaciones privadas o cualquier tipo de interacción no canalizada a través del portal www.mercadopublico.cl; • Recibir donativos, beneficios o promesas de beneficio de parte de oferentes o de terceros relacionados directa o indirectamente con la cotización. En caso de que un integrante detecte la existencia de una causal de inhabilidad o conflicto de interés, deberá declararlo de inmediato y abstenerse de participar en el proceso, dejándose constancia de ello en el respectivo informe o acta de evaluación. En tal situación, el integrante será reemplazado por quien corresponda conforme al mecanismo de subrogación o mediante el acto administrativo que disponga la autoridad competente. El incumplimiento de lo dispuesto en el presente numeral podrá dar lugar a las responsabilidades administrativas que correspondan, sin perjuicio de las demás acciones legales aplicables.
1.1.3 FUNCIONAMIENTO
La Comisión Evaluadora sesionará válidamente con la mayoría absoluta de sus integrantes o sus respectivos subrogantes debidamente designados. En caso de ausencia de alguno de sus miembros, se aplicará el régimen de subrogancia correspondiente, debiendo dejarse constancia de ello en el acta o informe de evaluación. Las decisiones se adoptarán por mayoría simple de los miembros presentes. En caso de empate, resolverá quien presida la Comisión. De todo lo obrado por la Comisión Evaluadora se deberá dejar constancia en el respectivo informe o acta de evaluación, la cual deberá ser fundada y suscrita por todos los integrantes que hayan participado en el proceso.

1.2 FUNCIONES DEL EQUIPO EVALUADOR

Corresponderá a la Comisión:

- Verificar la admisibilidad formal y técnica de las ofertas, conforme a las presentes bases;
- Evaluar las ofertas de acuerdo con los criterios, ponderaciones y metodología definidos en las bases;
- Elaborar el Acta de Evaluación de Ofertas, debidamente fundada;
- Proponer fundadamente la selección de cotización o, en su caso, desestimar cotización

1.3 CRITERIOS DE EVALUACIÓN

La evaluación de las ofertas se realizará asignando puntaje a cada uno de los criterios que se indican a continuación, conforme a las ponderaciones, rangos y fórmulas establecidas en este numeral.

La oferta que obtenga el mayor puntaje total será propuesta para seleccionar cotización, según corresponda:

CRITERIO	%
Oferta económica	60%
Experiencia del oferente	40%
Total	100%

1.3.1 OFERTA ECONÓMICA (60%)

Para aplicar este criterio de evaluación se utilizará la siguiente formula, su resultado se multiplicará por el ponderador del criterio (60%).

$$\frac{\text{Oferta económica mínima}}{\text{Oferta económica evaluada}} * 100$$

1.3.2 EXPERIENCIA DEL OFERENTE (40%)

Para aplicar este criterio de evaluación se utilizará la siguiente formula; su resultado se multiplicará por el ponderador del criterio (40%).

TABLA DE PUNTAJE POR MESES

MESES ACUMULADOS DE EXPERIENCIA ESPECIFICA	PUNTAJE
≥ 60 meses (5 años o más)	100 pts
48 a 59 meses	80 pts
36 a 47 meses	60 pts
24 a 35 meses	40 pts
12 a 23 meses	20 pts
6 a 11 meses	10 pts
No acredita, inferior a 6 meses	0 pts

NOTA:

- La experiencia declarada deberá ser debidamente acreditada mediante la presentación de una copia de la orden de compra (aceptada o finalizada), contrato o certificado de prestación del servicio, acompañado de un documento que certifique la correcta ejecución (como una recepción conforme, certificado del mandante u otro equivalente). Este último deberá indicar la institución mandante o cliente y la identificación del servicio o proceso.
- Se evaluará la experiencia del proveedor en servicios de arriendo de vehículos, transporte, traslado o movilización de personas/pasajeros, o servicios equivalentes de transporte terrestre. Para ello, se considerará la suma total de los meses efectivamente ejecutados en dichos contratos, siempre que estén declarados en el Anexo N° 6 y debidamente acreditados con respaldo.
- Se considerará válida toda prestación realizada a instituciones públicas o privadas, sin exigir un tiempo de duración mínimo continuo por contrato.
- Para efectos de evaluación, se considerará un máximo de 60 meses acumulados de experiencia, como tope para la obtención del puntaje máximo.

El Hospital Santa Isabel de Lebu se reserva el derecho de verificar la veracidad de la información declarada, tanto mediante contacto directo con los clientes o mandantes informados como a través de los registros públicos disponibles.

1.4 RESOLUCIÓN DE EMPATE

En caso que, al sumar todos los criterios por cada oferente evaluado, se produjese un empate en el total de la ponderación, se desempatará a partir de los siguientes criterios en orden de aplicación sucesiva y excluyente:

- El oferente mejor evaluado en el criterio **OFERTA ECONÓMICA**.
- El oferente mejor evaluado en el criterio **EXPERIENCIA DEL OFERENTE**.

Finalmente, de mantenerse la igualdad, se adjudicará a aquel oferente que haya ingresado primero su propuesta en el portal de mercado público, considerándose la hora en que aquello se efectuó.

2. PLAZO DE VIGENCIA DEL CONTRATO

El servicio comenzará a ejecutarse al día hábil siguiente a la aceptación de la orden de compra y previa aprobación de la documentación exigida y la fecha exacta y única de término es el 11 diciembre del 2026.

3. CONDICIONES DE PAGO Y FACTURACIÓN

El pago de los servicios prestados se efectuará contra **recepción conforme**, una vez que el proveedor haya dado

 Hospital Santa Isabel Servicio de Salud Araucano Ministerio de Salud	HOSPITAL SANTA ISABEL DE LEBU	ID COTIZACIÓN
	SERVICIO DE TRASLADO LEBU CAÑETE – CAÑETE LEBU (PESPI)	5802394-985VJMW

cumplimiento íntegro y oportuno a todas las obligaciones contractuales, técnicas, administrativas, laborales y previsionales, y haya emitido la factura electrónica correspondiente conforme a la normativa vigente.

