

 GOBIERNO DE BOGOTÁ SECRETARÍA DE SALUD Norte E.S.E.	INVITACIÓN A COTIZAR	CÓDIGO : AP-CT-F-04-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	VERSIÓN : 3
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA : 11/10/2017

INVITACIÓN A COTIZAR No. 030-2018

OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR EL SERVICIO DE AMBULANCIA LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA LAS 24 HORAS PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
--------------------	--

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO				
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Especificación Técnica
1	SERVICIO DE AMBULANCIA DE TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO LOS 7 DÍAS A LA SEMANA LAS 24 HORAS DEL DÍA; CON TRIPULACIÓN INSUMOS Y EQUIPOS, ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 - MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DE TRASLADO DE PACIENTES DE LA SUBRED NORTE ESE	24 HORAS / 7 DÍAS A LA SEMANA	A DEMANDA	1) LAS ESTABLECIDAS EN LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 2) MÍNIMO DE AMBULANCIAS REQUERIDAS (10)
2	SERVICIO DE AMBULANCIA DE TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO, LOS 7 DÍAS A LA SEMANA LAS 24 HORAS DEL DÍA; CON TRIPULACIÓN INSUMOS Y EQUIPOS, ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 - MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DE TRASLADO DE PACIENTES DE LA SUBRED NORTE ESE	24 HORAS / 7 DÍAS A LA SEMANA	A DEMANDA	1) LAS ESTABLECIDAS EN LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 2) MÍNIMO DE AMBULANCIAS REQUERIDAS (2)

CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN	
PUBLICACIÓN Y APERTURA EL PROCESO DE SELECCIÓN	22/02/2018
CIERRE PRESENTACIÓN Y RECEPCIÓN DE PROPUESTAS	26-02-18 HORA DE CIERRE: 3:00 P.M. LAS PROPUESTAS DEBERÁN PRESENTARSE EN LA CALLE 66 NO. 15 - 41 PISO 1 OFICINA DE CORRESPONDENCIA, EN UNA (1) ORIGINA Y UNA (1) COPIA FÍSICA Y UNA (1) EN MEDIO MAGNÉTICO.
EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, FINANCIEROS, TÉCNICO Y ECONOMICO DE LAS PROPUESTAS	27/02/2018
PUBLICACIÓN RESULTADOS EVALUACIONES	28/02/2018
FECHA REMISIÓN COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTAS	01/03/2018

NOTA: LA COTIZACIÓN DEBE INCLUIR EL VALOR UNITARIO DE AMBULANCIA MEDICALIZADA Y BÁSICA PARA UN SERVICIO LAS 24 HORAS AL DÍA X 30 DÍAS AL MES.
EL OFERENTE DEBERÁ TENER UNA DISPONIBILIDAD DE FLOTA INMEDIATA PARA LA SUBRED NORTE ESE DE MÍNIMO 10 MÓVILES BÁSICAS Y 2 MEDICALIZADAS, PARA UN TOTAL DE 12 AMBULANCIAS.
DE ACUERDO A LA DEMANDA Y NECESIDADES EXISTENTES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN SALUD (DUES) - SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD SE SOLICITARÁN LOS SERVICIOS DE AMBULANCIAS AL OFERENTE SELECCIONADO.

