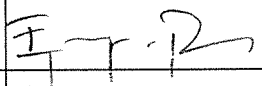
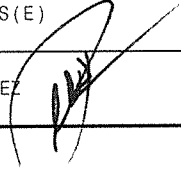
	INVITACIÓN A COTIZAR				CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN				VERSIÓN : 4
					PÁGINA : 1 DE 2
FECHA : 12/06/2018					
INVITACIÓN A COTIZAR No. <u>008-2020 S.NTE</u>					
OBJETO A CONTRATAR	SE REQUIERE CONTRATAR EMPRESA PARA REALIZAR EL MONITOREO RÁPIDO DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN (MRCV) DISTRITAL EN EL MARCO DEL CONTRATO 868689 DEL PLAN DE SALUD DE INTERVENCIONES COLECTIVAS				
ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO					
Item	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Consumo Promedio Mensual	Especificación Técnica
1	SERVICIO DE MONITOREO RÁPIDO A COBERTURAS DE VACUNACIÓN (MRCV)	SERVICIO	1		UNIDAD DE MEDIDA SE TOMA EN SERVICIO YA QUE SE DEBE CONTRAR CON UN EQUIPO QUE CUENTE CON EL TALENTO HUMANO QUE EJECUTE EL MRC
CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN					
PUBLICACIÓN APERTURA PROCESO DE SELECCIÓN		21/01/2020			
OBSERVACIONES A LA INVITACIÓN A COTIZAR		HASTA EL 22-01-20 HORA 3:00 PM UNICAMENTE POR LA PLATAFORMA SECOP II			
RESPUESTA A LAS OBSERVACIONES A LA INVITACIÓN A COTIZAR		23/01/2020			
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTAS		Fecha: 24/01/2020 Hora: Hasta las 9:00 AM. Por la Plataforma SECOP II			
APERTURA DE PROPUESTAS PRESENTADAS		Fecha: 24/01/2020 Hora: 9:10 AM Por la Plataforma SECOP II			
EVALUACIÓN CRITERIOS JURÍDICOS, FINANCIEROS, SARLAFT, TÉCNICOS Y ECONÓMICOS		24/01/2020			
PÚBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES		27/01/2019			
SUBSANACION Y OBSERVACIONES A LAS EVALUACIONES		28/01/2020 Hasta las 1:00 pm.			
FECHA DE REMISIÓN COMUNICADO ACEPTACIÓN DE PROPUESTA		DENTRO DE LOS (3) TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA PUBLICACIÓN DE LAS EVALUACIONES DEFINITIVAS.			
DOCUMENTOS SOPORTES QUE DEBE ANEXAR EL PROponente					
JURÍDICOS: 1 CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA (MODELO ANEXO No. 1 ENTREGADO POR LA SUBRED) 2 CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES (MODELO ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED) 3 COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO No. 3 ENTREGADO POR LA SUBRED) 4 CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS) 5 FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT 6 FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT 7 6. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL AMPLIADA AL 150% 8 FOTOCOPIA DE LA LIBRETA MILITAR DEL REPRESENTANTE LEGAL (OPCIONAL) 9 CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 10 CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS 11 CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS.					

	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 4
			PÁGINA : 1 DE 2
		FECHA : 12/06/2018	
INVITACIÓN A COTIZAR No. <u>008-2020 S.NTE</u>			
OBJETO A CONTRATAR	SE REQUIERE CONTRATAR EMPRESA PARA REALIZAR EL MONITOREO RÁPIDO DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN (MRCV) DISTRITAL EN EL MARCO DEL CONTRATO 868689 DEL PLAN DE SALUD DE INTERVENCIONES COLECTIVAS		
12 CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 13 CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS - POLICIA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DIAS. 14 CERTIFICACIÓN BANCARIA 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 15 OFERENTE Y SU VIGENCIA SERÁ DE TRENTA (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. 900.971.006-4. 16 RUP. (REGISTRO UNICO DE PROPONENTES). ACTUALIZADO VIGENCIA 2018. CON INFORMACIÓN DE CIERRE CONTABLE DEL AÑO 2018. FINANCIEROS: 1 BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADOS DEBIDAMENTE DISCRIMINADOS CON FECHA DE CORTE 31 DE DICIEMBRE DE 2018. 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. NOTA: LA INFORMACIÓN FINANCIERA DEBE SER CONSECUENTE CON LA ESTIPULADA EN EL RUP SARLAFT EMPRESA 1. AP-GF-F-23-02 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA; EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR EXTERNA No. 009 -2016 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (ANEXO No. 4 ENTREGADO POR LA SUBRED). 2. ESTADOS FINANCIEROS DEL ÚLTIMO PERIODO DISPONIBLE, EXPEDIDOS DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS VIGENTES, CERTIFICADOS Y/O DICTAMINADOS SEGÚN SEA EL CASO. (SOLO LOS OBLIGADOS A LLEVAR CONTABILIDAD). 3. FOTOCOPIA DECLARACIÓN DE RENTA DEL ULTIMO PERIODO GRAVABLE DECLARADO. NOTA: SE DEBE DILIGENCIAR EN SU TOTALIDAD, NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO, EN ESE CASO DE QUE NO APLIQUE DILIGENCIAR (N/A). SI REQUIERE APODERADO, ADJUNTAR PODER DEBIDAMENTE FIRMADO CON RECONOCIMIENTO ANTE NOTARIO PÚBLICO. TÉCNICOS: HABILITANTES 1 SOPORTAR EXPERIENCIA DE 2 AÑOS RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL. 2 CERTIFICACION DE 3 CONTRATOS ANTERIORES RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL. 3 PRESENTAR HOJAS DE VIDA DE EQUIPO PARA DESARROLLAR EL OBJETO CONTRACTUAL. 4 PRESENTAR PROPUESTA DE EJECUCIÓN DE ACUERDO A LINEAMIENTOS TÉCNICOS. ECONÓMICOS: 1. PRESENTAR PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA Y VALOR TOTAL DE LOS ÍTEMS A CONTRATAR. (SEGÚN ANEXO No. 5 ENTREGADO POR LA SUBRED). 2. LA PROPUESTA DEBERÁ CONTENER LA FORMA DE PAGO A 90 DÍAS. 3. LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO. 4. LA PROPUESTA DEBE SER FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL.			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN			
Jurídicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.		

