## : MODELO DE DECLARACIÓN RESPONSABLE

Doña/don. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . , con D.N.I. . . . . . . . . . . . . . . . . . , en representación de . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ,

 DECLARO:

1. Que la entidad a la que represento se compromete a la prestación del servicio objeto del contrato, como máximo, por el importe que se le corresponda según la oferta presentada dentro de los módulos establecidos en el presente pliego.
2. Que ni la entidad a la que represento, ni ninguna de las personas que les representa, se hallan incursas en ninguna de las prohibiciones o incompatibilidades para contratar, de conformidad con lo dispuesto en la Ley Foral 2/2018 de 13 de abril, de Contratos Públicos.
3. Que estoy al corriente / Que la empresa por mí representada está al corriente (según proceda) en el cumplimiento de las Obligaciones Tributarias, de Seguridad Social, de Seguridad y Salud en el trabajo y Prevención de Riesgos Laborales impuestas por las disposiciones vigentes.
4. Que: (márquese la casilla que corresponda)

[ ]  Estoy al corriente en el pago del Impuesto de Actividades Económicas y no se ha dado de baja en la matrícula del citado Impuesto.

[ ]  Estoy exento/a del pago del Impuesto de Actividades Económicas

1. Que la entidad a la que represento emplea: (márquese la casilla que corresponda)

[ ]  menos de 50 trabajadores/as

[ ]  50 ó más trabajadores/as y

[ ]  Cumplo con la obligación de que entre ellos/as, al menos, el 2% sean personas con discapacidad, establecida por Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

[ ]  Cumplo las medidas alternativas previstas en el Real Decreto 364/2005, de 8 de abril, por el que se regula el cumplimiento alternativo con carácter excepcional de la cuota de reserva a favor de personas trabajadoras con discapacidad.

1. Que la entidad ha obtenido la correspondiente autorización de funcionamiento, conforme a lo establecido en la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales, el Decreto Foral 92/2020, de 2 de diciembre, por el que se regula el funcionamiento de los servicios residenciales, de día y ambulatorios de las áreas de mayores, discapacidad, enfermedad mental e inclusión social, del sistema de servicios sociales de la Comunidad Foral de Navarra, y el régimen de autorizaciones, comunicaciones previas y homologaciones.
2. Que consiento expresamente la utilización de la siguiente dirección electrónica para la realización de notificaciones a través de medios telemáticos:
3. Que la persona de contacto a efectos de notificaciones y subsanaciones de posibles defectos advertidos en la documentación presentada es doña /don con el siguiente mail y teléfono:
4. Que la entidad cuenta con la solvencia técnica y económica exigida en el presente pliego para la participación en el presente procedimiento y posterior ejecución del servicio contratado.
5. Que conozco y acepto las condiciones del contrato, entendiendo que las mismas forman parte del contenido de éste.
6. Que se compromete a presentar, en el caso de ser admitida y en el momento oportuno la documentación requerida en el apartado 20 para la formalización del contrato derivado del sistema de contratación Open House.

(Lugar, fecha y firma)

**firma**

## : oferta lote 1 plazas residenciales

Don/ña…………………………………………………………………………. con D.N.I. número…………………….., en nombre propio/en representación de ………………………………… (según proceda), declaro:

* Que conozco y acepto los pliegos reguladores, con sus anexos, que ha de regir el/los contratos.
* Que me comprometo/Que la entidad por mi representada se compromete (según proceda) al cumplimiento del objeto del contrato del Lote 1: Plazas residenciales en las siguientes condiciones:

|  |  |
| --- | --- |
| **LOTE 1 PLAZAS RESIDENCIALES** |  |
|  |  |
| **CENTRO** | **OFERTA** |
| PLAZAS OFERTADAS |  |
| GRUPO PRECIO |  |
| GRUPO RATIO ASISTENCIAL |  |
| GRUPO RATIO MEDICINA |  |
| GRUPO RATIO ENFERMERIA |  |
| MODULO DEP ASISTENCIAL |  |
| MODULO NO DEP ASISTENCIAL |  |
| MODULO ENFERMERIA |  |
| MODULO MEDICINA |  |
| MODULO TOTAL DEP |  |

* Informo que:

[ ]  La entidad licitadora es una entidad sin ánimo de lucro o entidad de carácter social

[ ]  La entidad está exento de IVA, según la normativa vigente.

**firma**

## : archivo excel adjunto valido para lote 1 y lote 2

Este archivo sirve para que con los datos existentes en los centros ver las ratios, grupos de precio o módulos que corresponderían.

Al rellenarla, se debe tener en cuenta la situación más probable, para que no se produzcan casos de incumplimiento.

Puede ser, que una entidad, decida ofrecer un grupo ratio menor que lo que aparece en el anexo III por mayor seguridad.

Por ejemplo, una residencia puede tener una ratio III asistencial, pero encontrarse en el límite superior de la horquilla de dependencia, de modo que un pequeño cambio (por ejemplo, una persona o dos más dependientes), haga que pase a la horquilla siguiente por lo que, para mantener la ratio, debería aumentar la contratación de personal.