Documentos soportes que debe anexar el proponente	JURÍDICOS: 1. A) ROTULACIÓN DE LOS SOBRES DE PRESENTACIÓN (MODELO ANEXO NO. 1 ENTREGADO POR LA SUBRED) B) CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA (MODELO ANEXO No 2 ENTREGADO POR LA SUBRED) C) CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTES PARAFISCALES ANEXO No 3 ENTREGADO POR LA SUBRED) 2. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO NO. 4 ENTREGADO POR LA SUBRED) 3. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS) 4. REGISTRO ÚNICO DE PROponentES (EXPEDICIÓN NO MAYOR A NOVENTA (90) DÍAS) 5. FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT 6. FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT 7. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL 8. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 9. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 10. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 11. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 12. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE, DE LOS APORTES EFECTUADOS EN LOS ÚLTIMOS SEIS (6) MESES. ANEXO 3 13. REGISTRO ÚNICO DE PROponentES: EL RUP DEBERÁ ESTAR VIGENTE Y EN FIRME DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE Y CONTENER INFORMACIÓN FINANCIERA CON FECHA DE CORTE MÍNIMO A DICIEMBRE 31 DE 2016. EL RUP SERÁ LA FUENTE DE INFORMACIÓN BASE PARA DETERMINAR LA HABILITACIÓN DE LA CAPACIDAD ORGANIZACIONAL DE LOS PROponentES 14. CERTIFICACIÓN BANCARIA 15. PÓLIZA DE SERIEDAD DE LA OFERTA. SU CUANTÍA NO SERÁ INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL VALOR TOTAL DE LA PROPUESTA PRESENTADA POR EL OFERENTE Y SU VIGENCIA SERÁ DE TREINTA (30) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA. A FAVOR DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. NIT. 900.971.009-4
	FINANCIEROS: 1. BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADOS DEBIDAMENTE DISCRIMINADOS CON FECHA DE CORTE 31 DE DICIEMBRE DE 2016. 2. FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y TARJETA PROFESIONAL DEL CONTADOR PÚBLICO Y/O REVISOR FISCAL QUE FIRMAN EL BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADOS APORTADO.
	TÉCNICOS: 1. LAS AMBULANCIAS TANTO BÁSICAS COMO MEDICALIZADAS DEBERÁN CUMPLIR CON LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y LA NTC 3729 O LAS NORMAS QUE MODIFIQUEN DEROGUEN LAS VIGENTES. 2. PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL ADJUNTAR LOS SOPORTE EXIGIDOS EN EL ANEXO # 5, CON HOJA DE VIDA
	ECONÓMICOS: ECONÓMICOS: EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR VALORIZADO EL PRECIO DE: 1. CADA UNO DE LOS ÍTEMES SOLICITADOS QUE APARECEN EN LA SOLICITUD DEL BIEN O SERVICIO, INCLUIDO IVA.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	
Jurídicos	CUMPLE O NO CUMPLE. PRESENTACIÓN DE LA TOTALIDAD DE DOCUMENTOS SOLICITADOS

 GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Subsecretaría de Servicios Norte E.S.E.	INVITACIÓN A COTIZAR	CÓDIGO : AP-CT-F-04-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	VERSIÓN : 3
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA : 11/10/2017