	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 4	
			PÁGINA : 1 DE 2	
			FECHA : 12/06/2018	
INVITACIÓN A COTIZAR No. <u>008-2020 S.NTE</u>				
OBJETO A CONTRATAR	SE REQUIERE CONTRATAR EMPRESA PARA REALIZAR EL MONITOREO RÁPIDO DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN (MRCV) DISTRITAL EN EL MARCO DEL CONTRATO 868689 DEL PLAN DE SALUD DE INTERVENCIONES COLECTIVAS			
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: $1. \text{CAPITAL DE TRABAJO} = \text{ACTIVO CORRIENTE} - \text{PASIVO CORRIENTE}$.			
Sarlaft	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.			
Técnicos	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS. SU RESULTADO SERÁ HABILITADO O NO HABILITADO			
Económicos	1. SE TENDRÁ EN CUENTA LA MEJOR PROPUESTA ECONÓMICA CON RESPECTO AL PRECIO Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA DENTRO DE LOS FACTORES JURIDICOS, FINANCIEROS, SARLAFT Y TÉCNICOS. 2. SE ACEPTARÁ LA PROPUESTA MÁS FAVORABLE PARA LA INSTITUCIÓN Y QUE CUMPLA CON TODOS LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN A LA INVITACIÓN.			
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. SE TENDRÁ EN CUENTA EL OFERENTE QUE SOPORTE EL CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR 22-2018 EMITIDA POR LA ALCALDÍA DE BOGOTÁ. 2. LA PROPUESTA RADICADA EN PRIMER LUGAR Y QUE SE ENCUENTRE HABILITADA.			
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN				
Valor	TRESCIENTOS SETENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS M/Cte (\$378,000,000)		No.	143
Rubro Presupuestal	HONORARIOS		Fecha del CDP	20/01/2020
CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO				
	EL PAGO SE REALIZARÁ CONTRA ENTREGA DE PRODUCTOS DE LA SIGUIENTE MANERA:			
	PROCENTAJE DE PAGO	PRODUCTOS A ENTREGAR		
	40%	CRONOGRAMA DEL DESARROLLO DE ACTIVIDADES Y DEL DESARROLLO EN CAMPO INFORME DEL PROCESO DEL ALISTAMIENTO PREVIO AL TRABAJO DE CAMPO 5% DE ENCUESTAS EFECTIVAS		

	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 4	
PÁGINA : 1 DE 2				
FECHA : 12/06/2018				
INVITACIÓN A COTIZAR No. <u>008-2020 S.NTE</u>				
OBJETO A CONTRATAR	SE REQUIERE CONTRATAR EMPRESA PARA REALIZAR EL MONITOREO RÁPIDO DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN (MRCV) DISTRITAL EN EL MARCO DEL CONTRATO 868689 DEL PLAN DE SALUD DE INTERVENCIONES COLECTIVAS			
Forma de pago	55%	COPIA DE LOS OFICIOS ENVIADOS A LOS EDIFICIOS Y CONJUNTOS RESIDENCIALES PARA LA AUTORIZACIÓN DE ACCESO A LOS ENCUESTADORES, COMO SOPORTE DE LA GESTIÓN REALIZADA EN ESTAS ZONAS. FORMULARIOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LAS 7253 ENCUESTAS REALIZADAS AL FINALIZAR EL CONTRATO. ENTREGAR BASE DE DATOS CON EL CONSOLIDADO DE NIÑOS Y NIÑAS NO VACUNADOS AL MOMENTO DEL MONITOREO CON UN SEGUIMIENTO AL FINALIZAR LA RECOLECCIÓN DE DATOS EN CAMPO PARA VERIFICAR EL ESTADO ACTUAL AL MOMENTO DE FINALIZAR LA RECOLECCIÓN DE ENCUESTAS CASA A CASA. BASE DE DATOS TOTAL DEPURADA Y VALIDADA DE LAS 7253 ENCUESTAS. ENTREGAR BASE DE DATOS FORMATO MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL VALIDADA CON LAS 7253 ENCUESTAS. INFORME PRELIMINAR GENERAL Y POR LOCALIDAD DE ACUERDO A LAS INDICACIONES MENCIONADAS PARA EL ANÁLISIS DE INFORMACIÓN, ASÍ COMO CON EL DESARROLLO DEL PLAN DE ANÁLISIS ESTIPULADO EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO. INFORME FINAL GENERAL Y POR LOCALIDAD DE ACUERDO A LAS INDICACIONES MENCIONADAS PARA EL ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.	Plazo de ejecución	DOS (2) MESES
	5%	ACTA DE LIQUIDACIÓN DE CONTRATO		
FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS				
Sitio de entrega	EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.			
Garantías de exigibilidad	A) DE LA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES: EN LOS CONTRATOS CUYA CUANTÍA NATURALEZA O COMPLEJIDAD ASÍ LO EXIJA, 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 DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS.			
	B) 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.			
	C) 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.			
	GENERALES: 1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS. 2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO.			

