MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

ASUNCION - PARAGUAY

BID - CONTRATO DE PRÉSTAMO Nº 4872/OC-PR

"PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LAS REDES INTEGRADAS E INTEGRALES DE LOS SERVICIOS DE SALUD, BASADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD"

INVITACIÓN A MANIFESTAR INTERÉS

Expresión de Interés Nº 01/2025

CONTRATACIÓN DE FIRMA CONSULTORA PARA "APOYO AL FORTALECIMIENTO DE AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LOS DEPARTAMENTOS DE CONCEPCIÓN, SAN PEDRO, CAAZAPÁ Y ALTO PARANÁ", EN EL MARCO DEL PROGRAMA PR-L1167

IDB CLIENT PORTAL Nº PR-L1167- P00046 / DNCP ID Nº 819

1. ANTECEDENTES

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) de la República del Paraguay, ha iniciado el ***PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LAS REDES INTEGRADAS E INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD BASADAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD***, PR-L1167 que cuenta con el financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) por un monto total de hasta US$ 45.000.000 (Dólares de los Estados Unidos de América CUARENTA Y CINCO MILLONES) que fue aprobado a través de la Ley N° 7077/23 de fecha 24 de abril de 2023; para el financiamiento del **PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD DE LOS DEPARTAMENTOS DE CONCEPCIÓN, SAN PEDRO, CAAZAPÁ Y ALTO PARANÁ**.

El objetivo general del Programa es contribuir a la mejora de las condiciones de salud de la población más vulnerable de Paraguay, a través del fortalecimiento de las RIISS basadas en APS.

Los objetivos específicos son: i) la expansión y fortalecimiento de la red asistencial; y ii) la mejora de la calidad de la atención en líneas de cuidado priorizadas, entre ellas la de Salud Materno Infantil, la de enfermedades crónicas no transmisibles en particular Diabetes, Hipertensión y Cáncer; la de VIH-SIDA y Tuberculosis.

Para el logro de los objetivos anteriores, el Programa comprende los siguientes componentes:

Componente 1. Fortalecimiento del modelo de atención de RIISS, basado en APS

El objetivo del componente es expandir y fortalecer integralmente los establecimientos de atención de la red asistencial para que entreguen servicios oportunos y de calidad. Serán financiados: (i) la rehabilitación de 67 Unidades de Salud Familiar (USF), la construcción de 33 nuevas USF y la reconversión de 29 puestos de salud (PS) a USF; (¡i) el equipamiento general, biomédico e informático para las USF intervenidas; (iii) la readecuación de la

infraestructura principalmente del Hospital Regional de Caazapá y los Hospitales Distritales de Horqueta, San Estanislao y General Aquino, incluyendo las áreas de urgencias, maternidad, laboratorio, quirófanos y planta de tratamiento de efluentes, entre otras; (iv) el equipamiento general, biomédico e informático de los cuatro hospitales; (v) construcción y equipamiento del Centro de Simulación Clínica del Ministerio de Salud y Bienestar Social (MSPBS); y (vi) la capacitación y formación de recursos humanos (RRHH).

Componente 2. Apoyo a la mejora de la gestión, al uso de tecnologías y al Impulso de la innovación en salud

El objetivo de este componente es desarrollar y fortalecer la organización y gobernanza del MSPBS, para asegurar resultados sanitarios, calidad de servicio y eficiencia de la red. Se apoyarán las siguientes actividades: (i) plan de implementación de las redes y microrredes de salud; (ii) centrales de regulación y actividades para la conformación integral de redes y microrredes en los cuatro departamentos priorizados; (iii) diseño e implementación de protocolos para la gestión regional; (iv) estudios y asistencia técnica para la readecuación de la carrera sanitaria y el fortalecimiento de la política de RRHH; (v) asistencia técnica para la implementación de la estrategia de transformación digital de la salud, incluyendo la implementación del sistema de información para la salud (HIS, en su sigla en inglés) y adecuación de normas para la salud digital; (vi) asistencia técnica para la implementación de la Estrategia de Mejora Continua de la Calidad (EMCC) mediante el diseño e implementación de protocolos y sistemas de evaluación de la política con enfoque hacia resultados, y las intervenciones relacionadas con seguridad del paciente y satisfacción del usuario. Además, se desarrollarán competencias en los equipos de las microrredes y prestadores de servicios del primero y segundo nivel para gestionar e implementar la EMCC; (vii) la encuesta nacional de salud sexual y reproductiva; y (viii) la estrategia de comunicación.

