

**INVITACIÓN A PRESENTAR EXPRESIONES DE INTERÉS SERVICIOS DE CONSULTORÍA**

**CONSULTORÍA TÉCNICA ESPECIALIZADA PARA DISEÑAR Y VALIDAR EL MODELO DE GESTIÓN Y EL ESQUEMA DE INCENTIVOS DEL “MODELO REDES DE APOYO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD ATENDIDAS POR EL MIES, Y SUS FAMILIAS”; COMPONENTE 3 - CONTRATO DE PRÉSTAMO NO. 4634/OC-EC**

<b>Entidad Ejecutora</b>	Ministerio de Inclusión Económica y Social
<b>País</b>	Ecuador
<b>Proyecto</b>	Programa de Apoyo a la Inclusión Social de Personas con Discapacidad en Ecuador
<b>Préstamo No</b>	Contrato de Préstamo No 4634/OC-EC
<b>Nombre del Proceso de Selección</b>	CONSULTORÍA TÉCNICA ESPECIALIZADA PARA DISEÑAR Y VALIDAR EL MODELO DE GESTIÓN Y EL ESQUEMA DE INCENTIVOS DEL “MODELO REDES DE APOYO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD ATENDIDAS POR EL MIES, Y SUS FAMILIAS”; COMPONENTE 3 - CONTRATO DE PRÉSTAMO NO. 4634/OC-EC
<b>Referencia No.</b>	PADE (MIES)-11-SCC-CF-FC-4634-001-2021
<b>Método de Adquisición</b>	Selección Basada en las Calificaciones de los Consultores (SCC)
<b>Fecha límite para Presentar Interés</b>	11 de noviembre de 2021

La República del Ecuador ha recibido financiamiento del Baco Interamericano de Desarrollo, para el Programa “Apoyo a la Inclusión Social de Personas con Discapacidad en Ecuador”; Contrato de Préstamo No. 4634/OC-EC suscrito el 09 de septiembre de 2019, y se propone utilizar una parte de los fondos para ejecutar el Componente No. 3. denominado “Gestión e innovación en el cuidado de personas con discapacidad severa”, que tiene por objeto el de contribuir a la inclusión social de personas con discapacidad a través del ciclo de vida, mediante mejoras en la atención oportuna en salud, educación de calidad, el cuidado diario y la recreación.

Los servicios de consultoría comprenden los siguientes objetivos:

**OBJETIVO GENERAL**

Diseñar y validar el Modelo de Gestión para la atención a personas con discapacidad y sus familias en Ecuador y diseñar un esquema de incentivos, para su aplicación en el marco del Modelo de Redes de Apoyo a las Personas con Discapacidad, enfocado en el desarrollo de sus potencialidades, la consecución de su autonomía, la corresponsabilidad familiar y en el fortalecimiento de una red de apoyo diversificada, a lo largo del ciclo de vida.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analizar la situación actual del marco histórico, normativo y conceptual vigente para el acceso a una red de apoyos de servicios existentes y por implementar, en un marco de corresponsabilidad entre el Estado, las familias y la sociedad civil, de acuerdo con el contexto cultural, socioeconómico e institucional ecuatoriano.

- Promover espacios de participación para las personas con discapacidad en los cuales se incorpore de manera protagónica a las personas con discapacidad, familias y comunidad, en la construcción y contextualización del modelo de redes de apoyo, tomando como punto de partida el sistema de servicios vigentes y proponiendo las mejoras para la transversalización del Modelo de Redes en los servicios MIES.
- Diseñar y validar el modelo de gestión para personas con discapacidad y sus familias, enmarcado en el Modelo de Redes de Apoyo y en la filosofía de vida independiente, que potencie la autonomía y su participación como miembro activo de su entorno familiar y comunitario.
- Diseñar y validar un esquema de incentivos viable y sostenible, basado en los principios de la economía del comportamiento, para la gestión de asistentes de cuidado orientado a fortalecer y diversificar las redes de apoyo, incluyendo incentivos para la participación de hombres en el cuidado.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social, invita a las firmas consultoras elegibles nacionales, a expresar su interés en prestar los servicios solicitados. Las firmas consultoras interesadas deberán proporcionar información que indique que están calificadas para suministrar los servicios, tales como:

- Carta en la que exprese su interés de participar en los servicios de consultoría solicitados.
- Documentación legal de la firma consultora que permita determinar el país de origen de la firma.
- Fecha de inicio de sus operaciones y representación legal; dirección, ciudad; datos de contacto (teléfono, correo electrónico de la firma o de la persona de contacto).
- Documentación financiera de la firma consultora (RUC y Certificación de no mantener obligaciones con el SRI).
- Experiencia de la firma consultora (utilizando los formularios A-4 y A-5), donde se demuestre la **experiencia general mínima** (formulario A-4) **en los últimos 10 años en la prestación de servicios profesionales, asesoría técnica y/o acompañamiento orientado al sector social, de preferencia con personas con discapacidad o grupos de atención prioritaria; y, experiencia específica mínima** (formulario A-5) **en los últimos 5 años en la prestación de servicios profesionales en trabajos realizados con personas con discapacidad, organizaciones de la sociedad civil y otros actores, diseño de modelo de redes de apoyo, fortalecimiento de capacidades de personas responsables del cuidado, modelos de gestión y seguimiento de política pública.**

Las firmas consultoras serán seleccionadas conforme a los procedimientos indicados en la Políticas para la selección y Contratación de Consultores Financiadas por el BID GN-2350-15 (<https://www.iadb.org/es/projects/adquisiciones-de-proyectos>) y podrán participar en ella todos los licitantes de países de origen que sean elegibles, según se especifican en dichas políticas. El presupuesto referencial de la consultoría alcanza el valor de **US\$ 60,785.00 más IVA.**

El plazo de ejecución es de 150 días calendario, contados a partir de la suscripción del contrato.

Las firmas consultoras se podrán asociar con otras firmas como Consorcio, para lo cual deberán presentar el Compromiso de Asociación, considerando que en el caso de ser adjudicadas, deberán legalizar su Compromiso de Asociación.

Las firmas consultoras serán seleccionadas en base al método de Selección Basada en las Calificaciones de los Consultores (SCC,) descrito en las Políticas del BID vigentes.

Las firmas consultoras interesadas pueden solicitar más información a la dirección de correo electrónico: [undb-miesbid@inclusion.gob.ec](mailto:undb-miesbid@inclusion.gob.ec).

Las expresiones de interés deberán ser entregadas mediante correo electrónico al correo [undb-miesbid@inclusion.gob.ec](mailto:undb-miesbid@inclusion.gob.ec), y de manera física en la Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social en la Dirección de Gestión Documental y Atención Ciudadana del MIES, ubicado en la Planta Baja, hasta el 11 de noviembre de 2021 a las 15:00.

Mercedes Liliana Lascano Gómez  
**Gerente de Fortalecimiento, Ampliación e Innovación de los Servicios de Desarrollo Infantil,  
Estrategias Nacionales Misión Ternura  
Ministerio de Inclusión Económica y Social**

**FORMULARIO A-1**  
**DATOS DE LA FIRMA CONSULTORA**

1. Nombre o razón social:  
\_\_\_\_\_
2. Domicilio Legal:  
\_\_\_\_\_.
3. Ciudad:  
\_\_\_\_\_.
4. Nacionalidad de la firma: \_\_\_\_\_ Sucursal (si corresponde)  
\_\_\_\_\_.
5. Casilla: \_\_\_\_\_ Dirección electrónica:  
\_\_\_\_\_
- Teléfonos: \_\_\_\_\_
6. Fax: \_\_\_\_\_
7. Página web: \_\_\_\_\_
8. Fecha de constitución de la Firma: \_\_\_\_\_.
9. Nombre del representante legal en Ecuador: \_\_\_\_\_.
10. Dirección del representante legal en Ecuador: \_\_\_\_\_.
11. Tipo de Organización marque el que corresponda.  
Sociedad Comercial ( )  
Organización no Gubernamental ( )  
  
Otros Especificar: \_\_\_\_\_
12. RUC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma y Nombre del Representante Legal de la firma)  
(Documento de identidad n. )

(En caso de Consorcio cada firma deberá de presentar este formulario)

**FORMULARIO A-2.  
DECLARACION JURADA**

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_.

Señores:

.....

Presente.-

Ref: Expresiones de Interés, para los servicios de  
[Poner objeto de la consultoría]

Mediante la presente y con carácter de declaración jurada, expresamos que nuestra firma \_\_\_\_\_(indicar el nombre de la firma a la que representan), es responsable de la veracidad de los documentos e información que presenta para efectos de la Elaboración de la Lista Corta.

Igualmente, aseveramos que nuestra firma no tiene en trámite ni se ha declarado su disolución o quiebra.

De ser contratado y de verificarse que la información sea falsa acepto expresamente que la entidad proceda a mi retiro automático, sin perjuicio de aplicarse las sanciones legales que me correspondan.

\_\_\_\_\_  
(Firma y Nombre del Representante Legal de la Firma)  
(CI n. ...)

(En caso de Consorcio cada firma deberá de presentar este formulario)

**FORMULARIO A-3.**  
**CARTA DE COMPROMISO DE CONSORCIO O ASOCIACIÓN TEMPORAL**

Señores:

.....

Presente.-

Ref: Compromiso de suscribir un Contrato de Consorcio.

Señores:

Por la presente, los abajo suscritos representantes legales de \_\_\_\_\_ (firma "A"),  
\_\_\_\_\_ (firma "B") y \_\_\_\_\_ (firma "C")  
(según corresponda) expresamente manifestamos de nuestra libre voluntad que, de ser  
adjudicados suscribiremos el contrato de consorcio protocolizado ante Notario Público, que  
tendrá las siguientes características:

1. Será conformada por las siguientes firmas consultoras, con el porcentaje de participación  
señalado:

- A) \_\_\_\_\_ (nombre de la firma)
- B) \_\_\_\_\_ (nombre de la firma)
- C) \_\_\_\_\_ (nombre de la firma)

2. La carta de compromiso tendrá vigencia desde la fecha de su presentación, hasta la  
conformidad del servicio de la consultoría que expedirá para ese fin el proyecto.

3. La designación oficial como firma líder es: \_\_\_\_\_ (señalar la firma),  
constituida en (señalar país)

La responsabilidad y obligaciones que asumimos al presentar la propuesta y la que asumiremos  
al concluir el servicio, es ilimitada y solidaria frente al proyecto.

1) \_\_\_\_\_  
(Firma y Nombre del Representante Legal de la firma o Consorcio)  
(CI n. ....) (Firma A).

2) \_\_\_\_\_  
(Firma y Nombre del Representante Legal de la firma o Consorcio)  
(CI n. ....) (Firma B).

3) \_\_\_\_\_  
(Firma y Nombre del Representante Legal de la firma o Consorcio)  
(CI n. ....) (Firma C).

**EXPERIENCIA GENERAL DE LA FIRMA**

Relación de servicios prestados en los últimos 10 años

NOMBRE DE LA FIRMA : \_\_\_\_\_

Fecha de Constitución de la Firma: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CONTRATANTE	OBJETO DEL SERVICIO DE LA CONSULTORIA	PERIODO DE EJECUCION DE... A..... (MES-AÑO)	MONTO DEL CONTRATO (US\$)
Nombre de la entidad contratante Contacto Cargo : e-mail: Telf.: País :		Desde:  Hasta	
Nombre de la entidad contratante Contacto Cargo : e-mail: Telf.: País :		Desde:  Hasta	
TOTAL FACTURADO			

Notas:

Podrá incluir los campos que sean necesarios

Podrá indicar también los contratos que se encuentran actualmente en ejecución

Deberá indicar solo aquellos servicios de consultoría que pueda acreditar con los respectivos contratos.

Declaro bajo juramento que toda información aquí consignada es veraz.

\_\_\_\_\_  
(Firma y Nombre del Representante Legal de la Firma)

**EXPERIENCIA ESPECIFICA EN SERVICIOS SIMILARES DE LA FIRMA**

Relación de servicios prestados en los últimos 5 años.

NOMBRE DE LA FIRMA: \_\_\_\_\_

Se calificará la experiencia de trabajos en [Indicar la experiencia relacionada con el objetivo específico de la consultoría solicitada].			
NOMBRE DEL CLIENTE	OBJETO DEL SERVICIO DE LA CONSULTORIA	PERIODO DE EJECUCION DE... A..... (MES-AÑO)	MONTO DEL CONTRATO USD
Nombre de la entidad contratante Contacto Cargo: Página web: e-mail: Telf.: País:	Indicar experiencia específica	Desde:  Hasta	
Nombre de la entidad contratante Contacto Cargo: Página Web: e-mail: Telf.: País:		Desde:  Hasta	

**Notas:**

Podrá incluir los campos que sean necesarios //

Podrá indicar también los contratos que se encuentran actualmente en ejecución

Deberá indicar solo aquellos servicios de consultoría que pueda acreditar con los respectivos contratos.

Declaro bajo juramento que toda información aquí consignada es veraz.

\_\_\_\_\_  
(Firma y Nombre del Representante Legal de la Firma)