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INVITACIÓN A COTIZAR SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		CODIGO : AP-CT-F-04-04 VERSIÓN : 4 PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018
INVITACIÓN A COTIZAR No. 008-2020 S.NTE			
OBJETO A CONTRATAR	SE REQUIERE CONTRATAR EMPRESA PARA REALIZAR EL MONITOREO RÁPIDO DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN (MRCV) DISTRITAL EN EL MARCO DEL CONTRATO 868689 DEL PLAN DE SALUD DE INTERVENCIONES COLECTIVAS		
Obligaciones del Contratista	3. MANTENER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA . EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD. 4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTIA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS . 5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACEN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.		
	6. PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN.		
	7. NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.		
	8. DAR CUMPLIMIENTO A LOS S PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN.		
Obligaciones del Contratista	9. EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS.		
	10. LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.		
	ESPECÍFICAS		
	1. GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS TECNICOS ANEXOS AL PRESENTE DOCUMENTO EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS		
	2. CRONOGRAMA DEL DESARROLLO DE ACTIVIDADES Y DEL DESARROLLO EN CAMPO, EL CUAL DEBE ENTREGARSE EN UN TÉRMINO DE 5 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE LA FIRMA DEL CONTRATO O DEL ACTA DE INICIO.		
	3. ENTREGAR UN INFORME DEL PROCESO DEL ALISTAMIENTO PREVIO AL TRABAJO DE CAMPO, QUE INCLUYA LOS LISTADOS DE ASISTENCIA Y EL ACTA DE LA REUNIÓN DE CAPACITACIÓN RECIBIDA POR LOS ENCUESTADORES Y SUPERVISORES Y COORDINADOR GENERAL.		
	4. ENTREGAR COPIA DE LOS OFICIOS ENVIADOS A LOS EDIFICIOS Y CONJUNTOS RESIDENCIALES PARA LA AUTORIZACIÓN DE ACCESO A LOS ENCUESTADORES, COMO SOPORTE DE LA GESTIÓN REALIZADA EN ESTAS ZONAS.		
	5. ENTREGAR FORMULARIOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LAS 7253 ENCUESTAS REALIZADAS AL FINALIZAR EL CONTRATO.		
	6. ENTREGAR BASE DE DATOS CON EL CONSOLIDADO DE NIÑOS Y NIÑAS NO VACUNADOS AL MOMENTO DEL MONITOREO CON UN SEGUIMIENTO AL FINALIZAR LA RECOLECCIÓN DE DATOS EN CAMPO PARA VERIFICAR EL ESTADO ACTUAL AL MOMENTO DE FINALIZAR LA RECOLECCIÓN DE ENCUESTAS CASA A CASA.		
	7. ENTREGAR BASE DE DATOS TOTAL DEPURADA Y VALIDADA DE LAS 7253 ENCUESTAS.		
Obligaciones del Contratista	8. ENTREGAR BASE DE DATOS FORMATO MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL VALIDADA CON LAS 7253 ENCUESTAS.		
	9. ENVIAR Y SOCIALIZAR EL INFORME PRELIMINAR GENERAL Y POR LOCALIDAD DE ACUERDO A LAS INDICACIONES MENCIONADAS PARA EL ANÁLISIS DE INFORMACIÓN, ASÍ COMO CON EL DESARROLLO DEL PLAN DE ANÁLISIS ESTIPULADO EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO.		
Obligaciones del Contratista	10. ENVIAR Y SOCIALIZAR EL INFORME FINAL GENERAL Y POR LOCALIDAD DE ACUERDO A LAS INDICACIONES MENCIONADAS PARA EL ANÁLISIS DE INFORMACIÓN, ASÍ COMO CON EL DESARROLLO DEL PLAN DE ANÁLISIS ESTIPULADO EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO.		
	ACLARACIONES EL OFERENTE PODRÁ REMITIR SUS OBSERVACIONES Y/O ACLARACIONES POR MEDIO DE LA PLATAFORMA SECOP II DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS EN EL PROCESO.		

	INVITACIÓN A COTIZAR		CÓDIGO : AP-CT-F-04-04
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		VERSIÓN : 4 PÁGINA : 1 DE 2 FECHA : 12/06/2018
INVITACIÓN A COTIZAR No. <u>008-2020 S.NTE</u>			
OBJETO A CONTRATAR	SE REQUIERE CONTRATAR EMPRESA PARA REALIZAR EL MONITOREO RÁPIDO DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN (MRCV) DISTRITAL EN EL MARCO DEL CONTRATO 868689 DEL PLAN DE SALUD DE INTERVENCIONES COLECTIVAS		
	FAVOR DILIGENCIAR LOS ANEXOS CORRESPONDIENTES: ANEXO 1: CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. ANEXO 2: CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES. ANEXO 3: COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN. ANEXO 4: SARLAFT EMPRESA ANEXO 5: PROPUESTA ECONOMICA		
APROBACIÓN			
Firmas	Nombre y Firma Responsable Proceso de Compras:	LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA	
	Nombre y Firma Dirección de Contratación:	DRA. LIDIA HEMILET CALA CELIS	
	Nombre y Firma Subgerente Corporativo:	DR. ALVARO DE JESÚS GALVIS BARRIOS (E)	
	Nombre y Firma Gerente:	DRA. YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ	

ANEXO No. 1
CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

Bogotá (fecha)

SEÑORES

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

DIRECCION DE CONTRATACIÓN - COMPRAS

comprasrednorte6@gmail.com

CL 66 No. 15 – 41, Sede Administrativa, Tercer piso – Oficina Compras

Bogotá D.C

REFERENCIA: La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, se permite invitar a presentar propuestas para: SE REQUIERE CONTRATAR EMPRESA PARA REALIZAR EL MONITOREO RÁPIDO DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN (MRCV) DISTRITAL EN EL MARCO DEL CONTRATO 868689 DEL PLAN DE SALUD DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

El suscrito_____ (Nombre del proponente) actuando en nombre y presentación de (Persona Jurídica y/o Consorcio / Unión Temporal) presento la siguiente propuesta dentro del asunto en referencia y declaro que:

- ✓ Conozco y acepto la invitación a cotizar y/o pliego de condiciones que soportan la presente contratación.
- ✓ Que el valor de la propuesta corresponden a \$ _____
- ✓ Que la presente propuesta y el contrato en caso de ser adjudicado y suscrito comprometo a quien suscribe la presente carta en la calidad con que actúa en ella.
- ✓ Que ninguna entidad o persona distinta al firmante tiene interés comercial en esta propuesta ni en el contrato que de ella se derive.
- ✓ Que ni el suscrito ni la empresa a la que represento nos encontramos incurso en causal de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Ley.
- ✓ Que me comprometo a suscribir el presente contrato dentro del término establecido.
- ✓ Aceptamos las condiciones de pago a 90 días de acuerdo con lo estipulado en el contrato a suscribir

Nombre del Proponente:

Representante Legal:

Firma del Representante Legal o quien haga sus veces_____

ANEXO NO. 2
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES

Bogotá (fecha)

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 de los últimos seis (6) meses 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 este registrado en la Cámara de Comercio. Para las Empresas con menos de seis (6) meses de creada, deberá certificar el cumplimiento a partir de la fecha de su constitución.