3.1 DEL MONTO PRESUPUESTADO Y VALOR DEL SERVICIO.

El presupuesto máximo disponible para la presente cotización asciende a \$952.000.- (novecientos cincuenta y dos mil pesos), impuestos incluidos.

El Hospital pagará única y exclusivamente por las jornadas efectivamente ejecutadas y recibidas en conformidad, hasta un tope máximo de 10 jornadas. El valor a pagar por cada jornada corresponderá al precio unitario diario ofertado y adjudicado por el proveedor en la plataforma Mercado Público.

3.2 REQUISITOS DE RECEPCIÓN CONFORME PARA LA FACTURACIÓN.

La emisión de la factura estará estrictamente condicionada a la previa emisión de la Recepción Conforme por parte del Supervisor del Contrato.

Para tales efectos, se seguirá el siguiente procedimiento:

- Entrega de respaldos: Al término del servicio o del período, el proveedor deberá presentar la bitácora diaria de traslados con firma del responsable, certificado F30/F30-1 de cumplimiento laboral y previsional, y póliza de seguro vigente.
- Emisión de la Recepción Conforme: Verificado el cumplimiento del servicio y de la documentación técnica y administrativa, el Supervisor del Contrato emitirá el Acta de Recepción Conforme.
- Emisión del Documento Tributario: El proveedor solo podrá emitir la factura respectiva una vez notificada la Recepción Conforme por el Hospital. Toda factura emitida sin contar con dicha Recepción Conforme o con inconsistencias en la Orden de Compra asociada será rechazada.

3.3 IMPUESTOS Y GASTOS INCLUIDOS

El valor diario ofertado por el proveedor se entenderá expresado en moneda nacional y con todos los impuestos aplicables incluidos (como IVA, en caso de corresponder), así como los costos de combustible, peajes, remuneraciones del conductor, seguros, mantenciones y cualquier otro gasto operativo necesario para la ejecución completa del servicio de traslado.

3.4 APLICACIÓN DE DESCUENTOS Y PENALIDADES

En caso de registrarse incumplimientos, inasistencias o atrasos, las multas o descuentos proporcionales calculados conforme al régimen de incumplimientos de estas bases se deducirán directamente del monto a pagar en la factura del período correspondiente.

3.5 REQUISITOS PARA EL PAGO

Para efectos del pago, el proveedor deberá acompañar, junto con la factura electrónica, los siguientes antecedentes:

- a) Certificado F30-1 emitido por la Dirección del Trabajo únicamente si el contratista utiliza trabajadores dependientes contratados para este servicio (si el servicio es prestado directamente por el titular/dueño persona natural, no aplica).
- b) Recepción conforme emitida por el Supervisor del Contrato, que será Facilitadora Intercultural, o quien legalmente lo subrogue o reemplace;
- c) Al momento de entregar los antecedentes para el pago en Finanzas, el supervisor del contrato, adjuntará la bitácora del proveedor y el registro de días trabajados (Con nombre y firma del trabajador).
- d) Póliza de seguro adicional (mes en curso)
- e) Multas aplicadas, si existieren, las que podrán ser descontadas conforme a los presentes términos de referencia.

La falta de presentación de estos antecedentes o la verificación de incumplimientos laborales o previsionales suspenderá el pago hasta que el proveedor regularice íntegramente su situación.

Datos para la emisión del certificado F30-1:

- a) Rut Hospital: 61.602.212-1
- b) Razón Social: Servicio Nacional de Salud Hospital de Lebu
- c) Representante Legal: Eric González Carrasco



 Hospital Santa Isabel Servicio de Salud Araucano Ministerio de Salud	HOSPITAL SANTA ISABEL DE LEBU	ID COTIZACIÓN
	SERVICIO DE TRASLADO LEBU CAÑETE – CAÑETE LEBU (PESPI)	5802394-985VJMW

d) Rut: 16.807.138-8

e) Dirección: Dr Orellana 54, Región del Bio Bio, Lebu

Cualquier modificación será informada al proveedor.

3.6

EMISIÓN Y ENVÍO DE LA FACTURA

La factura electrónica deberá ser emitida una vez que la orden de compra se encuentre en estado “Recepción Conforme” en el portal www.mercadopublico.cl.

La factura deberá ser enviada al correo institucional: gestiondte@hospitalsantaisabel.cl

La factura deberá contener obligatoriamente:

- Razón social: Hospital de Lebu
- RUT: 61.602.212-1
- Giro: Salud
- Domicilio: Dr. Octavio Orellana N° 54
- Comuna: Lebu
- Número de Orden de Compra.

En caso de errores formales, el Hospital podrá reclamar la factura conforme a la Ley N° 19.983, debiendo el proveedor emitir la correspondiente nota de crédito y una nueva factura corregida.

3.7

PLAZO Y FORMA DE PAGO

El pago se efectuará en moneda nacional, sin reajustes ni intereses, mediante transferencia electrónica a la cuenta bancaria informada por el proveedor en el Anexo N° 1.

El plazo de pago será de **30 días corridos** contados desde la fecha de recepción conforme de la factura válida, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley N° 21.131 sobre pago oportuno.

3.8

DOCUMENTOS TRIBUTARIOS ELECTRÓNICOS

- El proveedor deberá aceptar previamente la orden de compra en el portal www.mercadopublico.cl.
- La orden deberá encontrarse en estado “Recepción Conforme” para que la factura no sea reclamada automáticamente.
- En caso de que el proveedor utilice un sistema propio de facturación, deberá enviar el archivo XML al canal de intercambio habilitado (actualmente dipresrecepcion@custodium.com), dentro de las 48 horas siguientes a la recepción del documento por el SII.

El Hospital podrá reclamar el contenido de la factura dentro del plazo de ocho (8) días corridos desde su recepción, conforme al artículo 3° de la Ley N° 19.983.

