**ANEXO II**

**PROPUESTA TÉCNICA EVALUABLE AUTOMÁTICAMENTE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE/RAZÓN SOCIAL:** |  | | | |
| **NIF/NIE/VIES/DUNS:** |  | | | |
| **DIRECCIÓN POSTAL:** |  | | | |
| **PERSONA(S) DE CONTACTO:** | NOMBRE: |  | | |
| TELÉFONO 🕿: |  | FAX 🖶: |  |
| CORREO ELECTRÓNICO 🖳: | |  | |

**REPRESENTANTE:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre y apellidos: | |  | | | DNI.: |  |
| Cargo *(capacidad con la que actúa):* | |  | | | | |
| Dirección Postal: | |  | | | | |
| Teléfono 🕿: |  | FAX 🖶: |  | E-Mail 🖳: |  |  |
| información detallada sobre la representación (formas, alcance, finalidad ... ): | | | | | | |

Ante el Órgano de Contratación de **umivale Activa** y en relación con la licitación convocada para adjudicar el expediente nº……………………..**. formula la siguiente proposición:**

| **Dirección del centro ofertado desde el que se realizarán los servicios:………………………………………………………………………….........**  **Deberá ser coincidente con el que figure en la Autorización Sanitaria (aportada en el sobre A) y en él deberán poderse realizar todos los servicios señalados en el fichero Excel de la oferta económica** |
| --- |

| **I. OFERTA TÉCNICA EVALUABLE AUTOMÁTICAMENTE *(\*\*)*** | | |
| --- | --- | --- |
| **II.1.** | **Características de las instalaciones, medios materiales y humanos** | |
| II.1.1. | Número de camas con las que cuenta el centro. |  |
| ***Indicar el número de camas*** |
| II.1.2. | Número de quirófanos con los que cuenta el centro. |  |
| ***Indicar el número de quirófanos*** |
| II.1.3. | Número de boxes de urgencias con los que cuenta el centro. |  |
| ***Indicar el número de boxes*** |
| II.1.4. | Número de aparatos de resonancia de al menos 1,5T |  |
| ***Indicar el número de aparatos*** |
| Número de TAC’s de al menos 16 cortes |  |
| ***Indicar el número de aparatos*** |
| II.1.5. | Dispone de gammacámara | SI NO |
| Dispone de gammacámara con TAC | SI NO |
| Dispone de PET  Dispone de PET con TAC | SI NO  SI NO |
| II.1.6 | Indicar las especialidades con las que cuenta el centro | Cirugía Maxilofacial  Cirugía Plástica  Cirugía Torácica  Cirugía Vascular  Alergología  Aparato Digestivo  Cardiología  Dermatología  Ginecología  Neumología  Neurocirugía  Neurología  Odontología  Oncología  Oftalmología  Otorrino  Psicología  Psiquiatría  Reumatología  Urología |
| ***Marcar TODO lo que proceda*** |
| II.1.7. | Dispone de aparcamiento sanitario exclusivo identificado | SI NO |
| ***Marcar lo que proceda*** |
| II.1.8. | Existencia de paradas de transporte público (bus, tren, metro, tranvía, autobús interurbano, etc.) o paradas de taxi a una distancia inferior a 200 m2 del centro concertado | SI NO |
| ***Marcar lo que proceda*** |
| Existencia de aparcamiento público a una distancia inferior a 200 m2 del centro concertado | SI NO |
| ***Marcar lo que proceda*** |
| Existencia de aparcamiento privado reservado a pacientes en el interior del centro concertado | SI NO |
| ***Marcar lo que proceda*** |
| II.1.9. | Dispone de tratamiento digital de las imágenes de radiodiagnóstico, junto con la posibilidad de remisión por vía telemática (Sistema DICOM) | SI NO |
| ***Marcar lo que proceda*** |
| **II.2.** | **Calidad del servicio** | |
| II.2.1. | Tiempos máximos de espera para visitar al paciente |  |
| ***Indicar tiempo máximo en MINUTOS*** |
| II.2.2. | Dispone de un plan de sustituciones de profesionales ante contingencias | SI NO |
| ***Marcar lo que proceda*** |
| II.2.3. | Sistema de gestión de quejas y reclamaciones | No se dispone de él  Si se dispone de él |
| ***Marcar lo que proceda*** |
| II.2.4. | Disponibilidad para usar el Portal Asistencial de **umivale Activa** | No tiene disponibilidad para usar la plataforma  Si tiene disponibilidad para usar la plataforma |
| **II.3.** | **Mejoras** | |
| II.3.1. | Dispone de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) | SI NO |
| ***Marcar lo que proceda*** |
| Dispone de Unidad de Unidad del Dolor | SI NO |
| ***Marcar lo que proceda*** |
| Dispone de Logopedia | SI NO |
| ***Marcar lo que proceda*** |
| ***El licitador deberá acreditar ante umivale Activa los puntos anteriores conforme a los requisitos establecidos para ello en el Pliego de Prescripciones Técnicas aceptando que en caso de no realizarlo, el apartado en cuestión pueda ser valorado con cero puntos.*** | | |

**SEGUNDO:** Que a todos los efectos debe entenderse que, dentro de la presente oferta, ha sido comprendido no sólo el precio de los servicios objeto del Contrato, sino asimismo la totalidad de gastos que se hayan definido en el Pliego de Cláusulas Particulares y en el Pliego de Prescripciones Técnicas obligatorios para el contratista, con excepción del Impuesto sobre el Valor Añadido, que no obstante, será repercutido en las correspondientes facturas, como partida independiente.

**TERCERO:** Que se compromete a la estricta observancia de las disposiciones vigentes con respecto al personal que emplee en la ejecución de los contratos, especialmente en materia de legislación laboral, de Seguridad Social, de Prevención de Riesgos Laborales y de Protección de Datos.

En ------------------------------------ a ----- de ------------------------- de 20--------

Firma y sello del licitador

***(\*)Si hubiera lotes, el licitador deberá de cumplimentar su propuesta para cada uno de los lotes a los que se presente***