**ANEXO 2 - CARTA DEL OFERENTE AL PNUD CONFIRMANDO INTERÉS Y DISPONIBILIDAD**

**PARA LA ASIGNACIÓN COMO CONTRATISTA INDIVIDUAL (CI)**

[Insertar fecha]

Señores

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

[Ciudad – País]

Estimados Señores,

Por la presente declaro que:

1. He leído, entendido y acepto los términos de referencia que describen las funciones y responsabilidades del proceso de referencia [indicar Ref Número y Nombre de la Consultoría]
2. También he leído, entendido y acepto las Condiciones Generales del PNUD para la contratación de servicios de Contratistas Individuales;
3. Por la presente propongo mis servicios y confirmo mi interés en realizar la asignación a través de la presentación de mi CV, que he firmado debidamente y adjunto.
4. En cumplimiento con los requerimientos de los Términos de Referencia, confirmo que estoy disponible por la duración total del contrato, y llevaré a cabo los servicios de acuerdo a los Términos de Referencia.
5. Propongo realizar los servicios basado en la siguiente tarifa:

[ ]  Una suma global fija de (indicar monto y moneda en palabras y en números) FAVOR NOTAR QUE EL MONTO GLOBAL DEBE COINCIDIR CON EL DESGLOSE DE COSTOS SOLICITADO MÁS ABAJO EN ESTE FORMULARIO], pagadera en la forma descrita en los Términos de Referencia.

1. Para efectos de la evaluación, se incluye en el Anexo 2 el desglose del monto de la suma global fija mencionada anteriormente;
2. Reconozco que el pago de las cantidades antes mencionadas se realizará con base a la entrega de mis productos dentro del plazo especificado en los Términos de Referencia, los cuales estarán sujetos a la revisión del PNUD, la aceptación de los mismos, así como de conformidad con los procedimientos para la certificación de los pagos;
3. Esta oferta será válida por un período total de \_\_\_\_ (mínimo 30 días) después de la fecha límite para la presentación de ofertas / propuestas;
4. Confirmo que no tengo parentesco en primer grado (madre, padre, hijo, hija, cónyuge/ pareja, hermano o hermana) actualmente contratado o empleado por alguna oficina o agencia de la ONU [revele el nombre del familiar, la Oficina de Naciones Unidas que contrata o emplea al pariente, así como el parentesco, si tal relación existiese];
5. Si fuese seleccionado para la asignación, procederé a (por favor marque la casilla apropiada):

[ ]  Firmar un Contrato Individual con PNUD;

[ ]  Solicitar a mi empleador [indicar aquí el nombre de la compañía/organización/institución] que firme con el PNUD, por mí y en nombre mío, un Acuerdo de Préstamo Reembolsable (RLA por sus siglas en inglés y cuyo formato es:

<https://popp.undp.org/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/UNDP_POPP_DOCUMENT_LIBRARY/Public/PSU_Individual%20Contract_Acuerdo%20De%20Pr%C3%A9stamo%20Reembolsabl(RLA)_SP.doc&action=default>). La persona de contacto y los detalles de mi empleador para este propósito son los siguientes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Confirmo que (marcar todas las que apliquen):

[ ]  Al momento de esta aplicación, no tengo ningún Contrato Individual vigente, o cualquier otra forma de compromiso con cualquier Unidad de Negocio del PNUD;

[ ]  Actualmente estoy comprometido con el PNUD y/u otras entidades por el siguiente trabajo:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Asignación** | **Tipo de Contrato** | **Oficina PNUD / Nombre de Institución / Compañía**  | **Duración del Contrato** | **Monto del Contrato** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

[ ]  De igual manera, estoy esperando resultado de la convocatoria del/los siguiente(s) trabajo(s) para PNUD y/u otras entidades para las cuales he presentado una propuesta:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Asignación** | **Tipo de Contrato** | **Oficina PNUD / Nombre de Institución / Compañía**  | **Duración del Contrato** | **Monto del Contrato** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Comprendo perfectamente y reconozco que el PNUD no está obligado a aceptar esta propuesta; también comprendo y acepto que deberé asumir todos los costos asociados con su preparación y presentación, y que el PNUD en ningún caso será responsable por dichos costos, independientemente del efecto del proceso de selección.
2. Si usted es un ex-funcionario de las Naciones Unidas que se ha separado recientemente de la Organización:

[ ]  Confirmo que he cumplido con la interrupción mínima de servicio requerida, antes que pueda ser elegible para un Contrato Individual.