INVITACIÓN A COTIZAR No. 030-2018

OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR EL SERVICIO DE AMBULANCIA LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA LAS 24 HORAS PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.
Financieros	1. CUMPLE O NO CUMPLE. PRESENTACIÓN DE LA TOTALIDAD DE DOCUMENTOS SOLICITADOS 2. CUMPLE O NO CUMPLE. PARA QUE LA PROPUESTA SEA ACEPTADA DEBERÁ CUMPLIR CON DOS (2) DE LOS TRES (3) FACTORES EVALUADOS: A) ÍNDICE DE LIQUIDEZ: MAYOR Ó IGUAL A UNO PUNTO CINCO (1,5), CALCULADO ASÍ: $\text{ÍNDICE DE LIQUIDEZ} = \frac{\text{ACTIVO CORRIENTE}}{\text{PASIVO CORRIENTE}}$ B) ÍNDICE DE ENDEUDAMIENTO: DEBERÁ ACREDITAR UN NIVEL DE ENDEUDAMIENTO, MENOR Ó IGUAL A CERO PUNTO SESENTA (0,60), CALCULADO ASÍ: $\text{ÍNDICE DE ENDEUDAMIENTO} = \frac{\text{PASIVO TOTAL}}{\text{ACTIVO TOTAL}}$ C) CAPITAL DE TRABAJO: DEBERÁ SER MAYOR O IGUAL AL 100% DEL PRESUPUESTO ASIGADO PARA ESTE PROCESO. ESTE FACTOR SE CALCULARÁ DE LA SIGUIENTE MANERA: $1. \text{CAPITAL DE TRABAJO} = \text{ACTIVO CORRIENTE} - \text{PASIVO CORRIENTE}$.
Técnicos	1. SE VERIFICARÁ QUE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA POR LOS PROPONENTES SE AJUSTE A LO EXIGIDO EN LA PRESENTE INVITACIÓN. 2. SE REALIZARÁ EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS TÉCNICOS SOLICITADOS EN LA PRESENTE INVITACIÓN, Y SU RESULTADO SERÁ DE CUMPLE O NO CUMPLE.
Económicos	SE TENDRÁ EN CUENTA LA MEJOR PROPUESTA ECONÓMICA CON RESPECTO AL PRECIO Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA DENTRO DE LOS FACTORES JURÍDICOS, FINANCIEROS Y TÉCNICOS
Criterios de Desempate	EN CASO DE PRESENTARSE EMPATE COMO RESULTADO DE LAS EVALUACIONES DESARROLLADAS A LAS PROPUESTAS PARTICIPANTES, ÉSTE SE RESOLVERÁ TENIENDO EN CUENTA LOS SIGUIENTES CRITERIOS Y ORDEN: 1. LA PROPUESTA QUE MUESTRE EL MEJOR ÍNDICE DE LIQUIDEZ. 2. LA PROPUESTA PRESENTADA PRIMERO EN EL TIEMPO SEGUN EL RADICADO DE CORRESPONDENCIA.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN

Valor	CUATROCIENTOS CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$404.000.000)	No.	351
Rubro Presupuestal	ADQUISICIÓN SERVICIOS DE SALUD	Fecha del CDP	19/02/2018

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO

Forma de pago	NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO, UNA VEZ PRESENTADA LA FACTURA JUNTO CON EL CERTIFICADO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y DEMÁS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	Plazo de ejecución	UN (1) MES
----------------------	--	---------------------------	------------

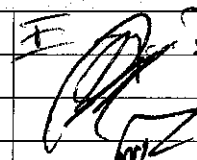
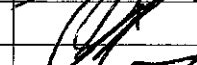
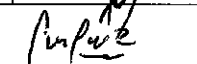
FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS

Sitio de entrega	EL SERVICIO SE PRESTARÁ PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
-------------------------	--

Forma de entrega	LOS SERVICIOS SE PRESTARÁN DE MANERA PRESENCIAL EN LA SUBRED Y EN CONCORDANCIA CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO
-------------------------	---

Garantías de exigibilidad	A) DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO PARA PRECAVER LOS PERJUICIOS QUE SE DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, INDEPENDIENTE DE LAS MULTAS Y LA CLÁUSULA PENAL QUE SE PACTE EN EL CONTRATO, SU CUANTÍA CORRESPONDERÁ A LA QUE EN CADA CASO SE DETERMINE, LA CUAL NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y UNA DURACIÓN IGUAL A LA DEL PLAZO MÁXIMO PREVISTO AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y TRES (3) MESES MÁS. B) DE LA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES: EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA, PARA PRECAVER LAS FUTURAS EVENTUALIDADES EN QUE UNO O VARIOS BIENES DE LOS CONTRATADOS NO REÚNAN LAS ESPECIFICACIONES O CALIDADES EXIGIDAS PARA LA CONTRATACIÓN O QUE NO SEAN APTOS PARA LOS FINES PARA LOS CUALES FUERON ADQUIRIDOS, ASÍ COMO PARA PRECAVER TAMBIÉN LOS VICIOS DE FABRICACIÓN Y LA CALIDAD DE LOS MATERIALES O COMPONENTES. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL 10% DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL O SUPERIOR AL PLAZO DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS. C) DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES: EL CONTRATISTA, DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA PARA PRECAVER LOS EVENTOS EN QUE INCURRA EN EL NO PAGO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES RESPECTO DE LOS TRABAJADORES RELACIONADOS CON LA EJECUCIÓN DEL RESPECTIVO CONTRATO. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ DE TRES (3) AÑOS. D) DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL: EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA PARA ASEGURAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS QUE EL CONTRATISTA OCASIONE A TERCEROS POR RAZÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y TRES (3) MESES MÁS. LAS PRÓRROGAS, ADICIONES O MODIFICACIONES QUE SE SURTAN EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, DEBERÁN AMPLIAR LAS COBERTURAS EN TIEMPO Y EN VALOR DE LA PÓLIZA CORRESPONDIENTE DENTRO DEL TÉRMINO ESTABLECIDO.
----------------------------------	--