Componente 3. Administración, Monitoreo y Evaluación

Este componente apoyará al MSPBS en la ejecución efectiva del Programa por medio de la planificación, gestión y monitoreo permanente de resultados. Se financiará la contratación de un equipo técnico gestor, la evaluación y la auditoría del Programa.

Con base en lo expuesto anteriormente y dada la necesidad de brindar el apoyo oportuno y calificado a las acciones que se ejecuten en el marco del programa, se propone la contratación de una firma consultora para "Apoyo al Fortalecimiento de Agentes Comunitarios de Salud del Primer Nivel de Atención de los Departamentos de Concepción, San Pedro, Caazapá y Alto Paraná" en el marco del programa PR-L1167.

El objetivo de la contratación, los objetivos específicos, el perfil requerido de la firma y otros detalles de la contratación se encuentran expuestos en esta Invitación a Manifestar Interés

Se estima que el plazo para la prestación de los servicios será de 12 (doce) meses a partir de la recepción de la Orden de Proceder.

El presupuesto estimado preliminarmente para este proceso de Manifestación de Interés es de USD 250.000.- (Dólares Americanos Doscientos cincuenta mil), Impuestos Incluidos. Dicho presupuesto es aproximado y podrá ser ajustado en el Documento de Solicitud de Propuesta (SP) una vez definido el alcance final de la consultoría.

2. OBJETIVO DE LOS SERVICIOS DE CONSULTORIA

El trabajo de consultoría consiste en: Fortalecer las capacidades básicas de los Agentes Comunitarios de Salud del Primer Nivel de Atención en herramientas para la promoción de la salud, de los Departamentos de Concepción, San Pedro, Caazapá y Alto Paraná.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Diseñar y elaborar un Manual para Agentes Comunitarios de Salud que contengan herramientas para el trabajo de promoción en monitoreo en formato digital para el seguimiento del cumplimiento de las actividades de los Agentes Comunitarios de Salud a nivel local, regional y nacional.
- Capacitar a los Agentes Comunitarios de Salud y a las Regiones Sanitarias en el uso de los instrumentos para su correcta utilización.

- Implementar un sistema de seguimiento en las Regiones Sanitarias para monitorear y evaluar el cumplimiento de las capacidades básicas de los Agentes Comunitarios de Salud, facilitando la retroalimentación y mejora continua del trabajo de campo.

En este contexto, la UGP BID PR-L1167, invita a Firmas Consultoras/APCAs[1], a Manifestar Interés para la prestación del Servicio de Consultoría objeto de este llamado. Los interesados deberán proporcionar la documentación e información que permita valorar su calificación para suministrar los Servicios, conforme al siguiente detalle: (i) Carta de Presentación de Manifestación de Interés (Formulario N° 1); (ii) Identificación del Solicitante (Formularios 2 y 3) acompañada de la documentación solicitada en el Anexo A (Documentos Legales); (iii) Detalle de experiencia en servicios similares, realizados individualmente o en APCAs y que sean análogas a las indicadas en el Formulario 4; (iv) Situación Financiera (Formulario 5); (v) Cualquier otro antecedente que el solicitante estime de relevancia, para complementar la información presentada.

Los consultores se podrán asociar con otras firmas con el fin de mejorar sus calificaciones. A los efectos de establecer la lista corta, la nacionalidad de la firma será la del país en que se encuentre legalmente constituida o incorporada y en el caso de APCAs será la nacionalidad de la firma que se designe como representante. Para ello deberán presentar el Formulario 6 - Carta de Intención de Formación de Consorcio. La UGP BID PR-L1167 en base a la información proporcionada con la Manifestación de Interés, conformará una Lista Corta de Firmas Consultoras y/o Consorcios de Firmas Consultoras.