ANEXO 3
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

(Ciudad) (Fecha)

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

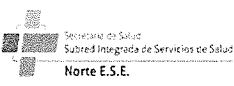
Asunto: Presentación de Compromiso Anticorrupción

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)

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-23-02 VERSIÓN: 2 PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 06/05/2019
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	
	CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	
PERSONA JURÍDICA ☐ PERSONA NATURAL ☐ OTRA: ☐ CUAL: _____		
1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN CON LA EMPRESA (MARCA CON X)		
ASEGURADOR ☐ PROVEEDOR ☐ CONTRATISTA ☐ PARTICULAR ☐ OTRO ☐ CUAL: _____		
2. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA		
RAZÓN SOCIAL		NIT
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
	NOMBRES	
CEDULA DE EXTRANJERÍA ☐	CEDULA DE CIUDADANÍA ☐	NUMERO:
	LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
FECHA NACIMIENTO: AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO	DEPARTAMENTO
	NACIONALIDAD (1)	
	NACIONALIDAD (2)	
DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL	PAÍS	DEPARTAMENTO
	CIUDAD	
	TELÉFONO/FAX	
CORREO ELECTRÓNICO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:	
DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA	DEPARTAMENTO/ CIUDAD	PAÍS
	TELÉFONO/FAX	
TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONÓMICA)		
PUBLICA ☐	MIXTA ☐	PRIVADA ☐
SERVICIOS DE SALUD ☐	SERVICIOS FINANCIEROS ☐	TRANSPORTES ☐
	SERVICIOS ☐	INDUSTRIAL ☐
		FARMACÉUTICA ☐
		COMERCIAL ☐
		OTRA ☐ CUAL: _____
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE	SI ☐ NO ☐	RENTA/CREE
	SI ☐ NO ☐	IVA
	SI ☐ NO ☐	ICA
	SI ☐ NO ☐	CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONÓMICA
	SI ☐ NO ☐	PRINCIPAL ☐ SECUNDARIA ☐
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☐	AGENTE RETENEDOR
	SI ☐ NO ☐	AGENTE AUTORETENEDOR
	SI ☐ NO ☐	
3. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)		
POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS	SI ☐	NO ☐
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO	SI ☐	NO ☐
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL	SI ☐	NO ☐
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA	SI ☐	NO ☐
Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:		
IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN		
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL	%	TIPO DE IDENTIFICACIÓN
		NUMERO IDENTIFICACIÓN
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐
4. INFORMACIÓN FINANCIERA (ÚLTIMO PERÍODO DECLARADO)		
INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES		ACTIVOS TOTALES
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES		PASIVOS TOTALES
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES		PATRIMONIO
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:		
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:		
5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES		
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:	SI ☐	NO ☐
REDESCUENTO ☐	EXPORTACIONES ☐	LEASING ☐
	SERVICIOS ☐	OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS ☐
		IMPORTACIONES ☐
PAGO DE SERVICIOS ☐	PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA ☐	INVERSIONES ☐
		OTRA ☐ Especifique cual: _____
TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	MONTO OPERACIÓN
		CIUDAD
		PAÍS
		MONEDA
6. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS		
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":		

	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-23-02 VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 06/05/2019

1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.

3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.

4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.

5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

6. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)

7. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

8. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE se destinarán a actividades lícitas.

9. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

10. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

11. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.

7. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.

4. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado.

5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO
Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

8. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.

3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente: Declaro expresamente:
 *Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
 *Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. TRATAMIENTO:El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-23-02 VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA: 1 DE 3 FECHA: 06/05/2019

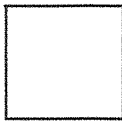
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 66 No. 15-41 Bogotá D.C., Teléfono 3499080, email sarlaft@subrednorte.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

9. FIRMA Y HUELLA	
SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES	
Firma Cliente / Representante Legal	Huella Índice Derecho

10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN	
1. Ciudad y fecha	
2. Nombre y Cargo de quien verifica:	
3. Lugar de la Entrevista:	
4. Observaciones:	
5. Firma y Cédula	

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
INVITACIÓN A COTIZAR No 008-2020**

**ANEXO No 05 PROPUESTA ECONOMICA SERVICIO DE MONITOREO
RÁPIDO A COBERTURAS DE VACUNACIÓN (MRCV)**

NOMBRE DE LA EMPRESA:

NIT:

Item	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de Medida	V/R Unitario	IVA	V/R Total
1	DISEÑO OPERATIVO DE CAMPO QUE DE CUENTA EL ALISTAMIENTO EN TERENO PARA LA RECOLECCIÓN DE LAS ENCUESTAS	1	INFORME		-	-
2	ENCUESTAS EFECTIVAS	7253	1 ENCUESTA INCLUIDA EL TH Y LOGIDSTICA		-	-
3	SISTEMATIZACIÓN Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN	1	BASE DE DATOS		-	-
4	INFORME FINAL Y SOCIALIZACIÓN	1	INFORME		-	-
			TOTAL			-

Nombre:

Firma

Representante Legal

FECHA DE EXPEDICIÓN: Enero 20 De 2020

CDP. No.

143

ORIGINAL

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

DEPENDENCIA: T01 GERENCIA Y JUNTA DIRECTIVA

[illegible]

CODIGO PRESUPUESTAL.....: 3110203

NOMBRE RUBRO.....: HONORARIOS

SALDO DE DISPONIBILIDADES : 102,222,358.00

PRESUPUESTO DISPONIBLE : 1,907,355,992.00

SALDO DE APROPIACION :	2,009,578,350.00
------------------------	------------------

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:

MONITOREO RAPIDO DE COBERTURAS DE VACUNACION DISTRITAL

POR UN VALOR INICIAL DE : 378,000,000.00

CON UN VALOR REINTEGRADO DE : .00

PARA UN VALOR ACTUAL DE: 378.000.000.00

TRESCIENTOS SETENTA Y OCHO 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: 102,222,358.00

LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.