APROBACIÓN

Firmas	Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:	ENRIQUE PÁEZ FALLA	   
	Nombre y Firma Dirección de Contratación:	ALVARO DE JESUS GALVIS BARRIOS	
	Nombre y Firma Vo. Bo. Subgerente Corporativo:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	
	Nombre y Firma Gerente:	YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	

390
1502-10
237

ESPECÍFICAS:

1. DISPONER DE LOS VEHÍCULOS DE TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO O MEDICALIZADO, LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS SIETE DÍAS A LA SEMANA, PARA CUBRIR EL CONVENIO 1222 DE 2017, DONDE EL CRUE LO INDIQUE, DE MANERA PERMANENTE, QUERIENDO DECIR QUE SI EL VEHÍCULO ASIGNADO SUFRE ALGÚN TIPO DE AVERÍA, EL CONTRATISTA DEBERÁ DISPONER DE MANERA INMEDIATA DE UN VEHÍCULO DE LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS, EN TIEMPO MENOR A UNA HORA.
2. DISPONER DE CONDUCTORES CON CERTIFICACIÓN DE CURSO DE CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS DE EMERGENCIA, PRIMEROS AUXILIOS DE MÍNIMO 40 HORAS DE DURACIÓN, LICENCIA DE CONDUCCIÓN QUE PERMITA LA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS DE SERVICIO PÚBLICO, (C1) SIN COMPERENDOS VIGENTES SIN CANCELAR
3. DISPONER DEL RECURSO HUMANO QUE EXIJE LA NORMATIVIDAD VIGENTE (RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 O LA NORMA VIGENTE DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO), TANTO PARA AMBULANCIAS BÁSICAS COMO MEDICALIZADAS.
3. DISPONER LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS DEFINIDOS EN LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014, TANTO PARA AMBULANCIAS BÁSICAS, COMO MEDICALIZADAS
4. EL CONTRATISTA DEBERÁ GARANTIZAR LA PRESENCIA PERMANENTE DE LA TRIPULACIÓN SOLICITADA, GARANTIZANDO REEMPLAZO INMEDIATO DE LOS QUE POR FUERZA MAYOR NO PUEDAN PRESTAR EL SERVICIO.
5. DISPONER DE TODOS INSUMOS NECESARIOS QUE GARANTICEN LA ATENCIÓN INICIAL DE LOS PACIENTES QUE DEBAN SER TRASLADADOS POR LA UNIDAD.
6. GARANTIZAR EL TRASLADO DE PACIENTES DESDE LOS SITIOS DE ATENCIÓN, DE ACUERDO A LO QUE DEFINA EL MÉDICO REGULADOR DEL CRUE PARA LA ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DEL D.C.
7. ENTREGAR A LA SUBRED NORTE COPIA DE CADA UNO DE RECORDS DE TRASLADO REALIZADOS, DE ACUERDO A LOS MECANISMOS QUE SE ACUERDEN CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.
8. GARANTIZAR QUE LOS VEHÍCULOS PUESTOS A DISPOSICIÓN DE LA SUBRED NORTE CUMPLAN CON TODA LA DOCUMENTACIÓN LEGAL EXIGIBLE Y QUE ESTA ESTE VIGENTE (SOAT, REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA), ADICIONALMENTE DEBERÁN ESTAR DEBIDAMENTE HABILITADOS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD.