La lista corta podrá estar compuesta enteramente de consultores nacionales, si el trabajo por realizar está por debajo del techo (o techos) establecido en el Plan de Adquisiciones aprobado por el Banco, si se dispone de un número suficiente de firmas calificadas para constituir una lista corta a costos competitivos y si es evidente que no se justifica una competencia que incluya a consultores extranjeros o éstos no expresaron interés

Los consultores serán seleccionados conforme a los procedimientos indicados en las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores financiados por el Banco Interamericano de Desarrollo GN-2350-15, y podrán participar en ella todos los licitantes de países de origen que sean elegibles, según se especifica en dichas políticas.

Los Consultores serán seleccionados en base al método Selección Basada en la Calidad y Costo (SBCC) descrito en las Políticas de Consultoría.

Las firmas Consultoras interesadas podrán obtener la documentación de la convocatoria en la página www.contrataciones.gov.py o solicitándola al correo electrónico: proyectobid4872@mspbs.gov.py; adquisicionesbid1167@gmail.com Las Firmas Consultoras interesadas, pueden obtener más información en la siguiente dirección:

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL- UGP BID PR-L1167

Atención: Ana María Sanabria B.

UGP BID PR-L1167

Dirección: Estados Unidos N° 1390 esquina Avay (Timbre sobre Avay)

Ciudad: Asunción. País: Paraguay

Teléfono: 0971719898

Dirección de correo electrónico: proyectobid4872@mspbs.gov.py; adquisicionesbid1167@gmail.com

Las Manifestaciones de Interés deberán ser presentadas en idioma castellano, firmadas, foliadas (en números y letras) en alguna de las dos formas que se indican:

a) IMPRESA: A, en sobre cerrado, rotulado con el nombre del Solicitante y la descripción del Servicio (un original y dos (2) copias en forma impresa), a la dirección indicada a continuación:

[1] APCA: Asociación en Participación, Consorcio o Asociación s/numeral 1.13 de la GN-2350-15

Atención: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social – UGP BID PR-L1167

Dirección: Estados Unidos N° 1390 esquina Avay

Ciudad: Asunción. País: Paraguay

Casilla de Correo: No Aplica

País: Paraguay

b) ESCANEADA, en formato de extensión PDF, vía correo electrónico, a la siguiente dirección: **proyectobid4872@mspbs.gov.py**; **adquisicionesbid1167@gmail.com** indicando en el Asunto del correo el Numero de la Manifestación de Interés

La fecha tope para la recepción está fijada para el día: Fecha indicada en el SICP (Sistema de Información de Contrataciones Públicas) www.contrataciones.gov.py ID Precalificación N° 819

FORMULARIO N° 1

CARTA DE MANIFESTACIÓN DE INTERÉS

[*fecha*]

Señores:

PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LAS REDES INTEGRADAS E INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD, BASADAS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL (UGP BID PR-L1167)

Calle: Estados Unidos N° 1390 esquina Avay, Ciudad Asunción Paraguay

Ref.: Manifestación de interés de firmas consultoras para SERVICIOS DE CONSULTORIA PARA CONTRATACIÓN DE FIRMA CONSULTORA PARA "FORTALECIMIENTO DE AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LOS DEPARTAMENTOS DE CONCEPCIÓN, SAN PEDRO, CAAZAPÁ Y ALTO PARANÁ", EN EL MARCO DEL PROGRAMA PR-L1167

De nuestra mayor consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ustedes a los efectos de presentar nuestra Manifestación de Interés en elproceso de Selección de Firma Consultora para *la consultoría de referencia.*

En virtud al objeto del presente proceso de Manifestación de Interés, la firma [*Nombre de la Empresa*] o elConsorcio [*Nombre del Consorcio*], presenta adjunto las documentaciones requeridas.