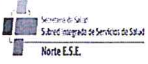
DISPONIBILIDAD NETA: 1,529,355,992.00

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

NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

	ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS				CÓDIGO: AP-CT-F-01-05	
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN				VERSIÓN: 5	
Fecha de Solicitud D/M/A		02-01-2020		Fecha de Recibido D/M/A		
DATOS DEL SOLICITANTE						
Nombre del Solicitante:		SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ				
Proceso:		GESTION DEL RIESGO -PSPIC				
Correo Electrónico y teléfono		dirgestiondelriesgonorte@gmail.com				
PAA ()	PROYECTO (X)	SUPERVISOR DEL CONTRATO PERFILO CARGO			REFERENTE VSP	
OBJETO A CONTRATAR						
SE REQUIERE CONTRATAR EMPRESA PARA REALIZAR EL MONITOREO RÁPIDO DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN (MRCV) DISTRITAL EN EL MARCO DEL CONTRATO 868689 DEL PLAN DE SALUD DE INTERVENCIONES COLECTIVAS.						
JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR						
EL PLAN DE DESARROLLO BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS, EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) TIENE COMO META EL MANTENIMIENTO DE COBERTURAS ÚTILES DE VACUNACIÓN POR ENCIMA DEL 95%, PARA LO CUAL CONSTANTEMENTE CREA ESTRATEGIAS QUE GARANTICE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MISMAS, LOGRANDO IMPACTAR EN LA PRESENTACIÓN DE EVENTOS PREVENIBLES POR VACUNA, EN ESPECIAL EN EVENTOS DE ELIMINACIÓN Y ERRADICACIÓN. POR LO ANTERIOR, SE REQUIERE REALIZAR LA EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA PAI, MEDIANTE LA METODOLOGÍA DE MONITOREO RÁPIDO DE VACUNACIÓN, CUYA FINALIDAD ES ANALIZAR LOS INDICADORES DE COBERTURA EN EL NIVEL LOCAL Y DISTRITAL E IDENTIFICAR LOS NIÑOS Y NIÑAS QUE NO HAN RECIBIDO O QUE NO TIENEN SU ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETA Y POR ENDE DISMINUIR LA PRESENCIA DE CASOS SUSCEPTIBLES DE ENFERMAR.						
DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR						
Ítem	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	Especificación Técnica	Observación
1	SERVICIO DE MONITOREO RAPIDO A COBERTURAS DE VACUNACION (MRCV)	1	SERVICIO		ANEXO TECNICO	UNIDAD DE MEDIDA SE TOMA EN SERVICIO YA QUE SE DEBE CONTRAR CON UN EQUIPO QUE CUENTE CON EL TALENTO HUMANO QUE EJECUTE EL MRC
¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI ☒ NO ☐						
REQUISITOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR						
1. SOPORTAR EXPERIENCIA DE 2 AÑOS RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL. 2. CERTIFICACIÓN DE 3 CONTRATOS ANTERIORES RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL. 3. PRESENTAR HOJAS DE VIDA DE EQUIPO PARA DESARROLLAR EL OBJETO CONTRACTUAL. 4. PRESENTAR PROPUESTA DE EJECUCIÓN DE ACUERDO A LINEAMIENTOS TÉCNICOS.						
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA						
TÉCNICOS X		ECONÓMICOS X		OTROS		CUALES:
SE REQUIERE VISITA TÉCNICA						
NO						
GARANTIAS DEL CONTRATO						
Patrimonio Autónomo ☐	Póliza Seriedad de la Oferta ☐	Póliza Calidad y Correcto funcionamiento de Bienes ☒	Póliza Pago de Salario, Prestaciones Sociales e Indemnizaciones ☒	Póliza Seguro de Manejo de Recursos Públicos para Particulares ☐		
Garantía Bancaria ☐	Póliza Cumplimiento del Contrato ☒	Póliza Estabilidad de Obra ☐	Póliza Responsabilidad Civil Extracontractual ☐	Póliza Provisión de Repuestos, Accesorios y Correcto funcionamiento de Equipos ☐		

49
10.01.2
3:27

	ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS	CÓDIGO : AP-CT-F-01-05
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.	VERSIÓN : 5
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 2 DE 2
		FECHA : 12/06/2018

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

- GENERALES:**
- CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS.
 - ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO.
 - MANTENER DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA . EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD.
 - SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTIA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS .
 - PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.
 - PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN.
 - NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.
 - DAR CUMPLIMIENTO A LOS S PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN.
 - EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS.
 - CONTAR CON CONCEPTO TECNICO FAVORABLE POR PARTE DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD SOBRE LOS PRODUCTOS CONTRATADOS.
 - CONSTANCIA DE DESTINACIÓN DE PAGO DE SALARIOS O PRESTACIONES DE SERVICIO.

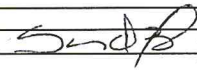
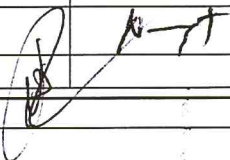
- ESPECÍFICAS:** GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS TECNICOS ANEXOS AL PRESENTE DOCUMENTO EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS
- CRONOGRAMA DEL DESARROLLO DE ACTIVIDADES Y DEL DESARROLLO EN CAMPO, EL CUAL DEBE ENTREGARSE EN UN TÉRMINO DE 5 DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE LA FIRMA DEL CONTRATO O DEL ACTA DE INICIO.
 - ENTREGAR UN INFORME DEL PROCESO DEL ALISTAMIENTO PREVIO AL TRABAJO DE CAMPO, QUE INCLUYA LOS LISTADOS DE ASISTENCIA Y EL ACTA DE LA REUNIÓN DE CAPACITACIÓN RECIBIDA POR LOS ENCUESTADORES Y SUPERVISORES Y COORDINADOR GENERAL.
 - ENTREGAR COPIA DE LOS OFICIOS ENVIADOS A LOS EDIFICIOS Y CONJUNTOS RESIDENCIALES PARA LA AUTORIZACIÓN DE ACCESO A LOS ENCUESTADORES, COMO SOPORTE DE LA GESTIÓN REALIZADA EN ESTAS ZONAS.
 - ENTREGAR FORMULARIOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LAS 7253 ENCUESTAS REALIZADAS AL FINALIZAR EL CONTRATO.
 - ENTREGAR BASE DE DATOS CON EL CONSOLIDADO DE NIÑOS Y NIÑAS NO VACUNADOS AL MOMENTO DEL MONITOREO CON UN SEGUIMIENTO AL FINALIZAR LA RECOLECCIÓN DE DATOS EN CAMPO PARA VERIFICAR EL ESTADO ACTUAL AL MOMENTO DE FINALIZAR LA RECOLECCIÓN DE ENCUESTAS CASA A CASA.
 - ENTREGAR BASE DE DATOS TOTAL DEPURADA Y VALIDADA DE LAS 7253 ENCUESTAS.
 - ENTREGAR BASE DE DATOS FORMATO MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL VALIDADA CON LAS 7253 ENCUESTAS.
 - ENVIAR Y SOCIALIZAR EL INFORME PRELIMINAR GENERAL Y POR LOCALIDAD DE ACUERDO A LAS INDICACIONES MENCIONADAS PARA EL ANÁLISIS DE INFORMACIÓN, ASÍ COMO CON EL DESARROLLO DEL PLAN DE ANÁLISIS ESTIPULADO EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO.
 - ENVIAR Y SOCIALIZAR EL INFORME FINAL GENERAL Y POR LOCALIDAD DE ACUERDO A LAS INDICACIONES MENCIONADAS PARA EL ANÁLISIS DE INFORMACIÓN, ASÍ COMO CON EL DESARROLLO DEL PLAN DE ANÁLISIS ESTIPULADO EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO.
 - EL PAGO SE REALIZARÁ CONTRA ENTREGA DE PRODUCTOS DE LA SIGUIENTE MANERA:

PROCENTAJE DE PAGO	PRODUCTOS A ENTREGAR
40%	CRONOGRAMA DEL DESARROLLO DE ACTIVIDADES Y DEL DESARROLLO EN CAMPO INFORME DEL PROCESO DEL ALISTAMIENTO PREVIO AL TRABAJO DE CAMPO 5% DE ENCUESTAS EFECTIVAS
55%	COPIA DE LOS OFICIOS ENVIADOS A LOS EDIFICIOS Y CONJUNTOS RESIDENCIALES PARA LA AUTORIZACIÓN DE ACCESO A LOS ENCUESTADORES, COMO SOPORTE DE LA GESTIÓN REALIZADA EN ESTAS ZONAS. FORMULARIOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LAS 7253 ENCUESTAS REALIZADAS AL FINALIZAR EL CONTRATO. ENTREGAR BASE DE DATOS CON EL CONSOLIDADO DE NIÑOS Y NIÑAS NO VACUNADOS AL MOMENTO DEL MONITOREO CON UN SEGUIMIENTO AL FINALIZAR LA RECOLECCIÓN DE DATOS EN CAMPO PARA VERIFICAR EL ESTADO ACTUAL AL MOMENTO DE FINALIZAR LA RECOLECCIÓN DE ENCUESTAS CASA A CASA. BASE DE DATOS TOTAL DEPURADA Y VALIDADA DE LAS 7253 ENCUESTAS. ENTREGAR BASE DE DATOS FORMATO MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL VALIDADA CON LAS 7253 ENCUESTAS. INFORME PRELIMINAR GENERAL Y POR LOCALIDAD DE ACUERDO A LAS INDICACIONES MENCIONADAS PARA EL ANÁLISIS DE INFORMACIÓN, ASÍ COMO CON EL DESARROLLO DEL PLAN DE ANÁLISIS ESTIPULADO EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO. INFORME FINAL GENERAL Y POR LOCALIDAD DE ACUERDO A LAS INDICACIONES MENCIONADAS PARA EL ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.
5%	ACTA DE LIQUIDACIÓN DE CONTRATO

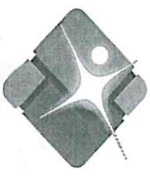
PLAZO ESTIMADO DE EJECUCION DEL CONTRATO (en días o meses)
2 MESES

CAUSALES DE RECHAZO DE UNA OFERTA
--

- Quando las condiciones técnicas, económicas, financieras y legales de la propuesta no lo permita.
- Quando se demuestre la participación de un oferente en varias propuestas.
- Quando se solicite alguna aclaración y no sea enviado en dicho termino.
- Quando la propuesta sea presentado en lugar o fechas diferente al cronograma.
- Quando el oferente presente información inexacta o no corresponda a la verdad.
- Quando existan motivos que impidan la escogencia objetiva de la oferta y proponente.

Firmas	Nombre y Firma del solicitante:	SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ	 
	Firma del Director de la Oficina de Contratación :	LIDIA HEMILET CALA CELIS	
	Nombre y Firma VoBo. Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	
	Nombre y Firma Gerente:	YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ	

Observaciones: El valor de la propuesta es de \$378.000.000.

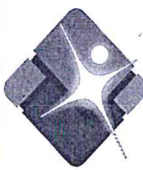
	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ESTUDIOS PREVIOS PARA PROCESOS DE SELECCIÓN Código: SDS-CON-FT-064 V.2	Elaborado por: Diana Fernanda Gutiérrez Edgar Javier Herrera Belma Lorena Luque Carla Estefanía Poveda Diego Alejandro Restrepo Jose Clemente Gomez Aprobado por: Yonis Ernesto Peña Bernal	
---	--	--	---

CONDICIONES TECNICAS

LINEAMIENTO TECNICO PARA EL DESARROLLO DEL MONITOREO RAPIDO DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN NIÑOS DE 0 A 23 MESES, 24 A 35 MESES Y DE 60 A 71 MESES EN BOGOTA, D.C AÑO 2019.

Elaborado por:
COMPONENTE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EVENTOS TRANSMISIBLES

**DIRECCIÓN EPIDEMIOLOGÍA, ANÁLISIS Y GESTIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD COLECTIVA
SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA**

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ESTUDIOS PREVIOS PARA PROCESOS DE SELECCIÓN Código: SDS-CON-FT-064 V.2	Elaborado por: Diana Fernanda Gutiérrez Edgar Javier Herrera Belma Lorena Luque Carla Estefanía Poveda Diego Alejandro Restrepo Jose Clemente Gomez Aprobado por: Yonis Ernesto Peña Bernal	
--	--	--	---

Contenido

1	JUSTIFICACION	3
2	PROPÓSITO.....	3
3	OBJETIVO GENERAL	3
4	OBJETIVOS ESPECIFICOS	3
5	METODOLOGÍA.....	4
5.1	Población Objeto y criterios de inclusión	4
5.2	<i>Casa efectiva</i>	4
5.3	Tamaño De La Muestra.....	5
6	ESTRATEGIA DE MUESTREO	7
6.1.	Criterios de inclusión	8
6.2.	Criterios de exclusión	8
9.	BIOLÓGICOS A EVALUAR	13
10.	INDICADORES.....	13
	BIBLIOGRAFÍA.	17

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ESTUDIOS PREVIOS PARA PROCESOS DE SELECCIÓN Código: SDS-CON-FT-064 V.2	Elaborado por: Diana Fernanda Gutiérrez Edgar Javier Herrera Belma Lorena Luque Carla Estefanía Poveda Diego Alejandro Restrepo Jose Clemente Gomez Aprobado por: Yonis Ernesto Peña Bernal	
---	---	--	---

**SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD BOGOTÁ DC
DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA
EVALUACIÓN RÁPIDA DE COBERTURAS VACUNALES**

1 JUSTIFICACION

Dentro del plan de desarrollo Bogotá Mejor para Todos, El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) tiene como meta el mantenimiento de coberturas útiles de vacunación por encima del 95%, para lo cual constantemente crea estrategias que garanticen el cumplimiento de las mismas, logrando impactar en la presentación de eventos prevenibles por vacuna, en especial en eventos de eliminación y erradicación. Por lo anterior, se requiere realizar la evaluación de la estrategia PAI, mediante la metodología de monitoreo rápido de vacunación, cuya finalidad es analizar los indicadores de cobertura en el nivel local y distrital e identificar los niños y niñas que no han recibido o que no tienen su esquema de vacunación completa y por ende disminuir la presencia de casos susceptibles de enfermar.