9. CONTAR CON PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL, LA CUAL CUBRA CUALQUIER EVENTO, ACCIDENTE O SITUACIÓN DERIVADA DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.
10. UBICAR LAS UNIDADES SOLICITADAS FORMALMENTE POR EL SUPERVISOR, PARA SER UBICADAS EN LOS HORARIOS Y LAS BASES DEFINIDAS POR LA DUES Y EL SUPERVISOR DEL CONTRATO SEGÚN EL CASO.
11. LAS AMBULANCIAS DEDICADAS A LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS, DEFINIDAS POR EL CRUE, ESTAS DEBERÁN ESTAR MATRICULADAS EN BOGOTÁ D.C.
12. TODOS LOS DESPLAZAMIENTOS DE LAS AMBULANCIAS DESIGNADAS PARA LA ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DEL D.C., DEBERÁN SER NOTIFICADAS Y AUTORIZADAS POR EL CRUE.
13. LAS AMBULANCIAS, DEBERÁN PERMITIR LA INSTALACIÓN DE LOS EQUIPOS DE RADIO COMUNICACIONES QUE DEFINA LA DUES Y GARANTIZARLA CUSTODIA, BUEN USO Y SEGURIDAD.
14. SE DEBERÁ ENTREGAR AL SUPERVISOR DE CONTRATO LA PROGRAMACIÓN MENSUAL DE TURNOS PARA LAS TRIPULACIONES 5 DÍAS ANTES AL INICIO DE CADA PERÍODO.
15. ENTREGAR INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR LAS TRIPULACIONES QUE INCLUYA; NÚMERO DE TRASLADOS REALIZADOS, NÚMERO DE 5 – 20 Y/O CANCELADOS, NOVEDADES DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.
16. ADOPTAR EN MÉTODO IMPLEMENTADO POR LA SUBRED NORTE EL ENVÍO Y CUSTODIA DE LA DOCUMENTACIÓN DERIVADA DE LOS TRASLADOS REALIZADOS, EN MEDIO DIGITAL Y EN FÍSICO, PARA GARANTIZAR LA FACTURACIÓN OPORTUNA A LAS EAPB.
17. DEBERÁ DOTAR A CADA AMBULANCIA AL SERVICIO DE LA SUBRED CON EQUIPO DE TELEFONÍA CELULAR DE ÚLTIMA GENERACIÓN, 4G, GPS INCORPORADO, GAMA ALTA, QUE GARANTICE LA TOMA DE FOTOGRAFÍAS DE ALTA RESOLUCIÓN (PARA ENVIAR DOCUMENTACIÓN DE ATENCIONES A CENTRAL DE FACTURACIÓN, EN TIEMPO REAPLAN DE DATOS 2,5 GB MES Y VOZ ILIMITADA.
18. EL CONTRATISTA DEBERÁ GARANTIZAR LA ENTREGA DE INFORMES, INDICADORES, ESTADÍSTICAS DE TRASLADOS REALIZADOS, A SOLICITUD DEL SUPERVISOR.
19. EL CONTRATISTA DEBERÁ GARANTIZAR EL ACCESO A CAPACITACIONES CITADAS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, GARANTIZANDO LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.
20. LOS VEHÍCULOS OFERTADOS PARA PRESTAR SERVICIOS EN EL MARCO DEL CONVENIO 1222 DE 2017, DEBERÁN SER MODELO 2012 O SUPERIOR.

Plazo estimado de ejecución del contrato (Indicar en años y meses)

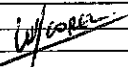
FIRMAS	Nombre y Firma del solicitante:	FLOREZ FLOREZ WALTER ALFONSO	
	Nombre y Firma del Director que revisa:	DANIEL BLANCO SANTAMARÍA	
	Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud:	NANCY STELLA TABARES RAMÍREZ	
	Nombre y Firma Garante:	YIDENY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ	

* Este campo es diligenciado por la Dirección receptora: ¿El bien o servicio solicitado se encuentra incluido en el Plan Anual de Adquisiciones de la entidad? SI __ NO __