Atentamente,

Firma/s

Aclaración

Representante Legal

FORMULARIO N° 2

INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

Fecha:

Nombre legal del Solicitante: *[Incluir el Nombre del Solicitante: Persona Jurídica, Consorcio o Asociación]*
En el caso de ser un Consorcio o Asociación, nombre legal de cada miembro **se debe especificar cuál de losmiembros es el representante del Consorcio o Asociación y su nacionalidad**[3] : *[En caso de Consorcio o Asociación Incluir el Nombre de cada miembro y especificar cual miembro es elrepresentante]*
País de constitución actual o previsto del Solicitante: *[Incluir el país de constitución del Solicitante, en caso de Consorcio o Asociación el país previsto para laconstitución]*
Año de constitución efectivo o previsto del Solicitante: *[Incluir el año de constitución del Solicitante, en caso de Consorcio o Asociación el año previsto para laconstitución]*
Domicilio legal del Solicitante en el país de constitución: *[Incluir la dirección, ciudad y país del domicilio del solicitante]*
Información sobre el representante autorizado (persona física) del Solicitante Nombre: *[Incluir nombre del representante del solicitante]* Dirección: *[Incluir la dirección, ciudad y país del domicilio del representante del solicitante]* Números de teléfono y de fax: *[Incluir número de teléfono del representante del solicitante]* Dirección de correo electrónico: *[Incluir dirección de correo electrónico del representante del solicitante]*

La documentación que debe acompañar este Formulario se halla detallada en el Anexo A

FORMULARIO N° 3

INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE PARA CADA MIEMBRO DE UN APCA

Nombre legal del Solicitante: *[Incluir el Nombre del Solicitante: Consorcio o Asociación]*
Nombre legal del miembro integrante del Consorcio o Asociación:[Incluir el Nombre del integrante del Consorcio o Asociación]
País de constitución del miembro del Consorcio o Asociación: *[Identificar el país de constitución del integrante del Consorcio o Asociación]*
Año de constitución del miembro del Consorcio o Asociación: *[incluir el año de constitución del integrante del Consorcio o Asociación]*
Domicilio legal del miembro del Consorcio en el país de constitución o Asociación: *[incluir dirección, ciudad y país sede del integrante del Consorcio o Asociación]*
Información sobre el representante autorizado del miembro del Consorcio o Asociación: Nombre: *[Incluir nombre del representante del representante del Integrante del Consorcio o Asociación]* Dirección: *[Incluir la dirección, ciudad y país del domicilio del representante del integrante del Consorcio o Asociación]* Números de teléfono y de fax: *[Incluir número de teléfono del representante del integrante del Consorcio o Asociación]* Dirección de correo electrónico: *[Incluir dirección de correo electrónico del representante del integrante del Consorcio o Asociación]*

La documentación que debe acompañar este Formulario se halla detallada en el Anexo A

ANEXO A (de los Formularios 2 y 3)

Documentos legales requeridos

1. Documentos legales requeridos para personas jurídicas domiciliadas en la República del Paraguay

a) Documentos que acrediten la existencia legal de la persona, tales como la Escritura Pública de Constitución y protocolización de los Estatutos Sociales. Los estatutos deberán estar inscriptos en laSección Personas Jurídicas de la Dirección de Registros Públicos.
b) Fotocopia simple de Cedula de Identidad del representante de la empresa.
c) Fotocopia simple del RUC.
d) Documentos que acrediten las facultades del firmante de la solicitud para comprometer al solicitante. Estos documentos pueden consistir en:
- un Poder suficiente otorgado por Escritura Pública (no es necesario que esté Inscripto en el Registro de Poderes) o;
- los documentos de la Persona Jurídica, que justifiquen la representación del firmante, tales como las actas de asamblea y de directorio en el caso de las sociedades anónimas, u otros.

2. Documentos legales requeridos para personas jurídicas No domiciliados en la República del Paraguay.

a) Documentos conforme a las regulaciones del país de origen que acrediten la existencia legal de la Firma
b) Fotocopia simple de Cedula de Identidad, DNI, Pasaporte o similar del representante de la empresa.
c) Documentos conforme a las regulaciones del país de origen que acrediten las facultades del firmante dela solicitud para comprometer al solicitante
d) Los documentos que no se encuentren redactados en idioma español, deberán estar acompañados deuna traducción fidedigna.
Para la presentación de la Manifestación de Interés, podrán aceptarse documentos expedidos por las autoridades competentes de países extranjeros sin la legalización del Ministerio de Relaciones Exteriores de la República del Paraguay**.**

