

La ATT hace pública la invitación a personas naturales con capacidad de contratar a presentar antecedentes para la consultoría individual de línea ATT/CM/2025/058:

 **CONSULTORIA DE LÍNEA: ANALISTA EN**

**INGENIERIA ELÉCTRICA**

Los Términos de Referencia podrán ser solicitados al correo electrónico institucional: scornejo@att.gob.bo o contrataciones@att.gob.bo

Los interesados deberán entregar el formulario adjunto, en un sobre cerrado detallando el objeto de la consultoría, en las oficinas de la ATT ubicadas en la Calle 13 de Calacoto, N°8260 entre Sauces y Costanera, zona Calacoto, hasta horas 15:30 del día 10 de julio de 2025.

La Paz, martes 08 de julio de 2025

**FORMULARIO CONDICIONES MÍNIMAS SOLICITADAS**

**Y CONDICIONES**

**Nombre/Razón Social del Proponente:**……………………………………………………………..……………………………………….

|  |
| --- |
| **CONDICIONES MÍNIMAS SOLICITADAS POR LA ENTIDAD. (\*)** |
|  |
| * + 1. **Formación**
 | ***grado de formación***  |  |
|  |
| * + 1. **Cursos**
 | ***Detallar cursos requeridos***  |  |
|  |
| * + 1. **Experiencia General**
 | ***En años*** |  |
|  |
| * + 1. **Experiencia Específica**
 | ***En años***  |  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **CONDICIONES MÍNIMAS PRESENTADAS POR EL PROPONENTE. (\*\*)** |
| **A. FORMACIÓN** |
| **Nº** | **Institución**  | **Fecha del documento que avala la formación** | **Grado de instrucción**  | **Documento, certificado u otros**  |
|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **B. CURSOS (ESPECIALIZACIÓN, SEMINARIOS, CAPACITACIONES, ENTRE OTROS)** |
| Nº | **Institución** | **Fecha del documento que avala el curso** | **Nombre del Curso** | **Duración en Horas Académicas** |
|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **C. EXPERIENCIA GENERAL** |
| **N°** | **Institución, Empresa o Lugar de Trabajo** | **Objeto del Trabajo** | **Cargo Ocupado** | **Tiempo Trabajado)****(tiempo en años o número de consultorías)** |
|  |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |
| **D. EXPERIENCIA ESPECÍFICAS** |
| **N°** | **Institución, Empresa o Lugar de Trabajo** | **Objeto del trabajo** | **Cargo Ocupado** | **Tiempo Trabajado****(tiempo en años o número de consultorías)** |
|  |   |   |   |    |
|  |   |   |   |    |
|  (\*\*)El Proponente debe presentar su propuesta de acuerdo con las condiciones mínimas solicitadas por la entidad. |