Observaciones:

 Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMATO ANÁLISIS DE RIESGOS	CÓDIGO : RF-F-02-01
		VERSIÓN : 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PÁGINA : 1 DE 1
	RECURSOS FISICOS	FECHA : 08/11/2016

CLASE DEL RIESGO GENERAL	TIPIFICACIÓN (EJEMPLOS PARA TIPIFICAR LOS RIESGOS GENERALES DE LA COLUMNA ANTERIOR)	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				IMPACTO				ESTIMACIÓN	ASIGNACIÓN DEL RIESGO (DEFINICIÓN)	QUIÉN ASUME EL RIESGO
		4	3	2	1	4	3	2	1			
		ALTA	MEDIA ALTA	MEDIA BAJA	BAJA	ALTA	MEDIA ALTA	MEDIA BAJA	BAJA			
Casilla de selección	Casilla de diligenciamiento	Casilla de selección (Escoja solo una)				Casilla de selección (Escoja solo una)				Generación automática	Generación automática	Generación automática
AMBIENTALES:	Cuando durante la ejecución del contrato se configuren pasivos ambientales causados por mala gestión de la licencia ambiental y/o el plan de manejo ambiental o el costo de las obligaciones ambientales resulte superior al estimado no siendo imputables a las partes.		3				3			6	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE
FINANCIERO:	El primero se refiere a la dificultad de conseguir los recursos financieros, ya sea en el sector financiero o el mercado de capitales, para lograr el objetivo del contrato. El segundo hace referencia a los términos financieros de dichos recursos, entre estos encontramos plazos, tasas, garantías, contragarantías, refinanciacione s entre otros.			2		4				6	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE
										0		
										0		
										0		
										0		
										0		
										0		
										0		
										0		
										0		
										0		

ELABORADO POR	
Nombre:	FLOREZ FLOREZ WALTER ALFONSO 
Cargo:	REFERENTE AMBULANCIAS – APH Y SECUNDARIOS
Fecha Elaboración d/m/a	12/02/18

ANEXO No. 01
ROTULACIÓN DE LOS SOBRES DE PRESENTACIÓN

SEÑORES

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

compras@subrednorte.gov.co

comprasrednorte3@gmail.com

**CL 66 No. 15 – 41, Sede Administrativa, piso 1 Correspondencia
Bogotá D.C**

Referencia: Propuesta para "La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, se permite invitar a presentar propuestas para: CONTRATAR EL SERVICIO DE AMBULANCIA LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA LAS 24 HORAS PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

Documento: ORIGINAL No. FOLIOS _____

Anexos: _____ folios, Medios Magnéticos _____

Proponente: Nombre de la Persona Natural, Jurídica, Consorcio o Unión Temporal.

Representante Legal:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

Correo electrónico:

ANEXO No. 2

CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

SEÑORES

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

compras@subrednorte.gov.co

comprasrednorte3@gmail.com

CL 66 No. 15 – 41, Sede Administrativa, piso 1 Correspondencia

Bogotá D.C

Referencia: La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, se permite invitar a presentar propuestas para: CONTRATAR EL SERVICIO DE AMBULANCIA LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA LAS 24 HORAS PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

Nosotros los suscritos: _____ (Nombre del proponente) de acuerdo lo establecido en la invitación a cotizar, hacemos la siguiente propuesta y declaramos así mismo:

Que ésta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse sólo compromete a quien suscribe ésta carta.

Que ninguna entidad o persona distinta a los firmantes tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato probable que de ella se derive.

Que conocemos la información general y demás documentos de la invitación a cotizar y aceptamos los requisitos en ellos contenidos.

Así mismo declaro que:

No nos hallamos incursos en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Ley.

Aceptamos las condiciones de pago a 90 días, de acuerdo con lo estipulado en el contrato a suscribir.

Que la cotización tiene un valor total de _____.

Que la presente propuesta se presenta en _____ folios.