3.9

ANTECEDENTES PARA FINANZAS

El Supervisor del Contrato deberá remitir a la unidad de Finanzas, para cursar el pago, los siguientes documentos:

- Factura electrónica válida;
- Recepción conforme
- Bitácora del proveedor con registro de días trabajados (Con nombre y firma del trabajador)
- Certificado F30-1 emitido por la Dirección del Trabajo únicamente si el contratista utiliza trabajadores dependientes contratados para este servicio (si el servicio es prestado directamente por el titular/dueño persona natural, no aplica).
- Póliza de seguro adicional (mes en curso)
- Acta de multas, si existieren.

4.

FACTORING Y CESIÓN DE CRÉDITOS.

El proveedor podrá ceder el crédito derivado del contrato o celebrar operaciones de Factoring, conforme a la Ley N° 19.983.

En tal caso, deberá notificar por escrito al Hospital de Lebu dentro del plazo de **48 horas** contado desde la celebración

 Hospital Santa Isabel Servicio de Salud Arauco Ministerio de Salud	HOSPITAL SANTA ISABEL DE LEBU	ID COTIZACIÓN
	SERVICIO DE TRASLADO LEBU CAÑETE – CAÑETE LEBU (PESPI)	5802394-985VJMW

del contrato de cesión o Factoring, acompañando copia del instrumento respectivo.

La cesión no liberará al proveedor de sus obligaciones contractuales ni alterará las condiciones de pago pactadas, y el Hospital solo reconocerá como cesionario válido a quien haya sido debidamente notificado conforme a la ley.

5. SUPERVISOR

La supervisión del Contrato estará a cargo Facilitadora Intercultural, o quien legalmente lo subrogue o reemplace, a quien corresponderá efectuar las funciones de administración, técnicas y control del contrato.

Este funcionario tendrá la facultad para velar por el correcto y adecuado funcionamiento y prestación del servicio contratado, especialmente de formular las observaciones que juzgue pertinentes, sobre aspectos generales o particulares relativos a la prestación del servicio licitado, correo electrónico marianaquinimil@gmail.com

En particular deberá realizar las siguientes funciones:

- ❖ Para efectos contractuales, ser interlocutor válido del Hospital con el proveedor;
- ❖ Aprobar la recepción conforme de los servicios contratados;
- ❖ Llevar control de los pedidos realizados para monitorear el saldo disponible.
- ❖ Informar a la Dirección en caso de incumplimiento de parte del proveedor para aplicar multas y o término del contrato;
- ❖ Colaborar con el proveedor en todo lo que sea necesario para la buena ejecución del contrato;
- ❖ Exigir al proveedor la presentación de cualquier documentación que a su juicio estime necesario para la correcta ejecución del contrato;
- ❖ Ejecutar la revisión y visación de las facturas emitidas por el proveedor, con recepción de conformidad, por concepto de los servicios contratados y detallados en las presentes base.

El Supervisor del Contrato no tendrá facultades para modificar, alterar o interpretar extensivamente el contrato ni las bases que lo rigen, ni para introducir condiciones no previstas en éstos.

6. ACEPTACIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA

El proveedor deberá aceptar la orden de compra global.

La aceptación de la Orden de Compra es un requisito fundamental y obligatorio para el pago de la factura correspondiente, El proveedor tendrá la obligación de aceptar la orden de compra enviada por el portal de www.mercadopublico.cl en un plazo máximo de 24 horas, desde la fecha de envío a través de la misma plataforma.

En caso de que el proveedor no acepte la orden de compra, el Hospital podrá publicar una amonestación en la página del proveedor por incumplimiento.

7. CONDICIONES GENERALES

Los oferentes deberán ajustarse a las siguientes condiciones:

- a) **Tribunales competentes:** Para todos los efectos legales derivados de la presente cotización y del respectivo contrato, el oferente acepta expresamente la competencia de los Tribunales Ordinarios de Justicia de la República de Chile.
- b) **Financiamiento de la oferta:** Los costos y gastos derivados de la preparación y presentación de la oferta serán de cargo exclusivo del oferente, sin derecho a reembolso ni indemnización alguna en caso de no resultar adjudicado

Programa de integridad y ética empresarial.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 17 del Reglamento de la Ley N° 19.886, el proveedor adjudicado y su equipo deberán regir su actuación bajo estrictos estándares de probidad, transparencia y ética empresarial. El Hospital de Lebu podrá requerir al proveedor, durante cualquier etapa de la ejecución contractual, la acreditación de medidas de prevención de corrupción o un programa de integridad acorde a la escala de su empresa, constituyendo su omisión injustificada o falta grave un incumplimiento a las bases.