Otro caso, sería que, teniendo una plantilla estable, en este momento la ocupación sea menor que la que será a futuro, por lo que deberá plantearse si mantener la plantilla firmando una ratio menor o firmar la ratio superior y tener que contratar más personal si la ocupación aumenta.

En cualquier caso, en caso de discrepancia, la oferta válida será la que aparece firmada en el anexo II en el caso del Lote 1 o en el anexo V en el caso del Lote 2.

## : ejemplo

En el caso de aquellas categorías profesionales que realicen labores de cuidados de atención directa y labores de atención indirecta (limpieza, lavandería, cocina, etc.), se deberá especificar el porcentaje de jornada dedicado a atención directa y el resto.

A modo de ejemplo:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Categoria Profesional** | **Jornadas** | **Jornada Anual** | **Horas Totales** **P. Propio** | **CUIDADOS ATT.DIRECTA**  | **COCINA** | **LIMPIEZA-LAVANDERIA** | **OTROS SERVICIOS GENERALES** |
| Cuidador/Gerocultor |  |  | 0 |  |  |  |  |
| Servicios generales |  |  | 0 |  |  |  |  |
| Servicios Múltiples |  |  | 0 |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Firmado por la entidad | firmado representacion de las trabajadoras |

## : oferta lote 2 estancias diurnas

Don/ña…………………………………………………………………………. con D.N.I. número…………………….., en nombre propio/en representación de ………………………………… (según proceda), declaro:

* Que conozco y acepto los pliegos reguladores, con sus anexos, que ha de regir el/los contratos.
* Que me comprometo/Que la entidad por mi representada se compromete (según proceda) al cumplimiento del objeto del contrato del Lote 2: Plazas de Estancias Diurnas, en las siguientes condiciones:

|  |  |
| --- | --- |
| **LOTE 2 ESTANCIAS DIURNAS** |  |
|  |  |
| **CENTRO** | **OFERTA** |
| PLAZAS OFERTADAS |  |
| GRUPO PRECIO |  |
| GRUPO RATIO ASISTENCIAL |  |
| GRUPO RATIO MEDICINA |  |
| GRUPO RATIO ENFERMERIA |  |
| MODULO DEP ASISTENCIAL ED |  |
| MODULO NO DEP ASISTENCIAL ED |  |
| MODULO ENFERMERIA ED |  |
| MODULO MEDICINA ED |  |
| MODULO TOTAL DEP ED |  |

* Informo que:

[ ]  La entidad licitadora es una entidad sin ánimo de lucro o entidad de carácter social

[ ]  La entidad está exento de IVA, según la normativa vigente.

**firma**

## oferta lote 3 transporte

Don/ña…………………………………………………………………………. con D.N.I. número…………………….., en nombre propio/en representación de ………………………………… (según proceda), declaro:

* Que conozco y acepto los pliegos reguladores, con sus anexos, que ha de regir el/los contratos.
* Que me comprometo/Que la entidad por mi representada se compromete (según proceda) al cumplimiento del objeto del contrato del Lote 3: Servicio de Transporte, en las siguientes condiciones:

Número de plazas de transporte ofertadas:

 Los centros a los que se transportaran las personas usuarias son:

|  |
| --- |
| **OFERTA LOTE 3 Transporte:**  |
| Nº de plazas |
| **CENTRO** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

El módulo es de

* Informo que:

[ ]  La entidad licitadora es una entidad sin ánimo de lucro o entidad de carácter social

[ ]  La entidad está exento de IVA, según la normativa vigente.

**firma**

## oferta lote 4 centro de dia

Don/ña…………………………………………………………………………. con D.N.I. número…………………….., en nombre propio/en representación de ………………………………… (según proceda), declaro:

* Que conozco y acepto los pliegos reguladores, con sus anexos, que ha de regir el/los contratos.
* Que me comprometo/Que la entidad por mi representada se compromete (según proceda) al cumplimiento del objeto del contrato del Lote 4: Plazas de Centro de día, en las siguientes condiciones:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OFERTA LOTE 4 CENTROS DE DIA** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **CENTRO** | **PLAZAS AUTORIZADAS** | **OFERTA L4 (JORNADA COMPLETA)** | **GRUPO PRECIO** | **IVA** | **MODULO CD** | **IVA INCLUIDO O EXENTO** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

* Informo que:

[ ]  La entidad licitadora es una entidad sin ánimo de lucro o entidad de carácter social

[ ]  La entidad está exento de IVA, según la normativa vigente.

**firma**

## : excel para centros de dia

Se adjunta Excel para acompañar a la oferta presentada en el anexo VII

## : CONSENTIMIENTO

Que:

[ ]  Que consiento expresamente para que la entidad concertante pueda consultar o recabar los documentos elaborados por otras Administraciones públicas que sean necesarios para la participación y ejecución del concierto.

[ ]  Que no presto el consentimiento por lo que me comprometo a aportar la documentación solicitada.

(Lugar, fecha y firma)

Fdo………………………………………………