3. Documentos legales requeridos para personas jurídicas en caso de Consorcio.

a) Cada integrante deberá presentar los documentos requeridos para oferentes individuales especificados en los incisos (a), (b), (c) y (d) del numeral 1 o 2 (conforme corresponda) precedentes.
b) Consorcio legalmente constituido conforme las regulaciones del país de origen o Acuerdo de Intención de Constituir Consorcio. A tal efecto podrán utilizar el formato incluido como **Formulario 6**.
En el acuerdo de intención, se designará en cláusula especial, quién habrá de Representar legalmente a todos y cada uno de los integrantes del Consorcio (Gestor de Consorcio).

4. Disposiciones comunes para los participantes domiciliados o no domiciliados en la República del Paraguay.
Los participantes podrán presentar la Constancia del Registro de Proveedor del Estado, en reemplazo de los documentos solicitados, siempre que los mismos se encuentren en estado "ACTIVO".

FORMULARIO 4

DETALLE DE EXPERIENCIA EN ORGANIZACIONES Y SERVICIOS SIMILARES

A efectos de conformar la lista corta, la firma consultora/APCA deberá acreditar contratos en los últimos 20 (veinte) años que reúnan los siguientes requisitos:

Criterios de Calificación

La calificación de la experiencia general y experiencia específica será realizada de acuerdo a la siguiente grilla:

<table>
<tr><td colspan="3">EXPERIENCIA GENERAL: Serán calificadas las experiencias generales en Proyectos de promoción de la salud, fortalecimiento comunitario y atención primaria, ejecutados dentro de los últimos 20 años, y con los montos mínimos requeridos para cada evidencia de la experiencia general presentada (Requisito Excluyente) Se otorgará 1 Punto por cada evidencia adicional presentada al mínimo exigido (Hasta un máximo de 10 puntos) para el presente factor.</td></tr>
<tr><th>Cantidad de Evidencias mínimas para presentar:</th><th>Con un monto mínimo de Contratos por cada evidencia presentada de</th><th>Se otorgará:</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Como mínimo 3 Experiencias Generales</td><td>Igual o mayor a 20.000 USD</td><td rowspan="2">Cumple / No Cumple</td></tr>
<tr><td>Para APCAS

Igual o Mayor a 25.000 USD por cada integrante; e Igual o Mayor a 40.000 USD el Líder</td></tr>
<tr><td colspan="3">Las firmas que no cumplen con ese requisito mínimo (3 contratos) no serán aceptadas en la Lista Corta.</td></tr>
<tr><td colspan="3">EXPERIENCIA ESPECÍFICA: serán calificadas las experiencias a) Desarrollo y ejecución de programas de salud pública enfocados en el fortalecimiento y capacitación de agentes comunitarios u otros actores del sistema de salud en el uso de herramientas digitales para la promoción de la salud, ejecutados dentro de los últimos 20 años, y con los requerimientos mínimos solicitados para cada evidencia de la experiencia específica presentada.</td></tr>
<tr><th colspan="2">Experiencia a ser declarada</th><th>Puntaje a ser otorgado:</th></tr>
<tr><td colspan="2">Experiencia requerida en ejecución de proyectos de promoción de la salud, fortalecimiento comunitario y atención primaria.

(Hasta un máximo de 30 puntos) para el presente factor.</td><td>3 Puntos por cada evidencia presentada</td></tr>
<tr><td colspan="2">Experiencia requerida en participación en proyectos relacionados con herramientas educativas y sistemas de monitoreo digital.

(Hasta un máximo de 30 puntos) para el presente factor.</td><td>3 Puntos por cada evidencia presentada</td></tr>
<tr><td colspan="2">Experiencia requerida en proyectos y programas de salud financiados por el sector público y/o organizaciones internacionales en comunidades vulnerables.