2 PROPÓSITO.

EL Monitoreo Rápido de Coberturas de Vacunación (MRCV) es una herramienta de gestión que ayuda en el proceso de monitoreo de las actividades de vacunación pues permite determinar si todos los niños y niñas de un área determinada del establecimiento de salud han sido vacunados y las razones o motivos por las que no se vacunó.

3 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el estado vacunal en la población de 0 a 23 meses, 24 a 35 meses y de 60 a 71 meses por localidad, de todos los biológicos del esquema permanente del Programa Ampliado de Inmunizaciones.

4 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Reducir la posibilidad de dejar un niño sin vacunar
- Reducir la probabilidad de dejar áreas sin visitar
- Identificar las debilidades en la aplicación de los esquemas de vacunación
- Estimar la cobertura de vacunación con cada biológico en cada uno de las localidades a través de encuesta de cobertura

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ESTUDIOS PREVIOS PARA PROCESOS DE SELECCIÓN Código: SDS-CON-FT-064 V.2	Elaborado por: Diana Fernanda Gutiérrez Edgar Javier Herrera Belma Lorena Luque Carla Estefanía Poveda Diego Alejandro Restrepo Jose Clemente Gomez Aprobado por: Yonis Ernesto Peña Bernal	
--	--	--	---

- Evaluar la oportunidad de aplicación de los biológicos del esquema permanente
- Conocer las razones o motivos por las que el niño no fue vacunado
- Estimar la proporción de vacunados por asegurador.
- Identificar motivos de no vacunación que permitan desarrollar estrategias de trabajo e implementar tácticas de acuerdo a la situación particular de cada municipio.
- Estimar la proporción de tenencia de carné

5 METODOLOGÍA

La metodología a usar, está basada en técnicas de muestreo por conglomerados que seleccionan los conglomerados o áreas geográficas que comparten características similares, como cuadras o manzanas. Un conglomerado en la presente metodología se refiere a la mínima unidad de agrupación objeto de selección (manzana) concentrados dentro de límites geográficos y administrativos bien definidos. En cada uno de los conglomerados se selecciona aleatoriamente el arranque o punto de partida que es una casa. A partir de esta se seleccionarán los sujetos que cumplan con los criterios de selección.

La Organización Mundial de Salud (OMS), ha establecido que a través de este tipo de muestreo se obtiene una precisión del 10% y alrededor de una prevalencia estimada del 50%; para el escenario propuesto, fue calculado una muestra para el Distrito con un error del 2%, un nivel de confianza del 95%¹ y distribución proporcional en cada localidad de acuerdo al histórico de años anteriores. Para este muestreo se deberá seleccionar áreas geográficas que compartan características similares por ejemplo conjuntos de casas, cuadras, manzanas.

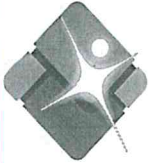
5.1 Población Objeto y criterios de inclusión

Niños entre 0 a 23 meses, 24 a 35 meses y de 60 a 71 meses. Deberá encuestar únicamente niños que tengan por lo menos 2 meses de residencia en la ciudad.

5.2 Casa efectiva

Es aquella vivienda donde se encuentra un niño o niña entre 0 a 23 meses, 24 a 35 meses o de 60 a 71 meses de edad acompañado de un informante adecuado (persona adulta, que pueda proporcionar la información necesaria para la encuesta) que presente el carnet de vacunación al momento de la visita. Si el adulto responsable de proporcionar

¹ 2010. Zapata-Ossa, H.J. Cubides-Munévar, A. López, M. Pinzón-Gómez, E. Filigrana-Villegas, P. Cassiani-Miranda, C. Muestreo por conglomerados en encuestas poblacionales Cluster sampling in health surveys. Rev. Salud Pública. 13 (1): 141-151

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ESTUDIOS PREVIOS PARA PROCESOS DE SELECCIÓN Código: SDS-CON-FT-064 V.2	Elaborado por: Diana Fernanda Gutiérrez Edgar Javier Herrera Belma Lorena Luque Carla Estefanía Poveda Diego Alejandro Restrepo Jose Clemente Gomez Aprobado por: Yonis Ernesto Peña Bernal	
--	--	--	---

información sobre la vacunación del niño está ausente, el hogar debe ser excluido de la encuesta debe registrarse como vivienda visitada más no vivienda efectiva.

5.3 Tamaño De La Muestra

La estimación del tamaño de muestra para el D.C, se establece desde el nivel nacional, de acuerdo a los lineamientos nacionales para la gestión y administración del programa ampliado de inmunizaciones PAI 2019 y muestra final municipios, teniendo en cuenta la meta programática y la población objeto de vacunación de cada departamento y municipio como se observa en la tabla 1, la cual indica que para Bogotá D.C se deben encuestar 7140 menores; para el caso de Bogotá se deja un número de encuestas adicionales para los casos en que en el momento de realizar el control de calidad de los registros según criterios de inclusión y exclusión o por otros errores presentados se deban eliminar encuestas que afecten la muestra nacional dejando el 1,5% adicionales para un total de 7253 encuestas.

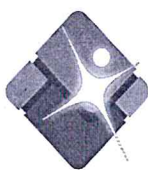
 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ESTUDIOS PREVIOS PARA PROCESOS DE SELECCIÓN Código: SDS-CON-FT-064 V.2	Elaborado por: Diana Fernanda Gutiérrez Edgar Javier Herrera Belma Lorena Luque Carla Estefanía Poveda Diego Alejandro Restrepo Jose Clemente Gomez Aprobado por: Yonis Ernesto Peña Bernal	
--	--	--	---

