江津区第二人民医院

采购公告——小额零星项目的预算编制、结算审核服务

一、项目名称

项目名称：小额零星项目的预算编制、结算审核服务

1. 项目概况

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **类 别** | **服务内容及要求** | **最高限价** |
| 1 | 预算编制服务 | 1. 编制依据合规性：预算编制是否严格遵循国家及地方现行的计价规范、行业标准以及项目相关的文件、合同约定，确保无依据冲突或违规引用情况。2. 工程量准确性：针对项目工程量与预算清单工程量的匹配度进行核验，重点排查是否存在多算、少算、重复计算或漏项问题，尤其关注隐蔽工程、复杂构件的工程量计算。3. 计价标准适用性：审核人工、材料、机械等价格是否采用当期市场公允价或规定的定额价，价差调整是否合理，避免因计价标准选错导致预算偏差。 | 包干价：2000元/项 |
| 2 | 结算审核服务 | 1. 资料完整性：确认结算提交资料是否齐全，包括竣工图纸、验收报告、变更签证、现场签证、材料认价单等，杜绝因资料缺失影响结算审核进度。2. 变更签证真实性：核查所有变更、签证事项是否真实发生，手续是否完整（如签字、盖章齐全），内容是否与实际施工情况一致，防止虚假变更套取资金。3. 工程量准确性：针对项目工程量与实际结算清单工程量的一致性，重点排查是否存在多算、少算、重复计算或漏项问题，尤其关注隐蔽工程、复杂构件的工程量计算。4.费用计算合理性：审核结算费用是否严格按照市场公允价或规定的定额价及结算规则计算，各项费用计算基数是否合规、合法，有无超标准取费或违规计取费用。 |

备注：小额零星项目（单个项目小于50万）包含不限于工程维修项目、基建维修项目等，根据医院实际需求开展。

三、采购方式：院内阳光推介议价采购

四、服务期限：三年。

五、参与人资格要求：

（1）具有独立承担民事责任的能力；

（2）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

（3）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

（4）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

（5）参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

（6）法律、行政法规规定的其他条件。

六、相关要求

（一）资料递交：2025年9月17日-2025年9月23日17:00（非工作时间不接受资料提交）

1.《供应商代表阳光推介预约登记表》（附件1）；

2.资质材料：包含不限于营业执照、需要具备政府主管部门核发的工程造价咨询资质等。

3.授权资料：法定代表人及递交人的身份证复印件、法定代表人对资料递交人的授权委托书；

4.服务方案：包含项目人员配置、项目计划、报价等；

5.遵守国家及地方关于预结算审核服务的相关法律法规，对相关项目进行审核并出具报告，无不良经营记录。

（二）所有资料按顺序制成PDF电子版（需加盖公章）发QQ邮箱：1252639389@qq.com，邮件命名要求：参与项目名称+公司名称，纸质版（接通知后现场交），需加盖公章。

（三）现场报名地点：重庆市江津区第二人民医院采购办（江津区白沙镇增光大道333号）

（四）需要勘查现场的，自行前往，联系部门：后勤科。

（五）监督电话：023-47340086（纪委办公室）

（六）报名咨询联系方式

联系人：杨老师      联系电话：023-47330200

七、纪律要求

各供应商应严格遵守诚信、廉洁纪律，否则按照医院《供应商不良信用“黑名单”管理制度(试行)》列入我院供应商黑名单，有违法行为的将移交司法机关处理。

附件：《供应商代表阳光推介预约登记表》

                                       重庆市江津区第二人民医院

 2025年9月17日

附件1

供应商代表阳光推介预约登记表

|  |  |
| --- | --- |
| **单位名称** |  |
| **代表姓名** |  | **性别** |  |
| **身份证号** |  | **手机号** |  |
| **是否与医院****有往来合作** | **是** | **合作项目** |  |
| **合作时间** |  |
| **否** |  |  |
| **推荐类别** | 耗材 试剂 药品 设备 服务 其他  |
| **产品或项目名称** |  |
| **产品介绍** | **注册名称** |  |
| **注册证号（备案号）** |  |
| **生产厂家（品牌）** |  |
| **规格型号** |  |
| **数量（台/套）** |  |
| **综合单价（万元）** |  |
| **总价（万元）** |  |
| **主要性能** |  |
| **质保年限** |  | **使用年限** |  |
| **备用机** | 有  无  | **后期维保及费用** |  |