(Hasta un máximo de 30 puntos) para el presente factor.</td><td>3 Puntos por cada evidencia presentada</td></tr>
</table>

Experiencia requerida en elaboración de materiales educativos y técnicos dirigidos a Agentes Comunitarios de Salud u otros actores del sistema de salud *(Hasta un máximo de 30 puntos) para el presente factor.*	**3 Puntos** por cada evidencia presentada
Experiencia requerida en diseño e implementación de plataformas digitales para el monitoreo y evaluación de programas de salud a nivel local, regional y nacional. *(Hasta un máximo de 30 puntos) para el presente factor.*	**3 Puntos** por cada evidencia presentada
Experiencia del Gerente Técnico de la firma consultora, en fortalecimiento de agentes comunitarios u otros actores del sistema de salud *(Sin límites de puntos) para el presente factor.*	**3 Puntos** por cada evidencia presentada
OBSERVACIONES FINALES: La lista corta estará conformada por aquellas firmas que acrediten la mayor cantidad de experiencia específica y las credenciales que demuestren la mejor capacidad técnica para el desarrollo de la consultoría.	

1) Experiencia General

a. Mínimo de 20 (veinte) años de experiencia en el rubro demostrable. En caso de consorcios o APCA el socio líder deberá cumplir con los años mínimos de experiencia.
b. Presentar credenciales de la empresa

Contratos relacionados con:

c. Experiencias en el ámbito del desarrollo de trabajos relacionados en el marco de la consultoría, en especial en Proyectos de promoción de la salud, fortalecimiento comunitario y atención primaria, ejecutados dentro de los últimos 20 años. En caso de que la experiencia sectorial declarada haya sido en carácter de socio de un APCA, para ser considerado, deberá acreditar en dicho contrato su porcentaje de participación.

2) Experiencia Específica

Contratos con algunas de las siguientes características:

a. Experiencia ejecución de proyectos de promoción de la salud, fortalecimiento comunitario y atención primaria.
b. En participación en proyectos relacionados con herramientas educativas y sistemas de monitoreo digital.
c. En proyectos y programas de salud financiados por el sector público y/o organizaciones internacionales en comunidades vulnerables.
d. En elaboración de materiales educativos y técnicos dirigidos a Agentes Comunitarios de Salud u otros actores del sistema de salud
e. Experiencia requerida en diseño e implementación de plataformas digitales para el monitoreo y evaluación de programas de salud a nivel local, regional y nacional.
f. Experiencia del Gerente Técnico de la firma consultora, en fortalecimiento de agentes comunitarios u otros actores del sistema de salud

LA LISTA CORTA ESTARA PRIORITARIAMENTE CONFORMADA POR AQUELLAS FIRMAS QUEACREDITEN LA MAYOR CANTIDAD DE EXPERIENCIA ESPECIFICA y LAS CREDENCIALES QUE DEMUESTREN LA MEJOR CAPACIDAD TECNICA PARA EL DESARROLLO DE LA CONSULTORIA.

[El solicitante deberá preparar un formulario por cada servicio]

Nombre Legal del Solicitante:
Fecha:
Nombre Legal del miembro de un Consorcio o APCA:

Número de contrato similar:	**Información**		
Identificación del contrato	*[Indicar nombre y número de contrato, si procede]*		
Lugar donde se realizó el Servicio	*[indicar país, ciudad si procede]*		
Fecha de inicio del Servicio *Fecha de terminación del Servicio*	*[indicar mes/año]* *[indicar mes/año]*		
Plazo original del Servicio	*[indicar mes/año]*		
Monto total del contrato	*[Indicar el monto total en la o las monedas del Contrato]*		*[Indicar el Monto Total del Contrato equivalente en US$]* *Tasa de Conversión:* *(indicar la tasa utilizada para conversión de monedas]*
Si es miembro de un Consorcio o Asociación, especificar la participación en el monto total del contrato.	*[Indicar porcentaje de participación]* _____ *%*	*[Indicar el monto total en la o las monedas del Contrato]*	*[Indicar el Monto Total del Contrato equivalente en US$]*
Nombre del Contratante:	*[Indicar el nombre de la entidad contratante]*		
Dirección: *Números de teléfono/fax:* *Correo electrónico:*	*[Indicar la dirección/ciudad/país de la entidad contratante]* *[Indicar número de teléfono de la entidad contratante]* *[Indicar la correo electrónico de la entidad contratante o el contacto]*		
Breve descripción del Servicio:			
[realizar un breve descripción del servicio donde se indique la actividades ejecutadas similares]			

Yo,…representante de la firma…… DECLARO BAJO FE JURAMENTO la veracidad de las informaciones contenidas en el presente formulario.

