

Consórcio Público Interfederativo de Saúde da

Outros

PRAZO PARA SOLICITAÇÃO DA PLANILHA DE COTAÇÃO E ENVIO DAS PROPOSTAS POR E-MAIL: 08/10/2021

E-MAIL: comprasconsorciodesaudefsa@hotmail.com



Consórcio Interfederativo de Saúde - Portal do Sertão
CNPJ: 29.664.289/0001-25

FORMULÁRIO DE COTAÇÃO DE PREÇOS

EMPRESA:			
CNPJ:		CEP:	
ENDEREÇO:			UF:
INSC. MUNICIPAL/ESTADUAL:		CONTATO:	
EMAIL:			

OBJETO: Constitui objeto a Contratação de empresa especializada para prestar serviços de implantação, locação, suporte, manutenção corretiva e eventuais customizações (manutenção evolutiva) dos seguintes softwares: Sistema Integrado de Contabilidade Pública, Contratos, Transparência Pública, Gestão Orçamentária e Tesouraria, Sistema Integrado de Recursos Humanos, Folha de Pagamento e Contracheque Online, Sistema Integrado de Patrimônio, Infraestrutura para Hospedagem de Serviços na Web, para atender as necessidades do Consórcio Público Interfederativo de Saúde da Região de Feira de Santana.

LOTE ÚNICO

ITEM	DESCRIÇÃO	UND	QUANT.	VALOR MENSAL	VALOR TOTAL 12 MESES
1	Sistema Integrado de Contabilidade Pública, Contratos, Transparência Pública, Gestão Orçamentária e Tesouraria.	Mês	12		
2	Sistema Integrado de Recursos Humanos, Folha de Pagamento e Contracheque Online.	Mês	12		
3	Sistema Integrado de Patrimônio.	Mês	12		
4	Infraestrutura como serviço em ambiente de computação em nuvem compreendendo: a hospedagem de serviços na web, em ambiente dedicado e/ou compartilhado, em datacenter seguro. Para Hospedagem de Sistema Integrado de Contabilidade Pública, Contratos, Transparência Pública, Gestão Orçamentária e Tesouraria, Sistema Integrado de Recursos Humanos, Folha de Pagamento e Contracheque Online, Sistema Integrado de Patrimônio.	Mês	12		
5	Implantação dos sistemas	UND	1		
VALOR TOTAL					

VALOR GLOBAL POR EXTENSO LOTE ÚNICO

Nos Preços apresentados deverão constar todos os custos diretos e indiretos, tais como impostos, taxas e quaisquer outras despesas inerentes.

_____, ____ de _____ de 2021.
Validade da Proposta: 90 (noventa) dias.

ASSINATURA DO REPRESENTANTE DA EMPRESA

NOME: _____
CPF: _____
RG: _____

CARIMBO DA EMPRESA