**FORMULARIOS**



**“CONTRATACIÓN DE UN CONSULTOR MÉDICO LABORAL POR PLANTA (PTER, PTWARNES, PTSUR)”**

**Código N° 20-06-0017**

**Cochabamba, julio de 2020**

**PARTE III**

**ANEXO I**



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | **FORMULARIO** | | | | | | | | | | | **Código:** | | | GAF-08-04 | |
| **PRESENTACION DE LA PROPUESTA**  **(Documento de aceptación de contratación en calidad de declaración jurada)** | | | | | | | | | | | **Versión:** | | | 03 | |
|  | | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Señalar el Ítem al que se está presentando:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **ANEXO I: IDENTIFICACIÓN DEL PROPONENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.** | **DATOS GENERALES DEL PROPONENTE** | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Nombre o razón social: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | Dirección principal: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | Teléfono(s) fijo(s): | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | Nº de identificación tributaria (NIT) o equivalente: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | Matricula Profesional del Ministerio de Salud (vigente): | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** | **DATOS PARA NOTIFICACIONES** | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Correo electrónico: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | Teléfono Fax: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **A nombre de** | | | **(registrar nombre o razón social del proponente)** | | | | | | | | | **a la cual represento, remito la presente propuesta,** | | | | | | | | |
| **declarando expresamente mi conformidad y compromiso de cumplimiento, conforme con los siguientes puntos:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| a) | Declaro no tener sentencia ejecutoriada que me impida ejercer el comercio, o que existan causales de incompatibilidad con los miembros de la Comisión de Calificación o miembros del Directorio, ni tener conflictos de intereses o estar en quiebra, o tener una empresa disuelta para participar del presente proceso de contratación y tampoco tener capacidad de decisión en el proceso de adquisición de bienes o contratación de obras o servicio. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) | Declaro no haber resuelto Contrato en los últimos tres (3) años o haber desistido de suscribir uno en el último año, así como no estar asociado a ningún consultor que haya asesorado o elaborado el *Pliego de Condiciones*. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) | Declaro que no existe vinculación por afinidad o consanguineidad con funcionarios de ENDE ANDINA S.A.M. según lo establece la Ley 603. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e) | Declaro respetar el desempeño de los dependientes de ENDE ANDINA S.A.M. al proceso de contratación y no incurrir en relacionamiento que no sea a través de medio escrito y por el canal establecido, salvo en los actos de carácter público y exceptuando las consultas efectuadas al correo electrónico establecido o por escrito vía nota formal a la Empresa dentro los pazos habilitados para el efecto, de manera previa a la presentación de propuestas. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| f) | Declaro la veracidad de toda la información proporcionada y autorizo mediante la presente, para que en caso de ser adjudicado, cualquier persona natural o jurídica, suministre a los representantes autorizados de ENDE ANDINA S.A.M., toda la información que requieran para verificar la documentación que presento. En caso de comprobarse falsedad en la misma, ENDE ANDINA S.A.M. tiene el derecho a descalificar la presente propuesta, sin perjuicio de lo dispuesto en normativa específica. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| g) | Me comprometo a denunciar por escrito, ante la Gerencia General de ENDE ANDINA S.A.M., cualquier tipo de presión o intento de extorsión de parte de los dependientes de ENDE ANDINA S.A.M. o de otras personas, para que se asuman las acciones legales y administrativas que correspondan. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| h) | Acepto a sola firma de este documento que todos los Formularios presentados se tienen por suscritos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | **Proponente** | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | Firma: | | \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | Nombre: | | \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | CI: |  | \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |  |  |  |  |  |

**FORMULARIO C-1**

**FORMACIÓN Y EXPERIENCIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REQUISITOS MÍNIMOS** | | |
|  | | |
| * + 1. **Formación** | ***.*** Médico general con título en provisión nacional  . Matricula profesional.  . Afiliado al Colegio Médico. |  |
|  | | |
| * + 1. **Cursos** | Certificación vigente ATLS (Indispensable). |  |
|  | | |
| * + 1. **Experiencia General** | Experiencia mínima de 2 años en sector público o privado como médico en salud ocupacional. |  |
|  | | |
| * + 1. **Experiencia Específica** | Experiencia en atención ambulatoria y de emergencia (superior a 1 año). |  |
|  | | |
| ***El incumplimiento de cualquier requisito mínimo conllevara la descalificación de la propuesta*** | | |

**FORMULARIO C-2**

| **REQUISITOS ADICIONALES** | | |
| --- | --- | --- |
| **#** | **Requisitos Adicionales a ser evaluadas** | **Puntaje 70** |
| **1** | **CURSOS** | **20** |
| . | Conocimientos en medicina laboral. | 4 |
| . | Registro SySO del Ministerio de Trabajo. | 4 |
| . | Estudios superiores en medicina del trabajo. | 4 |
| . | Conocimientos en materia legal laboral. | 4 |
| . | Conocimientos de ofimática básica. | 4 |
| **2** | **EXPERIENCIA GENERAL** | **25** |
| . | Mayor a 2 menor a 3 años | 10 |
| . | Mayor a 3 menor a 4 años | 20 |
|  | Mayor a 4 años | 25 |
| **3** | **EXPERIENCIA ESPECIFICA** | **25** |
| . | Mayor a 1 menor a 2 años | 10 |
| . | Mayor a 2 menor a 3 años | 20 |
| . | Mayor a 3 años | 25 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO II**  **INFORMACION PRESENTADA POR EL PROPONENTE. (\*)** | | | | |
| **A. FORMACIÓN** | | | | |
| **Nº** | **Institución** | **Fecha del documento que avala la formación** | **Grado de instrucción** | **Documento, certificado u otros** |
|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **B. CURSOS (ESPECIALIZACIÓN, SEMINARIOS, CAPACITACIONES, ENTRE OTROS)** | | | | |
| Nº | **Institución** | **Fecha del documento que avala el curso** | **Nombre del Curso** | **Duración en Horas Académicas** |
|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **C. EXPERIENCIA GENERAL** | | | | |
| **N°** | **Institución, Empresa o Lugar de Trabajo** | **Objeto del Trabajo** | **Cargo Ocupado** | **Tiempo Trabajado)**  **(tiempo dd/mm/aa)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **D. EXPERIENCIA ESPECÍFICAS** | | | | |
| **N°** | **Institución, Empresa o Lugar de Trabajo** | **Objeto del trabajo** | **Cargo Ocupado** | **Tiempo Trabajado**  **(tiempo dd/mm/aa)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| (\*) Debe llenar en base al formulario C-1 y Formulario C-2  En caso de adjudicación el profesional se compromete a presentar los certificados o documentos que respalden la información detalla, en original o fotocopia legalizada. | | | | |