Que esta cotización tiene una vigencia acorde con lo regulado por las autoridades competentes en lo concerniente a la prestación del servicio de: CONTRATAR EL SERVICIO DE AMBULANCIA LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA LAS 24 HORAS PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

Que el contrato que llegase a celebrar en caso de adjudicación será firmado por el representante legal o quien haga sus veces.

Atentamente

Firma Representante Legal o quien haga sus veces _____

ANEXO NO. 3
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002

Yo, _____ Identificado con la
Cédula de Ciudadanía No. _____ expedida en _____, en
mi condición de

Revisor Fiscal o Representante Legal, según sea el caso, de la empresa
_____ con NIT No. _____ (en adelante la empresa), en
cumplimiento a lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en
concordancia con el Artículo 1º. De la Ley 828 de 2003, manifiesto bajo la
gravedad del juramento que la empresa ha cumplido a la fecha de la entrega
de la presente certificación, con los pagos al Sistema de Seguridad Social
en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales y con los aportes
correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo,
por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO, con las Empresas
Promotoras de Salud (EPS), Fondos de Pensiones, Administradoras de
Riesgos Laboral (ARL), Cajas de Compensación Familiar, Instituto
Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje
(SENA).

FIRMA

Nombre de Quien Firma
Cédula de Ciudadanía No.
En Calidad de

Ciudad y fecha_____

**Nota: la presente certificación debe ser firmada por el Representante Legal
de la Empresa o por el Revisor Fiscal, en caso que la empresa tenga ese
cargo y se enuncie en la respectiva cámara de comercio.**

**En caso que la empresa tenga menos de seis (6) meses de creada, deberá
certificar el cumplimiento a partir de la fecha de su constitución.**

ANEXO 4

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

(Ciudad) (fecha)

Señores

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

Ciudad

Asunto: Presentación de Compromiso Anticorrupción

El suscrito _____, identificado (a) como se indica al pie de mi firma, actuando en nombre y representación de _____, manifiesto la voluntad de apoyar la acción del Estado colombiano y de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., para fortalecer la transparencia en los procesos de selección y la responsabilidad de rendir cuentas, por lo tanto, de manera unilateral en nombre de mi(s) representado(s) suscribo el presente Compromiso Anticorrupción, asumiendo los siguientes compromisos:

1. No ofrecer ni dar sobornos ni dar o entregar cualquier otra forma de halago o dádiva a ningún funcionario, miembro, trabajador o subcontratista de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., o cualquier otro funcionario del Estado que tenga o haya tenido que ver con el proceso, en relación con su propuesta.
2. No permitir que nadie en su nombre, bien sea empleado, agente o comisionista independiente incurra en las conductas indicadas en el numeral anterior.
3. Impartir instrucciones a todos sus empleados, subcontratistas y agentes y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles en todo momento el cumplimiento de las Leyes de la República de Colombia, y especialmente de aquellas que rigen el presente proceso.
4. No efectuar acuerdos o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como consecuencia la colusión del proceso o el fraude en su resultado y no realizar conductas que tengan como efecto la desviación de la adjudicación del contrato.

(Firma)

(Nombre Representante Legal)

(No. Identificación representante Legal)

Representante Legal

(Nombre empresa)

(NIT empresa)

(Dirección empresa)

(Teléfono empresa)

(Dirección correo electrónico de la empresa)

ANEXO Nro. 5

1.- OBLIGACIONES RECURSO HUMANO

PERFILES RECURSO HUMANO TRIPULACIONES DE LOS VEHÍCULOS DE EMERGENCIA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

CONDUCTOR

1. Título de bachiller en cualquier modalidad.
2. Presentar certificación de curso de capacitación en Primeros Auxilios de mínimo 40 horas realizado y aprobado institución legalmente reconocida, según normatividad vigente (Resolución 2003 de 2014).
3. Presentar certificación de experiencia mínima de dos (02) años como conductor de ambulancias o de vehículos de emergencia.
4. Anexar copia de la licencia de conducción vigente para la categoría que le permita conducir ambulancias y vehículos de emergencia.

TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y/O TÉCNICO PROFESIONAL EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y/O TÉCNICO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

1. Presentar certificado de aptitud ocupacional como auxiliar ó certificado de formación técnica profesional o título de formación tecnológica en atención prehospitalaria expedido por institución reconocida legalmente.
2. Para las Unidades Móviles Básicas, entrenamiento certificado de Soporte Vital Básico de mínimo 20 horas (Resolución 2003 de 2014), realizado a partir de noviembre de 2015; en caso de haberse presentado unas nuevas recomendaciones internacionales por parte de ILCOR a partir de la fecha mencionada, se contará con un plazo de seis (06) meses para la actualización correspondiente, realizado en institución legalmente reconocida.

3. Para las Unidades Médicalizadas y vehículos de respuesta rápida, entrenamiento certificado de Soporte Vital Avanzado de mínimo 48 horas para el recurso humano que se desempeñe como Técnico Profesional en Atención Prehospitalaria, Técnico Auxiliar de Enfermería y Tecnólogo en Atención Prehospitalaria (Resolución 2003 de 2014) realizado a partir de noviembre de 2015; en caso de haberse presentado unas nuevas recomendaciones internacionales por parte de ILCOR a partir de la fecha mencionada, se contará con un plazo de seis (06) meses para la actualización correspondiente, realizado en institución legalmente reconocida.
4. Experiencia mínima certificada de un (1) año en el ejercicio de su formación u oficio y haber laborado en ambulancias y/o en servicios de urgencias preferiblemente en Hospitales de segundo o tercer nivel, durante mínimo un (1) año de manera continua.

MEDICO GENERAL

1. Título Universitario en Medicina el cual debe ser expedido por la facultad o escuela universitaria avalada por el Estado, o por aquellas con las que este haya celebrado tratados o convenios sobre reciprocidad de títulos universitarios, en los términos de los respectivos tratados o convenios.
2. Los médicos deben estar inscritos previamente en el Ministerio de Salud y de la Protección Social y en la Secretaría Distrital de Salud.
3. Entrenamiento certificado en Soporte Vital Avanzado de mínimo 48 horas (Resolución 2003 de 2014), realizado y aprobado a partir de 2015; en caso de haberse presentado unas nuevas recomendaciones internacionales por parte de ILCOR, se contará con un plazo de seis (06) meses para la actualización correspondiente en institución reconocida.
4. Experiencia mínima certificada de un (1) año adicional al correspondiente al Servicio Social Obligatorio en el ejercicio de su formación y haber laborado en ambulancias y/o en servicios de urgencias preferiblemente de segundo o tercer nivel, durante mínimo un (1) año de manera continua.
5. Participar de la inducción en radiocomunicaciones brindado por el Grupo Funcional de Radiocomunicaciones de la Dirección Urgencias y Emergencias en Salud de la Secretaría Distrital de Salud.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Febrero 19 De 2018

CDP. No.

351

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO
CERTIFICA:

COPIA

QUE EN LA FECHA LOS REGISTROS DE EJECUCION PRESUPUESTAL MUESTRAN EL SIGUIENTE SALDO DE APROPIACION:

DEPENDENCIA : T01 GERENCIA Y JUNTA DIRECTIVA

CODIGO RUBRO.....: 232103040000000000000004

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 3210304

NOMBRE RUBRO.....: ADQUISICIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 2,576,625,000.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 4,737,358,336.00

SALDO DE APROPIACION : 7,313,983,336.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: GARCIA RODRIGUEZ YIDNEY ISABEL ,
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO,
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:

CONV 1222/17 SERVICIO DE AMBULANCIA TRASLADO BASICO
O Y MEDICALIZADO 24 HORAS

POR UN VALOR INICIAL DE : 404,000,000.00

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE : 404,000,000.00

CUATROCIENTOS CUATRO MILLONES DE PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 2,576,625,000.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

DISPONIBILIDAD NETA: 4,333,358,336.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (180) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.

NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO