

Siendo necesario la contratación del servicio "RESPIRO FAMILIAR Y APOYOS PERSONALES PSICOEDUCATIVOS PARA FAMILIAS CON MIEMBROS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL", se hace público un resumen del mismo a los efectos del artículo 142.4 del Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, para que todas aquellas personas o entidades interesadas puedan presentar sus ofertas.

**1. Entidad adjudicadora**

- a. Organismo: Mancomunidad de Servicios Sociales Mejorada-Velilla.
- b. Dependencia que tramita el expediente: Negociado de Contratación.

**2. Objeto del contrato.**

- a. Tipo del contrato: Servicios.
- b. Descripción del objeto: La prestación del servicio denominado "RESPIRO FAMILIAR Y APOYOS PERSONALES PSICOEDUCATIVOS PARA FAMILIAS CON MIEMBROS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL", conforme al Anexo que se acompaña al presente anuncio.
- c. Duración del contrato: desde el 8 de febrero de 2016 hasta la finalización de la bolsa de horas que se oferten por el adjudicatario.

**3. Procedimiento y forma de adjudicación.**

- a. Procedimiento: Contrato menor.
- b. Forma: Pluralidad de criterios.

**4. Presupuesto base o tipo de licitación.**

Importe: ONCE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO EUROS (11.544.-€), I.V.A excluido.

**5. Criterios de valoración de las ofertas.**

El precio/hora más bajo.

**6. Presentación de ofertas**

- a. Fecha límite de presentación: Hasta las catorce horas del día 2 de febrero de 2016.
- b. Lugar de presentación:
  - i. Entidad: Mancomunidad de Servicios Sociales Mejorada-Velilla. Registro General.
  - ii. Domicilio: Plaza de España 1.
  - iii. Localidad y código postal: 28840 Mejorada del Campo.

Mejorada del Campo, 22 de enero de 2016

LA PRESIDENTA

Sonia Redondo González







## ANEXO I

### Criterios técnicos

CRITERIOS TÉCNICOS QUE REGIRÁN EL PROCEDIMIENTO DE CONTRATO MENOR PARA ADJUDICAR EL SERVICIO DENOMINADO RESPIRO FAMILIAR Y APOYO PERSONALES PSICOEDUCATIVOS PARA FAMILIAS CON MIEMBROS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL

## CLÁUSULA PRIMERA. OBJETO DEL CONTRATO

Es objeto del presente documento regular los criterios técnicos que ha de cumplir el adjudicatario para la prestación del servicio denominado SERVICIO DENOMINADO RESPIRO FAMILIAR Y APOYO PERSONALES PSICOEDUCATIVOS PARA FAMILIAS CON MIEMBROS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL de la Mancomunidad de Servicios Sociales Mejorada - Velilla.

## CLÁUSULA SEGUNDA. PRESTACIÓN DEL SERVICIO

### Objeto del Servicio

El servicio, de ámbito municipal, está dirigido a familias en que alguno de sus miembros tenga una discapacidad o diversidad funcional o sean dependientes, con el fin de que se les pueda proporcionar tiempo para que puedan realizar actividades relacionadas con el autocuidado, evitando el desgaste que provoca llevar a cabo la atención a personas con dificultades de autonomía.

A la par, el proyecto pretende que las personas con diversidad funcional puedan aprovechar ese tiempo de forma terapéutica y no sólo atendiendo a su guarda.

## CLÁUSULA TERCERA. DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

Desarrollará el servicio de:

- **Estancias programadas:** Disposición de un tiempo planificado durante la semana para el respiro de los familiares y donde la persona dependiente va estar realizando actividades con profesionales especializados o realizando su cotidianidad pero con un personal que se va encargar de su cuidado. En el presente contrato sólo se podrá realizar servicios de respiro y apoyo personal de un máximo de dos horas semanales.
  - Tipología de Servicios que se prestan desde este contrato:
    - Logopedia.
    - Psicología.

Los servicios se deben de realizar en los propios domicilios; solo se harán excepciones en aquellos casos que la atención en el domicilio particular esté contraindicado. En estos casos la Mancomunidad de Servicios Sociales gestionará un espacio municipal que reúna las condiciones para tal fin.

## PROCEDIMIENTO CON LOS SERVICIOS SOCIALES

- El servicio debe ser solicitado en los Centros de Servicios Sociales de la Mancomunidad “Mejorada – Velilla”.
- El profesional de referencia (Trabajadora Social de Zona) debe valorar que el





recurso es idóneo a la demanda que se está realizando.

- Los requisitos que se deben cumplir:
  - La familia solicitante debe contar entre sus miembros con una persona en situación de discapacidad y/o dependencia (con certificado oficial del organismo que para tal fin este habilitado)
  - La familia o cuidador/a principal debe demandar la necesidad de respiro familiar.
  - La profesional debe valorar este programa como idóneo para cubrir la necesidad de la familia.
  - Informe médico (expedido por médico de familia o especialista) de la persona con discapacidad, diversidad funcional o dependientes que avale la necesidad de recurso personal psicología o/y logopedia).
- Una vez cumplidos los requisitos y la idoneidad del recurso la Trabajador/a Social determinará con la familia o con el cuidador/a principal las horas del servicio. Las beneficiarias del servicio contarán con una bolsa de 24 horas o sesiones para distribuir durante el año 2016. Todas las horas o sesiones que no se consuman durante el año en curso no se podrán transferir a periodos posteriores.
- Derivación a través de los Servicios Sociales según modelo normalizado (Anexo I).
  - La UTS se pondrá en contacto con la profesional de referencia de la entidad para que tenga conocimiento de la derivación y para concertar reunión con ella.
  - A partir de la derivación, puesta en marcha del servicio en 7 días.
- Seguimiento periódico del caso derivado entre la persona de coordinación de la entidad y la Trabajadora Social de referencia (1 vez al trimestre)
- La Entidad adjudicataria tendrá que realizar un registro (anexo II) de los casos que se están atendiendo:
  - Registro 1. Nombre y apellidos de todos los beneficiarios y beneficiarias del servicio. Servicios desarrollados y horas consumidas.
  - Registro 2. Es un registro individualizado por beneficiario/a en donde se cumplimentarán los datos personales, el tipo de servicio, la fecha de alta y donde se establecerá la firma de éstos en cada sesión que ha sido cumplimentada.

#### **CLÁUSULA CUARTA. OBLIGACIONES DEL ADJUDICATARIO**

La entidad adjudicataria presentará cada mes un registro de horas, usuarios y servicios que se han prestado para realizar un seguimiento de la intervención y del presupuesto. Igualmente realizará una memoria anual donde haga una exposición cuantitativa y cualitativa del servicio y hará entrega a la Mancomunidad para la prestación de Servicios

51

Sociales Generales "Mejorada-Velilla" de cualquier documento que genere dicho contrato. En dicho informe realizará una propuesta donde describa el funcionamiento del servicio y la cobertura que éste ha realizado.

La entidad adjudicataria debe presentar a la firma del contrato las titulaciones de los profesionales que desarrollan el servicio de apoyos personales y de acompañamiento y cuidado.

La entidad adjudicataria, en caso de incidencia (enfermedad, vacaciones, etc.) del personal, deberá de sustituirlo sin que haya demora en los servicios establecidos. Si no se realizan servicios por falta de personal estos se deben comunicar a la Mancomunidad y al beneficiario/a del servicio para su posterior recuperación.

La entidad adjudicataria deberá disponer del material especializado que los profesionales necesiten para llevar a cabo los servicios.

#### **CLAÚSULA QUINTA. FACULTADES DE LA DIRECCIÓN**

La dirección, inspección y vigilancia de los trabajos corresponderá a la Dirección técnica de la Mancomunidad y a las Concejalías de Servicios Sociales de ambos Municipios.

#### **CLÁUSULA SEXTA. DURACIÓN DEL CONTRATO.**

El servicio objeto de este Pliego tendrá una duración desde el 8 de febrero hasta la finalización de la bolsa de horas que se oferten por el adjudicatario. Este contrato no podrá ser objeto de prórroga y en ningún caso se entenderá prorrogada tácitamente la prestación del contrato.

#### **CLÁUSULA SEPTIMA. PRECIO**

El presupuesto del contrato que servirá de base de licitación asciende a la cantidad de ONCE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO EUROS (11.544 €). Para calcular la oferta más ventajosa se tendrá que presentar el precio hora del servicio y el IVA que se imputa; siendo el precio unitario máximo de 33 euros sin IVA.

Los licitadores podrán cubrir el tipo de licitación o bien podrán mejorarlo a la baja, consignando en letra y número el importe a percibir por la adjudicación.

#### **CLÁUSULA OCTAVA. SEGUROS**

Los seguros de accidentes y responsabilidad civil que sean precisos, correrán a cargo de la empresa adjudicataria.



**CLÁUSULA NOVENA. TITULARIDAD, SUMINISTRO, CUSTODIA Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.**

El adjudicatario del contrato adoptará las medidas necesarias para que, durante la ejecución de los trabajos encomendados, quede asegurada la protección a terceros, siendo de su total responsabilidad los daños y perjuicios que a éstos puedan ocasionarse como consecuencia de aquéllos, si a tenor de las disposiciones vigentes se demuestra su culpabilidad.

Asimismo, la Mancomunidad será titular de pleno derecho de toda la información contenida en los ficheros, archivos, fiscales, patrimoniales y personales anteriormente obtenidos de aquélla, necesarios para el desarrollo de la realización de los servicios convenidos objeto de este contrato.

Las anteriores obligaciones de confidencialidad se establecen sin perjuicio de todas aquellas en garantía del deber de secreto que al efecto establece la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, sobre tratamiento automatizado y protección de datos de carácter personal

Mejorada del Campo a 18 de enero de 2016

La Directora de la Mancomunidad

  
Mar Cercadillo Isla

## Anexo I. documentos de gestión del programa



SERVICIO DE RESPIRO FAMILIARES Y APOYOS PERSONALES DE  
PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL





## ORDEN DE ALTA

FECHA DE COMUNICACIÓN:

EXP. SS.SS. N°:

UTS N°:

### DATOS DEL BENEFICIARIO

D/Dña. \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_ TELF: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

### DATOS FAMILIARES

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

FECHA DE COMIENZO DEL SERVICIO:

N° HORAS SEMANALES: \_\_\_\_\_

DIAS DE ATENCIÓN (Tachar el día correspondiente). Debajo de cada día se indicará el tiempo.

| LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
|       |        |           |        |         |        |         |



**OBSERVACIONES:**

Autorizo a la Mancomunidad a transferir los datos a la entidad que va a realizar el servicio.

Firmado (Nombre, apellido y Documento Identificativo).

En Mejorada del Campo a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informa que sus datos personales (identidad y medios para localización) han sido incluidos en los ficheros automatizados de datos de carácter personal titularidad de esta institución.

La información citada que nos ha sido facilitada por la persona que le hace entrega de este documento, tiene como único fin poder prestar un mejor servicio y adaptar los recursos a las necesidades de la población.

## Anexo II. Registros





## Logotipo de la entidad

### Apoyo personales de programa de Respiro Familiar

Mes:

Año:

| Nombre y apellido | Servicio | Horas /mes |
|-------------------|----------|------------|
|                   |          |            |
|                   |          |            |
|                   |          |            |
|                   |          |            |
|                   |          |            |
|                   |          |            |
|                   |          |            |
|                   |          |            |
|                   |          |            |





Registro individualizado del servicio prestado

| Nombre y apellidos | Fecha de alta servicio | Distribución horaria | Mes |
|--------------------|------------------------|----------------------|-----|
|                    |                        |                      |     |

| Servicio | Fecha realización servicio | Firma del beneficiario/a |
|----------|----------------------------|--------------------------|
|          |                            |                          |
|          |                            |                          |
|          |                            |                          |
|          |                            |                          |
|          |                            |                          |
|          |                            |                          |
|          |                            |                          |
|          |                            |                          |
|          |                            |                          |
|          |                            |                          |

| Fecha de baja* |  |
|----------------|--|
|----------------|--|

\* Se cumplimentará solo en caso de que ese mes se produjera la baja.

