**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:**

| **II. OFERTA TÉCNICA EVALUABLE AUTOMÁTICAMENTE *(\*\*)*** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **II.1.** | **Características de las instalaciones, medios materiales y humanos** | | |
| II.1.1. | Superficie de las instalaciones destinadas **específica y exclusivamente** para la prestación de los servicios objeto de la licitación. | |  |
| ***Indicar el número de m2 de las instalaciones*** | |
| II.1.2. | **a) Asistencia ambulatoria:** | | |
| Licenciados en medicina con los que cuenta el centro | |  |
| ***Indicar el número de profesionales por encima de los exigidos en Pliegos con los que cuenta el centro y que coincidan al menos 4 horas diarias durante el horario de apertura del centro.*** | |
| II.1.3. | Dispone de aparcamiento sanitario exclusivo identificado | | SI NO |
| ***Marcar lo que proceda*** | |
| II.1.4. | 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.2.** | **Características de las instalaciones, medios materiales y humanos** | | |
| II.2.1. | Dispone de un plan de sustituciones de profesionales ante contingencias | SI NO | |
| ***Marcar lo que proceda*** |
| II.2.2. | Sistema de registro de asistencias o servicios | Manual Informático | |
| ***Marcar lo que proceda*** |
| II.2.3. | Tiempos máximos de espera para visitar al paciente |  | |
| ***Indicar tiempo máximo en minutos*** |
| II.2.4. | Sistema de gestión de quejas y reclamaciones | No se dispone de él  S.ManualS.Informático | |
| ***Marcar lo que proceda*** |
| II.2.5. | Se facilita un interlocutor único con **umivale Activa** | SI  D/Dña…………………………………………..………….  NO | |
| ***Marcar lo que proceda*** |
| II.2.6. | **Plazo para la realización de la actuación desde la fecha de programación** (bien tener la 1ª visita o consulta, bien realizar prueba) |  | |
| ***Indicar tiempo máximo en horas*** |
| II.2.7. | **Plazo de entrega** (bien del informe de la consulta o del tratamiento rehabilitador; bien del resultado de la prueba o analítica; bien ambas cosas) |  | |
| ***Indicar tiempo máximo en horas*** |  | |
| **II.3.** | **Mejoras** | | |
| II.3.1. | Ampliación del horario de atención asistencial mínimo exigido en Pliegos | |  |
| ***Indicar el número de HORAS DIARIAS en el que se amplía el horario mínimo*** | |
| II.3.2. | Si dispone de consulta de Traumatología **indicar el número de días de consulta semanales** | |  |
| ***Si la respuesta fuera “SÍ” pero no se indica el nº de horas no se valorará este apartado*** | |
| Si dispone de consulta de Rehabilitación **indicar el número de días de consulta semanales** | |  |
| ***Si la respuesta fuera “SÍ” pero no se indica el nº de horas no se valorará este apartado.*** | |
| Dispone de otras consultas de especialistas | | SI NO |
| II.3.3. | Dispone de un servicio de fisioterapia al menos 4 horas diarias de lunes a viernes | | SI NO |
| ***Marcar lo que proceda*** | |
| II.3.4. | Dispone de un servicio de radiodiagnóstico | | SI NO |
| ***Marcar lo que proceda*** | |
| El servicio de radiodiagnóstico realiza el tratamiento digital de las imágenes | | SI NO |
| ***Marcar lo que proceda*** | |
| ***El licitador por el presente se compromete a acreditar ante umivale Activa y a petición de ésta cualquiera de los puntos anteriores conforme a los requisitos establecidos para ello en el apartado 10 del 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***