1. Asimismo, comprendo perfectamente que, de ser incorporado como Contratista Individual, no tengo ninguna expectativa ni derechos en lo absoluto a ser reinstalado o recontratado como un funcionario de las Naciones Unidas.
2. ¿Alguno de sus familiares está empleado por el PNUD, cualquier otra organización de la ONU o cualquier otra organización internacional pública?

Si [ ]  No [ ]  Si la respuesta es Sí, brinde la siguiente información:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre | Parentesco | Nombre de la Organización Internacional |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. ¿Tiene alguna objeción, en que nos contactemos con su empleador actual?

Si [ ]  No [ ]

1. Es o ha sido, funcionario público de su gobierno?

 Si [ ]  No [ ]  Si la respuesta es Sí, brinde información al respecto[[1]](#footnote-1): : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Liste tres personas (con las que no tenga parentesco) quienes estén familiarizadas con su personalidad y calificaciones:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre completo | Correo electrónico/Teléfono | Empleo u Ocupación |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. ¿Ha sido arrestado, acusado o citado ante cualquier tribunal como acusado en un proceso penal, o condenado, multado o encarcelado por la violación de alguna ley (excluidas las infracciones menores de tránsito)?

Si [ ]  No [ ]  Si la respuesta es Sí, dar detalles completos de cada caso en una declaración adjunta.

1. Proporcionar la siguiente información, la cual será incluida en el contrato en caso fuera el consultor seleccionado:

Datos del beneficiario (NO es el Consultor Individual, ver cláusula 5. del contrato):

* Nombre Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* N° Documento de Identificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Dirección física: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* No. de Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: (Si difiere del beneficiario)

* Nombre Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Dirección física: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* No. de Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Certifico que las declaraciones hechas por mí en respuesta a las preguntas anteriores son verdaderas, completas y correctas a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier tergiversación u omisión material hecha en un formulario de Historial Personal u otro documento solicitado por la Organización puede resultar en la terminación del contrato de servicio o acuerdo de servicios especiales sin previo aviso.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Firma y aclaración de firma] Fecha

***NOTA: el PNUD podrá solicitar la presentación de los documentos que respalden las declaraciones que hizo anteriormente. No envíe ninguna prueba documental hasta que se le solicite y, en cualquier caso, no envíe los textos originales de referencias o testimonios a menos que se hayan obtenido para el uso exclusivo del PNUD.***

**Adjuntos a la Carta del Oferente:**

[ ]  CV (*debe incluir información de Educación/Calificaciones, Certificaciones Profesionales, Experiencia laboral* ***que permitan evaluar sus calificaciones según los criterios de evaluación establecidos***)

[ ]  Certificado de BPS/DGI ó Caja Profesional

[ ]  Documento de Identidad (CI)

[ ]  Formulario de Oferta y Desglose de Costos obligatorio, que respaldan el precio final por todo incluido

[ ]  Formulario de Propuesta técnica/metodológica (*mediante breve descripción del enfoque del trabajo a ser realizado, la propuesta será parte de la evaluación*)

[ ]  Carné de Salud ó Certificado Médico de aptitud laboral

[ ]  Declaración de Salud

**ANEXO 2 – CARTA DEL OFERENTE Y DESGLOSE DE GASTOS[[2]](#footnote-2)**

**QUE RESPALDAN LA PROPUESTA FINANCIERA TODO- INCLUIDO**

1. **DESGLOSE DE COSTOS (obligatorio, respalda el precio final por todo incluido)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rubro** | **Indicar unidad de medida****(Día/global/****unitario)** | **A****Cantidad** | **B****Costo de la unidad**  | **A\*B****Costo total por todo concepto** |
| 1. **Costos Personales**
 |  |  |  |  |
| Honorarios Profesionales | Día |  |  |  |
| Seguro de vida | Global |  |  |  |
| Seguro médico  | Global |  |  |  |
| Comunicaciones |  |  |  |  |
| Transporte local |  |  |  |  |
| Otros (favor especificar) |  |  |  |  |
|  … |  |  |  |  |

1. **DESGLOSE DE COSTOS, por entregable (base para los pagos):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Entregables / Productos** | **Porcentaje del Monto Total (Peso para el pago)** | **Monto** **(USD)** |
| Producto 1 – Estado de situación actualProducto 2 - Reglamentos en el área ambiental y de seguridad para categoría M y N | 20% |  |
| Producto 3 - Reglamentos relativos a vehículos categoría LProducto 4 - Estudio de impacto económico y empleo | 35% |  |
| Producto 5 - Capacidades y competencias de oficina técnicaProducto 6 - Hoja de ruta para la adhesión al Acuerdo de 1958 | 20% |  |
| Producto 7 – Interrogantes ante la adhesiónProducto 8 - Publicable que consolide el trabajo elaborado desde el Producto 1 al 7 más presentación de resultados a ser realizada en 1 taller en formato virtual. | 25% |  |
| **TOTAL de la oferta por todo concepto (USD)** | **100%** |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Firma y aclaración de firma] Fecha

Correo electrónico:

Teléfono:

**PROPUESTA TECNICA/METODOLOGICA**

[Insertar fecha]

Señores

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

[Ciudad – País]

[indicar Número y Nombre de la Consultoría]

1. **Capacidades para desarrollar la consultoría**
2. **Marco conceptual** (máximo una hoja)
3. **Matriz de trabajo para los productos/hitos a entregar**
4. **Descripción de la metodología**
5. **Cronograma de actividades**

|  |
| --- |
| **T FOSULTANINDIVIDUAL CONTRACTORS**bundp170mm**DECLARACION DE SALUD – CONSULTOR INDIVIDUAL**Nombre del Consultor/Contratista Individual:      **Declaración de buen estado de salud**De acuerdo con las disposiciones de la cláusula 5 de los Términos y Condiciones Generales para Contratistas Individuales, presento esta Declaración para certificar que me encuentro en buen estado de salud y asumo toda responsabilidad por la precisión de esta Declaración. Soy consciente de que la Información relativa a los requisitos de vacunación con respecto a los viajes a países se puede consultar en <http://www.who.int/ith>. Certifico que mi cobertura de Seguro Médico es válida durante el período comprendido entre el       y (si corresponde)      Certifico que mi Seguro médico cubre las evacuaciones médicas en el/los Lugares de Destino(s):       Lugar de Destino clasificado con “A” o “H” no requieren cobertura de evacuación médica (Uruguay no requiere, país clasificado “A”) El nombre de mi compañía de Seguro Médico es:      Número de Póliza:      Número de teléfono de la compañía de Seguro Médico:      **Copia de la póliza de Seguro de adjuntarse a este formulario.**  |
|   |       |       |  |
| Firma del Consultor/Contratista Individual Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Esta declaración solo es válida para el Contrato de Consultor/Contratista Individual N°       |
|  |       |       |  |
| Firma del Oficial/Supervisor del Contrato Nombre |
|  |       |  |
| Unidad de Negocio/Oficina de Campo |

1. Existen restricciones/condiciones para la contratación de Consultor Individual. [↑](#footnote-ref-1)
2. Los costos deben cubrir únicamente los requerimientos identificados en los Términos de Referencia (TdRs) [↑](#footnote-ref-2)