8. REVISIÓN DE SALDO INSOLUTOS DE REMUNERACION Y COTIZACIONES PREVISIONALES.																
El Hospital verificará, a través del certificado de antecedentes laborales y previsionales u otros medios legalmente idóneos, si el adjudicatario registra saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones de seguridad social respecto de sus trabajadores actuales o de aquellos contratados dentro de los dos años anteriores. El adjudicatario podrá acompañar los antecedentes que estime pertinentes para acreditar el cumplimiento de dichas obligaciones. En caso de existir saldos insolutos, el Hospital podrá ejercer el derecho de retención previsto en el artículo 183-C del Código del Trabajo, destinando los primeros estados de pago al cumplimiento de dichas obligaciones, debiendo el contratista acreditar que la totalidad de ellas se encuentran íntegramente pagadas, a más tardar, al cumplirse la mitad del período de ejecución del contrato, con un máximo de seis (6) meses. El incumplimiento de esta obligación constituirá causal de término anticipado del contrato, sin derecho a indemnización, sin perjuicio de las demás acciones que procedan conforme a derecho. El Hospital podrá solicitar en cualquier momento los certificados, liquidaciones u otros antecedentes que permitan verificar el cumplimiento de las obligaciones laborales y previsionales del proveedor respecto de sus trabajadores.																
9. NORMAS LABORALES																
El adjudicatario, en su calidad de empleador, será el único y exclusivo responsable del cumplimiento íntegro y oportuno de todas las obligaciones laborales, previsionales, de seguridad social y de seguridad y salud en el trabajo respecto de sus trabajadores y/o colaboradores. En particular, será de su exclusiva responsabilidad el pago oportuno de remuneraciones, cotizaciones previsionales, indemnizaciones, honorarios, gratificaciones, beneficios contractuales y legales, así como el cumplimiento de todas las normas del Código del Trabajo y legislación complementaria. El Hospital podrá exigir en cualquier momento al proveedor, conforme al artículo 4 de la Ley N° 19.886 y a los artículos 183-C y 183-D del Código del Trabajo, certificados de cumplimiento laboral y previsional emitidos por la Inspección del Trabajo u otros medios idóneos, con el objeto de ejercer su derecho de información y retención. La celebración del contrato no genera vínculo alguno de subordinación ni dependencia entre el Hospital y los trabajadores del adjudicatario, quienes no adquieren, en caso alguno, la calidad de funcionarios públicos.																
10. RÉGIMEN DE INCUMPLIMIENTOS, DESCUENTOS Y DEBIDO PROCESO.																
Frente a eventuales incumplimientos en la prestación del servicio, se aplicará el siguiente régimen objetivo de descuentos y medidas proporcionales: <table><tr><th>Causal</th><th>Descripción</th><th>Categoría</th><th>Multa</th></tr><tr><td>Inasistencia / Falla de Cobertura</td><td>No presentación del vehículo o conductor en la jornada programada, sin reemplazo oportuno (dentro de 2 hrs).</td><td>Muy Grave</td><td>Descuento de la jornada no prestada + Multa equivalente al 100% del valor de 1 jornada diaria ofertada</td></tr><tr><td>Atraso Injustificado</td><td>Atraso en el inicio del recorrido diario superior a 30 minutos sin justificación técnica fundada.</td><td>Grave</td><td>Multa equivalente al 50% del valor de 1 jornada diaria ofertada.</td></tr><tr><td>Incumplimiento de Higiene o Equipamiento</td><td>Presentación del móvil sin condiciones de aseo/desinfección, o sin calefacción/aire acondicionado operativo.</td><td>Leve</td><td>Multa equivalente al 20% del valor de 1 jornada diaria ofertada por cada día detectado.</td></tr></table> El total de descuentos y multas aplicados en un mes calendario no podrá superar el 20% del monto facturado en dicho período.	Causal	Descripción	Categoría	Multa	Inasistencia / Falla de Cobertura	No presentación del vehículo o conductor en la jornada programada, sin reemplazo oportuno (dentro de 2 hrs).	Muy Grave	Descuento de la jornada no prestada + Multa equivalente al 100% del valor de 1 jornada diaria ofertada	Atraso Injustificado	Atraso en el inicio del recorrido diario superior a 30 minutos sin justificación técnica fundada.	Grave	Multa equivalente al 50% del valor de 1 jornada diaria ofertada.	Incumplimiento de Higiene o Equipamiento	Presentación del móvil sin condiciones de aseo/desinfección, o sin calefacción/aire acondicionado operativo.	Leve	Multa equivalente al 20% del valor de 1 jornada diaria ofertada por cada día detectado.
Causal	Descripción	Categoría	Multa													
Inasistencia / Falla de Cobertura	No presentación del vehículo o conductor en la jornada programada, sin reemplazo oportuno (dentro de 2 hrs).	Muy Grave	Descuento de la jornada no prestada + Multa equivalente al 100% del valor de 1 jornada diaria ofertada													
Atraso Injustificado	Atraso en el inicio del recorrido diario superior a 30 minutos sin justificación técnica fundada.	Grave	Multa equivalente al 50% del valor de 1 jornada diaria ofertada.													
Incumplimiento de Higiene o Equipamiento	Presentación del móvil sin condiciones de aseo/desinfección, o sin calefacción/aire acondicionado operativo.	Leve	Multa equivalente al 20% del valor de 1 jornada diaria ofertada por cada día detectado.													

 Hospital Santa Isabel Servicio de Salud Araucano Ministerio de Salud	HOSPITAL SANTA ISABEL DE LEBU	ID COTIZACIÓN
	SERVICIO DE TRASLADO LEBU CAÑETE – CAÑETE LEBU (PESPI)	5802394-985VJMW

Si los incumplimientos exceden este límite o se registran más de 3 inasistencias injustificadas en un mes, el Hospital estará facultado para poner término anticipado al servicio. El Supervisor del Contrato notificará por escrito al proveedor el hecho constitutivo de incumplimiento dentro de las 48 horas de ocurrido. El proveedor dispondrá de un plazo de 3 días hábiles para presentar sus descargos y medios de prueba. El Hospital resolverá fundadamente mediante informe técnico emitido por la Dirección o Abastecimiento, procediendo al descuento o cobro respectivo en la factura del mes si los descargos fueren desestimados.
11. CAUSAL TÉRMINO ANTICIPADO Y PROCEDIMIENTO AL TÉRMINO ANTICIPADO DE CONTRATO.
11.1 CAUSAL TÉRMINO ANTICIPADO DEL CONTRATO.
El Hospital podrá declarar administrativamente el término anticipado del contrato, mediante resolución fundada y sin derecho a indemnización para el contratista, cuando concurra alguna de las siguientes causales: 1. La muerte o incapacidad sobreviniente del contratista, si se trata de persona natural, o la disolución o extinción de la personalidad jurídica, si se trata de persona jurídica. 2. El mutuo acuerdo entre las partes, siempre que el contratista no se encuentre en mora de cumplir sus obligaciones. 3. El incumplimiento grave o reiterado de las obligaciones contractuales, técnicas, administrativas o legales del contratista. 4. La notoria insolvencia del contratista, salvo que refuerce o mejore las cauciones otorgadas en términos suficientes para garantizar el cumplimiento del contrato. 5. La imposibilidad sobreviniente de ejecutar la prestación en los términos originalmente pactados, cuando no sea procedente modificar el contrato conforme al Reglamento, pagando solo lo efectivamente ejecutado. 6. Cuando así lo exija el interés público, la seguridad de las personas o la continuidad del servicio hospitalario. 7. La comisión por parte del contratista o de su personal de conductas que afecten gravemente la seguridad de pacientes, funcionarios, usuarios o bienes del Hospital. 8. La reiteración de multas graves o la concurrencia de una o más multas muy graves dentro de un período determinado (por ejemplo, tres graves o una muy grave en seis meses). 9. La falsedad, adulteración o presentación de antecedentes falsos durante la ejecución contractual. 10. El incumplimiento de obligaciones laborales y previsionales respecto de sus trabajadores, no subsanado oportunamente. 11. El subcontrato no autorizado o con personas inhábiles. 12. La cesión del contrato sin autorización expresa del Hospital. 13. La negativa injustificada del contratista a continuar ejecutando el contrato. 14. Las demás causales establecidas en la ley, el reglamento, las presentes Bases o el contrato. Los actos administrativos que dispongan el término anticipado deberán ser fundados y publicados en el Sistema de Información.
11.2 PROCEDIMIENTO AL TÉRMINO ANTICIPADO DE CONTRATO.
El procedimiento será el siguiente: 1. Informe fundado del área usuaria al Departamento de Abastecimiento. 2. Notificación al contratista (carta certificada y/o correo electrónico). 3. Plazo de 5 días hábiles para descargos. 4. Evaluación de descargos por el área técnica. 5. Resolución fundada de la autoridad competente. 6. Notificación y publicación en Mercado Público dentro de 24 horas. 7. Recursos conforme a Ley 19.880.
11.3 EFECTOS DEL TERMINO ANTICIPADO
Declarado el término anticipado por causa imputable al contratista: • El contratista responderá por las multas, daños y perjuicios causados. • El Hospital podrá contratar a un tercero para asegurar la continuidad del servicio, con cargo al contratista. • No procederá indemnización alguna a favor del contratista. Todo lo anterior, sin perjuicio de las acciones judiciales que correspondan.

 Hospital Santa Isabel Servicio de Salud Arauco Ministerio de Salud	HOSPITAL SANTA ISABEL DE LEBU	ID COTIZACIÓN
	SERVICIO DE TRASLADO LEBU CAÑETE – CAÑETE LEBU (PESPI)	5802394-985VJMW

12. CONFIDENCIALIDAD.
El proveedor y su personal deberán mantener estricta confidencialidad respecto de toda información no pública a la que tengan acceso con ocasión de la ejecución del contrato, en especial aquella relativa a pacientes, funcionarios, procesos internos, sistemas informáticos y antecedentes estratégicos del Hospital. Esta obligación se mantendrá vigente durante la ejecución del contrato y aun después de su término. El incumplimiento de la obligación de confidencialidad constituirá causal de término anticipado y dará lugar a las responsabilidades legales que procedan.
13. CERTIFICADO F30 — REQUISITO DE ACREDITACIÓN LABORAL Y PREVISIONAL - OBLIGATORIO
El oferente deberá adjuntar a su oferta el Certificado de Antecedentes Laborales y Previsionales (Formulario F30) emitido por la Dirección del Trabajo, vigente a la fecha de cierre de la cotización. El referido certificado tendrá por objeto acreditar el cumplimiento de las obligaciones laborales y previsionales del oferente. El Hospital podrá verificar en cualquier etapa del proceso la veracidad de la información proporcionada, mediante consulta a registros oficiales o requerimientos directos al oferente. La acreditación del cumplimiento de las obligaciones laborales y previsionales durante la ejecución del contrato se regirá por lo dispuesto en la cláusula de pago y control contractual, especialmente mediante la presentación de los certificados F30.

FIN COMPLEMENTO BASES ADMINISTRATIVAS

ANEXOS

ANEXO N° 1

IDENTIFICACION DEL OFERENTE Y DECLARACION DE ESTRUCTURA SOCIETARIA

En el marco de la cotización denominada “SERVICIO DE TRASLADO LEBU CAÑETE – CAÑETE LEBU (PESPI)”, el oferente individualizado a continuación declara la siguiente información, la cual tendrá carácter de declaración jurada simple para todos los efectos legales.

I DATOS DE LA EMPRESA OFERENTE	
Campo	Información
Nombre o Razón Social	
RUT	
Domicilio	
Ciudad	
Teléfono	
Correo electrónico	
Banco	
Tipo de cuenta	
N° de cuenta	

II DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL	
Campo	Información
Nombre completo	
RUT	
Domicilio	
Ciudad	
Teléfono	
Correo electrónico	

III DATOS DEL RESPONSABLE DEL CONVENIO	
Campo	Información
Nombre	
Cargo	
Teléfono de contacto	
Correo electrónico	

IV ESTRUCTURA SOCIETARIA (Completar solo si corresponde) El oferente declara que, a la fecha de cierre de la oferta, la estructura societaria es la siguiente (indicar todos los socios o accionistas):

RUT	Nombre completo	% participación	¿Es funcionario del Hospital? (Sí / No)

En caso de existir beneficiarios finales conforme a la Ley N° 21.595, estos deberán igualmente ser informados.

 Hospital Santa Isabel Servicio de Salud Araucano Ministerio de Salud	HOSPITAL SANTA ISABEL DE LEBU	ID COTIZACIÓN
	SERVICIO DE TRASLADO LEBU CAÑETE – CAÑETE LEBU (PESPI)	5802394-985VJMW

V SUBCONTRATACIÓN (Completar solo si corresponde)			
RUT	Nombre o Razón Social	Trabajos a realizar	% estimado del monto

VI UNIÓN TEMPORAL DE PROVEEDORES (Completar solo si corresponde)		
RUT	Nombre o Razón Social	Rol o trabajos asignados

DECLARACIÓN

El oferente declara bajo juramento que:

- La información proporcionada en el presente Anexo es **veraz, completa y vigente** a la fecha de cierre de la oferta;
- No se encuentra afecto a inhabilidades para contratar con la Administración del Estado;
- Cumple con los requisitos establecidos en los términos de referencia;

El oferente acepta que la falsedad, omisión o inconsistencia de la información podrá dar lugar a:

- Declaración de inadmisibilidad de la oferta;
- Dejar sin efecto la cotización;
- Término anticipado del contrato;

Lo anterior, sin perjuicio de las responsabilidades administrativas, civiles o penales que correspondan conforme a derecho.

El Hospital podrá verificar en cualquier momento la veracidad de los antecedentes proporcionados, conforme a la normativa vigente, incluyendo lo dispuesto en la **Ley N° 19.880 sobre Procedimiento Administrativo**.

Nombre:

Cargo:

Firma:

Ciudad_____Fecha: _____



ANEXO 2-A

DECLARACION JURADA DE INHABILIDADES DEL PROPONENTE PERSONA NATURAL

En _____, a ____ días del mes de _____ de 2026, comparece _____
Cédula de Identidad N° _____, de nacionalidad _____, de profesión u oficio _____,
con domicilio en _____, quien bajo juramento declara:

Que ha leído íntegramente las Bases de la cotización, denominada: “SERVICIO DE TRASLADO LEBU CAÑETE-CAÑETE LEBU (PESPI)”, las cuales declara conocer, entender y aceptar en todas sus partes.

DECLARACIÓN DE INHABILIDADES

Marque con una “X” según corresponda:

AFIRMACIÓN	SI	NO
Ud., o alguna persona unida a Ud. por los vínculos de parentesco descritos en el artículo 54 letra b) de la Ley N° 18.575, es funcionario directivo del Hospital.		
Ud. es gerente, administrador, representante o director de una sociedad en la que participen funcionarios directivos del Hospital o sus parientes en los términos señalados por la ley.		
Ha sido condenado por prácticas antisindicales o vulneración de derechos fundamentales del trabajador, dentro de los dos años anteriores a la presentación de la oferta.		
Ha sido condenado por delitos concursales establecidos en el Código Penal, dentro de los dos años anteriores a la presentación de la oferta.		
Se encuentra afecto a la sanción de prohibición de contratar con el Estado conforme al DL N° 211 de 1973.		
Se encuentra afecto a alguna otra inhabilidad para contratar con la Administración del Estado, conforme a la normativa vigente.		
Declara conocer lo dispuesto en el artículo 35 quater de la Ley N° 19.886, incorporado por la Ley N° 21.634.		

El declarante manifiesta expresamente que:

- No se encuentra afecto a ninguna de las inhabilidades establecidas en la Ley N° 19.886, su Reglamento (D.S. N° 661 de 2024) y demás normativa aplicable;
- La información proporcionada en la presente declaración es **veraz, íntegra y vigente**;

El oferente acepta que la falsedad, omisión o inexactitud de la presente declaración podrá dar lugar a:

- Declaración de inadmisibilidad de la oferta;
- Dejar sin efecto la cotización;
- Término anticipado del contrato;

Todo lo anterior sin perjuicio de las responsabilidades administrativas, civiles o penales que correspondan conforme a derecho.

El Hospital podrá verificar en cualquier etapa del procedimiento o durante la ejecución contractual la veracidad de los antecedentes declarados, conforme a la normativa vigente y lo dispuesto en la **Ley N° 19.880 sobre Procedimiento**

Administrativo.

De conformidad con el artículo 35 quater de la Ley N° 19.886:
Ningún organismo del Estado podrá suscribir contratos administrativos con su propio personal, ni con las personas vinculadas por parentesco o participación societaria en los términos que dicha norma establece.

Programa de Integridad y Ética Empresarial: El oferente declara conocer y dar cumplimiento a los estándares de integridad, transparencia y ética empresarial exigidos por el artículo 17 del Reglamento de la Ley N° 19.886, comprometiéndose a mantener una conducta proba durante todo el proceso de la cotización y la ejecución del servicio.

Nombre:

Cargo:

Firma:

Ciudad _____ Fecha: _____



ANEXO Nº 2-B

DECLARACION JURADA DE INHABILIDADES DEL PROPONENTE PERSONA JURIDICA

En _____, a ____ días del mes de _____ de 2026, comparece _____
Cédula de Identidad N° _____, de nacionalidad _____, de profesión u oficio _____,
en representación de _____ ambos con domicilio
en _____, quien bajo juramento declara:

1. DECLARACIÓN GENERAL
Que ha leído íntegramente las Bases de la cotización, denominada: **SERVICIO DE TRASLADO LEBU CAÑETE-CAÑETE LEBU (PESPI)**, las cuales declara conocer, entender y aceptar en todas sus partes.

DECLARACIÓN DE INHABILIDADES DE LA PERSONA JURÍDICA
Marque con una "X" según corresponda:

AFIRMACIÓN	SI	NO
La empresa es una sociedad de personas en la que participan funcionarios directivos del Hospital o personas unidas a ellos por vínculos de parentesco conforme al artículo 54 letra b) de la Ley N° 18.575.		
La empresa es una sociedad en comandita por acciones o anónima cerrada en la que participan como accionistas funcionarios directivos del Hospital o sus parientes.		
La empresa es una sociedad anónima abierta en la que funcionarios directivos del Hospital o sus parientes poseen el 10% o más del capital social.		
La empresa ha sido condenada por prácticas antisindicales o vulneración de derechos fundamentales del trabajador, dentro de los dos años anteriores a la presentación de la oferta.		
La empresa ha sido condenada por delitos concursales establecidos en el Código Penal, dentro de los dos años anteriores a la presentación de la oferta.		
La empresa se encuentra afecta a la prohibición de contratar con el Estado conforme a la Ley N° 20.393.		
La empresa se encuentra afecta a sanciones conforme al DL N° 211 de 1973 sobre libre competencia.		
La empresa se encuentra afecta a cualquier otra inhabilidad para contratar con la Administración del Estado conforme a la normativa vigente.		
Declara conocer lo dispuesto en el artículo 35 quater de la Ley N° 19.886, incorporado por la Ley N° 21.634.		

El representante declara que:

- La empresa no se encuentra afecta a inhabilidades para contratar con el Estado, conforme a la Ley N° 19.886, su Reglamento (D.S. N° 661 de 2024) y demás normativa aplicable;
- La información proporcionada en la presente declaración es **veraz, íntegra y vigente**;

El oferente acepta que la falsedad, omisión o inexactitud de la presente declaración podrá dar lugar a:

- Declaración de inadmisibilidad de la oferta;
- Dejar sin efecto la cotización;
- Término anticipado del contrato;

Todo lo anterior, sin perjuicio de las responsabilidades administrativas, civiles o penales que correspondan conforme a derecho.

El Hospital podrá verificar en cualquier etapa del proceso o durante la ejecución contractual la veracidad de los antecedentes declarados, conforme a la normativa vigente y lo dispuesto en la **Ley N° 19.880 sobre Procedimiento Administrativo**.

De conformidad con el artículo 35 quater de la Ley N° 19.886: Ningún organismo del Estado podrá suscribir contratos administrativos con su propio personal, ni con personas vinculadas por parentesco o participación societaria en los términos establecidos por la ley.

Programa de Integridad y Ética Empresarial: El oferente declara conocer y dar cumplimiento a los estándares de integridad, transparencia y ética empresarial exigidos por el artículo 17 del Reglamento de la Ley N° 19.886, comprometiéndose a mantener una conducta proba durante todo el proceso de la cotización y la ejecución del servicio.

Nombre:
Cargo:
Firma: Ciudad _____ Fecha: _____



ANEXO Nº 3 - A

DECLARACION SOBRE OBLIGACIONES LABORALES Y PREVISIONALES

En _____, a ____ días del mes de _____ de 202_.

Comparece _____ Cédula de Identidad N° _____, de nacionalidad _____, de profesión u oficio _____, en representación de _____ ambos con domicilio en _____, quien bajo juramento declara:

DECLARACIÓN SOBRE OBLIGACIONES LABORALES Y PREVISIONALES

Marque con una “X” la alternativa que corresponda:

SITUACIÓN	MA RCAR
La empresa NO registra saldos insolutos de remuneraciones ni cotizaciones previsionales	☐
La empresa SÍ registra saldos insolutos de remuneraciones o cotizaciones previsionales	☐

- Respecto de:
- Trabajadores actuales;
 - Trabajadores contratados dentro de los últimos dos (2) años;

OBLIGACIÓN DE ACREDITACIÓN (F30)

- El oferente deberá adjuntar obligatoriamente:
- Certificado de Antecedentes Laborales y Previsionales (F30), emitido por la Dirección del Trabajo, vigente a la fecha de cierre de la cotización.

- Asimismo, deberá presentar dicho certificado:
- Durante la ejecución del contrato, cuando sea requerido;
 - Como requisito previo para la autorización de pago de las facturas;

CARÁCTER EXCLUYENTE

La no presentación del certificado F30 en la oferta será causal de inadmisibilidad, salvo que proceda su subsanación conforme a las Bases.

EFFECTOS EN CASO DE SALDOS INSOLUTOS

- En caso de que el oferente declare la existencia de saldos insolutos:
- El Hospital podrá ejercer el derecho de retención conforme al artículo 183-C del Código del Trabajo;
 - Los pagos podrán ser destinados al cumplimiento de dichas obligaciones;
 - El proveedor deberá acreditar su regularización dentro de los plazos establecidos en las Bases;

MARCO LEGAL

- Artículo 183-C del Código del Trabajo;
- Decreto N° 319;
- DFL N° 2 de 1967, artículo 43;
- Ley N° 19.886 y su Reglamento;

CONSECUECIAS

- La falsedad de la presente declaración o el incumplimiento de las obligaciones laborales y previsionales facultará al Hospital para:
- Retener pagos;
 - Aplicar multas;
 - Poner término anticipado del contrato;

El Hospital podrá verificar en cualquier momento la veracidad de la información proporcionada, conforme a la normativa vigente y a lo dispuesto en la Ley N° 19.880 sobre Procedimiento Administrativo.

 Hospital Santa Isabel Servicio de Salud Arauco Ministerio de Salud	HOSPITAL SANTA ISABEL DE LEBU	ID COTIZACIÓN
	SERVICIO DE TRASLADO LEBU CAÑETE-CAÑETE LEBU (PESPI)	5802394-985VJMW

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO

REQUISITO	CUMPLE
Adjunta Certificado F30 vigente	☐ SI ☐ NO

FIRMA DEL DECLARANTE

Nombre:

Cargo:

Firma:

Ciudad: _____ Fecha: _____

 Hospital Santa Isabel Servicio de Salud Arauco Ministerio de Salud	HOSPITAL SANTA ISABEL DE LEBU	ID COTIZACIÓN
	SERVICIO DE TRASLADO LEBU CAÑETE-CAÑETE LEBU (PESPI)	5802394-985VJMW

ANEXO N° 4

TOMO CONOCIMIENTO
Reglamento Especial para Empresas Contratistas y Subcontratistas

FECHA:

EMPRESA:

RUT DE EMPRESA:

RESPONSABLE:

A través de este protocolo nuestro establecimiento ratifica su disposición a profundizar un desempeño preventivo adecuado, que controle y se haga cargo del impacto de las actividades, productos y servicios, por ende, tomó conocimiento de este protocolo para el cumplimiento del reglamento especial de empresas contratistas del Servicio de Salud y Establecimientos de la Red, y me comprometo a cumplir con las disposiciones estipuladas.

Se requiere que la empresa adjudicada se presente en dependencias de Intercultural para que retire credenciales de identificación como personal externo al Hospital Santa Isabel de Lebu.

REGLAMENTO ESPECIAL PARA EMPRESAS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS QUE LABORAN EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DEL SERVICIO DE SALUD ARAUCO.		
Versión	Código Interno	Fecha Vigencia
001-2022	PRE-01	Diciembre 2024

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL



 Hospital Santa Isabel Servicio de Salud Arauco Ministerio de Salud	HOSPITAL SANTA ISABEL DE LEBU	ID COTIZACIÓN
	SERVICIO DE TRASLADO LEBU CAÑETE-CAÑETE LEBU (PESPI)	5802394-985VJMW

ANEXO N°5

VALOR DIARIO DE ARRIENDO

N°	DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO	VALOR DE ARRIENDO POR DIA \$
1	VALOR NETO POR DIA	
2	VALOR IVA (VALOR 1*19%)	
	VALOR TOTAL (LA SUMA DE LOS VALORES 1+2)	

FACTURACIÓN:

FACTURACIÓN EXENTA		FACTURACIÓN CON IVA	
--------------------	--	---------------------	--

*(MARCAR CON UNA X SI FACTURA CON IVA O SIN IVA)

Nota: El valor diario ofertado comprende la totalidad de costos asociados: vehículo, honorarios/sueldo del conductor, combustible, estacionamientos, seguros, mantenciones, lavado, sanitización y reemplazos en caso de falla, sin derecho a cobros adicionales. **El monto total por 10 jornadas no podrá superar \$952.000 impuestos incluidos.**

Nombre:

Cargo:

Firma:

Ciudad: _____ Fecha: _____

ANEXO N° 6

EXPERIENCIA EN EL RUBRO DEL OFERENTE

N°	ID LICITACIÓN MERCADO PÚBLICO / NOMBRE INSTITUCIÓN (Debe adjuntar contrato o Rex)	VIGENCIA			OBSERVACIÓN (USO EXCLUSIVO COMISIÓN EVALUADORA)
		INICIO	TÉRMINO	DURACIÓN EN MESES	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

DOCUMENTOS VÁLIDOS PARA ACREDITAR EXPERIENCIA

- La experiencia declarada deberá ser debidamente acreditada mediante la presentación de una copia de la orden de compra (aceptada o finalizada), contrato o certificado de prestación del servicio, acompañado de un documento que certifique la correcta ejecución (como una recepción conforme, certificado del mandante u otro equivalente). Este último deberá indicar la institución mandante o cliente y la identificación del servicio o proceso.
- Se evaluará la experiencia del proveedor en servicios de arriendo de vehículos, transporte, traslado o movilización de personas/pasajeros, o servicios equivalentes de transporte terrestre. Para ello, se considerará la suma total de los meses efectivamente ejecutados en dichos contratos, siempre que estén declarados en el Anexo N° 6 y debidamente acreditados con respaldo.
- Se considerará válida toda prestación realizada a instituciones públicas o privadas, sin exigir un tiempo de duración mínimo continuo por contrato.
- Para efectos de evaluación, se considerará un máximo de 60 meses acumulados de experiencia, como tope para la obtención del puntaje máximo.

El Hospital Santa Isabel de Lebu se reserva el derecho de verificar la veracidad de la información declarada, tanto mediante contacto directo con los clientes o mandantes informados como a través de los registros públicos disponibles

FACULTADES DE VERIFICACIÓN DEL HOSPITAL

El Hospital podrá:

- Verificar la autenticidad de los antecedentes presentados;
- Contrastar la información con registros públicos, incluyendo el portal www.mercadopublico.cl;
- La imposibilidad de verificar la experiencia podrá implicar su no consideración en la evaluación.



 Hospital Santa Isabel Servicio de Salud Arauco Ministerio de Salud	HOSPITAL SANTA ISABEL DE LEBU	ID COTIZACIÓN
	SERVICIO DE TRASLADO LEBU CAÑETE-CAÑETE LEBU (PESPI)	5802394-985VJMW

EFFECTOS DE INFORMACIÓN FALSA O INCONSISTENTE

La presentación de antecedentes falsos, adulterados o manifiestamente inconsistentes podrá dar lugar a:

- La inadmisibilidad de la oferta;
- La exclusión del proceso de evaluación;
- El término anticipado del contrato, si se detecta durante la ejecución;

Sin perjuicio de las acciones administrativas, civiles o penales que correspondan.

DECLARACIÓN DEL OFERENTE

El oferente declara que:

- La información proporcionada es veraz;
- Los servicios indicados han sido efectivamente ejecutados;
- Cuenta con los respaldos suficientes para acreditar lo declarado;

Nombre:

Cargo:

Firma:

Ciudad: _____ Fecha: _____



ANEXO N° 7

VEHÍCULO Y CONDUCTOR

CARACTERÍSTICAS DEL VEHICULO		
• Nombre del dueño	:	
• Marca	:	
• Modelo	:	
• Año	:	
• Patente	:	
• Tracción	:	
• Calidad de tenencia	:	() Propio () En arriendo/Leasing () Comodato
ADJUNTA Y CUMPLE CON	SI	NO
Permiso de Circulación vigente.		
Revisión Técnica al día.		
Padrón del vehículo.		
Seguros Obligatorios.		
Póliza de Seguro Adicional de Responsabilidad Civil mín. 500 UF		

ANTECEDENTES DEL CONDUCTOR TITULAR

ADJUNTA Y CUMPLE CON:	SI	NO
Licencia de conducir B		
Hoja de vida del conductor sin anotaciones por delitos graves o gravísimos		

Medio de verificación: Adjuntar fotocopias legibles de la Licencia de Conducir B, Hoja de Vida del Conductor.

- Si el conductor en su “HOJA DE VIDA DEL CONDUCTOR” tiene Anotaciones o suspensiones que implican delitos penales quedará excluido del proceso licitatorio, su oferta será rechazada.
- En el caso de conductores que registren infracciones graves o gravísimas en su hoja de vida, la oferta será rechazada.

Nombre:

Cargo:

Firma:

Ciudad: _____ Fecha: _____

 Hospital Santa Isabel Servicio de Salud Arauco Ministerio de Salud	HOSPITAL SANTA ISABEL DE LEBU	ID COTIZACIÓN
	SERVICIO DE TRASLADO LEBU CAÑETE-CAÑETE LEBU (PESPI)	5802394-985VJMW

ANEXO N° 8

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO

Declaro bajo juramento que, ante cualquier falla mecánica, mantención, permiso o ausencia del vehículo o conductor titular, dispondré de un móvil de similares características y/o un conductor habilitado en un tiempo no superior a 2 horas, entregando su documentación al Referente Técnico previo a la prestación del reemplazo.

Nombre:

Cargo:

Firma:

Ciudad: _____ Fecha: _____