FORMULARIO 5

SITUACIÓN FINANCIERA

Información Financiera	Información histórica (equivalente en US$)			
	Total			Formula de Coeficiente
	Año 1	Año 2	Año 3	
Información del Balance				
Total del Pasivo (TP)				**Coeficiente de EndeudamientoGeneral:** (Total Pasivo/ Total Activo). – **Preferentemente no deberá ser superior a 0,9**
Total del Activo (TA)				
Activo Corriente (AC)				**Coeficiente de Liquidez**: (Activo a corto plazo/ Pasivo a corto plazo) - **Preferentemente igual o mayor a 1**
Pasivo Corriente (PC)				

Criterio: para la valoración de la situación financiera de las Consultoras se analizarán las ratios obtenidos enbase al promedio de los últimos tres años (2021/2022/2023), en base a la información proporcionada, por loque se debe adjuntar copias del Balance General y Estados de Resultados, visados por la autoridad competente, correspondiente a los ejercicios mencionados o los documentos contables/financieros que en el país de origen sean los requeridos ante las autoridades competentes de ese país para acreditarlos.

En caso de que el balance del año 2023 aun no sea exigible para la fecha de presentación de las expresionesde interés, los años a considerar podrán ser 2020/2021/2022. En este caso se deberá presentar la dispensa de la autoridad tributaria que autorice dicha situación.

OBSERVACION: **No se aceptarán estados financieros de períodos parciales** y deberá reflejar la situación financiera del Solicitante o del miembro integrante de un Consorcio, y no de otra perteneciente al mismo grupo. Una sucursal podrá ampararse por el balance financiero de la matriz**, siempre que la matriz asuma laobligación en la ejecución del contrato y no se alegue que la sucursal es independiente**

FORMULARIO N° 6

CARTA DE INTENCIÓN DE FORMACIÓN DE CONSORCIO

En la ciudad de [Ciudad y País], en fecha [día] de [mes] del [año], la empresa [***Empresa1***] representada por
el/la Sr/Sra. ……., y la empresa [***Empresa2***] representada por el/la Sr/Sra.
……., han convenido formalizar mediante este documento, la firme intención de constituir entre ellas un Consorcio que se denominará [*Nombre del Consorcio*], para participar y realizar conjuntamente en caso de que resultare adjudicatarios para la ejecución del Proyecto [*Nombre de la Consultoría*].

Las Empresas:

[***Empresa1***], con domicilio en [*domicilio de la empresa*], representada por el Sr/Sra [*Nombre del Representante Legal*], con Documento de Identidad Nº [*CI/DNI*], mayor de edad de nacionalidad [*nacionalidad*], quien se encuentra debidamente acreditado.

[***Empresa2***], con domicilio en [*domicilio de la empresa*], representada por el Sr/Sra [*Nombre del Representante Legal*], con Documento de Identidad Nº [*CI/DNI*], mayor de edad de nacionalidad [*nacionalidad*], quien se encuentra debidamente acreditado.

***Obs**.: podrán adicionarse más Empresas según lo requerido.*

El Consorcio [*Nombre del Consorcio*] será liderado por [*Nombre de la Empresa*].

[***Empresa1***]: % de participación.

[***Empresa2***]: % de participación.

Se designa Representante Legal del Consorcio a [*Nombre del Representante Legal*], con Documento de Identidad Nº [*CI/DNI*], otorgándole Poder Amplio y Suficiente para atender y suscribir todos los documentosemergentes.
Como domicilio único del Consorcio queda establecida la siguiente dirección [*dirección del Consorcio*].

En prueba de conformidad, las partes firman el presente Acuerdo, en [*Ciudad*] a los xx días del mes…….
Del año…….

Firma: ……..	Firma: ……..
Nombre Representante Empresa1	**Nombre Representante Empresa2**
Cargo	Cargo