**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** |
| --- |

| **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. | **b) Fisioterapia:** | | |
| Diplomados en fisioterapia 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.** | **Calidad del servicio** | | |
| II.2.1. | Dispone de un plan de sustituciones de profesionales ante contingencias | **☐**SI **☐**NO | |
| ***Marcar lo que proceda*** |
| II.2.2. | Plazo para gestionar 1ª cita del paciente desde la solicitud del facultativo de **umivale Activa** |  | |
| ***Indicar tiempo máximo en horas*** |
| II.2.3. | Sistema de comunicación con el paciente: recordatorio / modificación / cancelación de citas | **☐**No se dispone de él  **☐**Llamada telefónica  **☐** Mensaje (SMS) o WhatsApp  **☐** Correo electrónico | |
| ***Marcar lo que proceda*** |
| II.2.4. | Sistema de registro de las asistencias o servicios | **☐**No se dispone de él  **☐**S.Manual**☐**S.Electrónico | |
| ***Marcar lo que proceda*** |
| II.2.5. | Tiempos máximos de espera para visitar al paciente |  | |
| ***Indicar tiempo máximo en minutos*** |
| II.2.6. | Plazo de entrega, a **umivale Activa**, del informe de la consulta |  | |
| ***Indicar tiempo máximo en horas*** |  | |
| II.2.7. | Sistema de gestión de quejas y reclamaciones | **☐**No se dispone de él  **☐**S.Manual**☐**S.Electrónico | |
| ***Marcar lo que proceda*** |
| II.2.8. | Encuestas de satisfacción del paciente | **☐**No se dispone de él  **☐**S.Manual**☐**S.Electrónico | |
| ***Marcar lo que proceda*** |  | |
| **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. | Ampliación del horario del centro asistencial en sábados o domingos y festivos | | **☐**No abre sábados o domingos y festivos  **☐**Abre los sábados 4 horas o más  **☐** Abre los sábados y domingos o festivos 4 horas o más cada día |
| ***Marcar lo que proceda*** | |
| II.3.3. | Dispone de consulta de Enfermería **indicar el número de horas de consulta semanales** | | **☐**SI **☐**NO |
| ***Si la respuesta fuera “SÍ” pero no se indica el nº de horas no se valorará este apartado*** | | Nº horas semanales:..…… |
| Dispone de consulta de Traumatología **indicar el número de horas de consulta semanales** | | **☐**SI **☐**NO |
| ***Si la respuesta fuera “SÍ” pero no se indica el nº de horas no se valorará este apartado*** | | Nº horas semanales:..…… |
| Dispone de consulta de Médico Rehabilitador **indicar el número de horas de consulta semanales** | | **☐**SI **☐**NO |
| ***Si la respuesta fuera “SÍ” pero no se indica el nº de horas no se valorará este apartado*** | | Nº horas semanales:..…… |
| ***El licitador debe 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 será valorado con cero puntos.***  ***Deberá aportar la documentación correspondiente en el sobre C*** | | | |

**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 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***