Tabla 1. Asignación de muestra Nacional, MSPS 2018-2019

Deptos	Municipio	Total población	Rango	Numero de encuestas a realizar (30 manzanas o conglomerados por 7 niños)	Numero de niños a encuestas por manzana	Total de Manzanas	Total de niños a evaluar	Niños_Grupo de edad
ANTIOQUIA	Medellin	85814	De 80000 a 89999	10	7	300	2100	525
ATLÁNTICO	Barranquilla	66952	De 60000 a 69999	8	7	240	1680	420
BOGOTÁ D.C.	Bogotá, D.C.	316507	De 300000 a 399999	34	7	1020	7140	1785
BOLÍVAR	Cartagena	58195	De 50000 a 59999	7	7	210	1470	367,5
BOYACA	Tunja	7997	De 2000 a 9999	2	7	60	420	105
CALDAS	Manizales	11755	De 10000 a 19999	3	7	90	630	157,5
CAQUETA	Florencia	9633	De 2000 a 9999	2	7	60	420	105
CAUCA	Popayan	13022	De 10000 a 19999	3	7	90	630	157,5
CESAR	Valledupar	29344	De 20000 a 29999	4	7	120	840	210
CORDOBA	Montería	25711	De 20000 a 29999	4	7	120	840	210
CUNDINAMARCA	Agua de Dios	329	De 250 a 499			10	70	17,5
CHOCO	Quibdó	10398	De 10000 a 19999	3	7	90	630	157,5
HUILA	Neiva	20412	De 20000 a 29999	4	7	120	840	210
LA GUAJIRA	Riohacha	17677	De 10000 a 19999	3	7	90	630	157,5
MÁGDALENA	Santa Marta	27679	De 20000 a 29999	4	7	120	840	210
META	Villavicencio	24392	De 20000 a 29999	4	7	120	840	210
NARIÑO	Pasto	15393	De 10000 a 19999	3	7	90	630	157,5
NORTE DE SANTANDER	Cucuta	34949	De 30000 a 39999	5	7	150	1050	262,5
QUINDIO	Armenia	10200	De 10000 a 19999	3	7	90	630	157,5
RISARALDA	Pereira	16480	De 10000 a 19999	3	7	90	630	157,5
SANTANDER	Bucaramanga	29631	De 20000 a 29999	4	7	120	840	210
SUCRE	Sincelejo	16016	De 10000 a 19999	3	7	90	630	157,5
TOLIMA	Ibagué	21940	De 20000 a 29999	4	7	120	840	210
VALLE	Cali	16236	De 10000 a 19999	3	7	90	630	157,5
ARAUCA	Arauca	4496	De 2000 a 9999	2	7	60	420	105
CASANARE	Yopal	9259	De 2000 a 9999	2	7	60	420	105
PUTUMAYO	Mocoa	2427	De 2000 a 9999	2	7	60	420	105
SAN ANDRÉS ISLA	San Andrés	2552	De 2000 a 9999	2	7	60	420	105
AMAZONAS	Leticia	3664	De 2000 a 9999	2	7	60	420	105
GUAJINIA	Inírida	1826	De 1000 a 1999			16	112	28
GUAVIARE	San José del Guaviare	3247	De 2000 a 9999	2	7	60	420	105
VAUPES	Mitu	1741	De 1000 a 1999			16	112	28
VICHADA	Puerto Carreño	1407	De 1000 a 1999			16	112	28

Fuente: Lineamiento para el Monitoreo de Coberturas de Vacunación-Monitoreo Municipal Colombia – 2018-2019

Luego se toma la meta programática y realiza una estratificación por peso poblacional para posteriormente asignar a cada localidad el tamaño de muestra y número de conglomerados a realizar, estableciendo el total de la muestra para la ciudad de Bogotá en 7253 niños y niñas como se observa en la tabla 2.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ESTUDIOS PREVIOS PARA PROCESOS DE SELECCIÓN Código: SDS-CON-FT-064 V.2	Elaborado por: Diana Fernanda Gutiérrez Edgar Javier Herrera Belma Lorena Luque Carla Estefanía Poveda Diego Alejandro Restrepo Jose Clemente Gomez Aprobado por: Yonis Ernesto Peña Bernal	
--	--	--	---

Tabla 2. Asignación de muestra por localidad MRCV

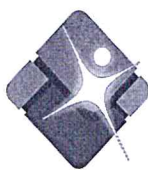
LOCALIDADES		META DEFINITIVA MENOR DE 1 AÑO	META DEFINITIVA DE 1 AÑO	META DEFINITIVA DE 5 AÑOS	TOTAL	Peso porcentual de la población ajustada a compo	Niños a Encuestar por Conglomer ado	Manzana s a encuesta r
1	USAQUEN	7092	7068	7202	21363	7,1	513	26
2	CHAPINERO	5883	6767	6801	19450	2,5	181	9
3	SANTA FE	735	754	813	2302	2,0	145	7
4	SAN CRISTOBAL	3651	3487	3623	10760	4,7	341	17
5	USME	4688	4618	4533	13839	5,2	377	19
6	TUNJUELITO	2743	2747	2888	8379	2,8	203	10
7	BOSA	8012	8011	8421	24443	10,3	747	37
8	KENNEDY	12254	10801	12239	35294	12,4	899	45
9	FONTIBON	3582	3675	3623	10880	3,9	283	14
10	ENGATIVA	6801	6408	6658	19867	6,6	479	24
11	SUBA	9952	9895	10281	30128	10,1	733	37
12	BARRIOS UNIDOS	3113	3799	3868	10780	2,5	181	9
13	TEUSAQUILLO	4390	4702	5406	14497	2,8	203	10
14	MARTIRES	566	565	587	1718	1,6	116	6
15	ANTONIO NARIÑO	4754	5641	5990	16385	4,0	290	15
16	PUENTE ARANDA	6296	6620	7231	20146	4,0	290	15
17	LA CANDELARIA	104	88	137	328	0,8	58	BARRIDO
18	RAFAEL URIBE	6209	5454	5875	17537	6,0	435	22
19	CIUDAD BOLIVAR	8068	8011	7953	24032	10,2	742	37
20	SUMAPAZ	24	24	29	76	0,5	36	2
TOTALES		98914	99134	104159	302207	100	7253	363

Fuente: Cálculo por meta programática -2019 según lineamiento para el Monitoreo de Coberturas de Vacunación- Colombia – 2016.

6 ESTRATEGIA DE MUESTREO

La selección de conglomerados o manzanas se realizará por la SDS, siguiendo un muestreo aleatorio o por conveniencia. La SDS genera los mapas de las manzanas a encuestar a partir de los cuales, se deberá ubicar en una de las esquinas donde se realizará el arranque y desde ese punto iniciar el monitoreo en sentido de las manecillas del reloj.

Se realizará este ejercicio en cada manzana hasta completar la cantidad de niños que se solicita para cada localidad. La estrategia de muestreo se realiza por conveniencia obedeciendo al criterio de vulnerabilidad de la población en relación a la cobertura vacunal.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ESTUDIOS PREVIOS PARA PROCESOS DE SELECCIÓN Código: SDS-CON-FT-064 V.2	Elaborado por: Diana Fernanda Gutiérrez Edgar Javier Herrera Belma Lorena Luque Carla Estefanía Poveda Diego Alejandro Restrepo Jose Clemente Gomez Aprobado por: Yonis Ernesto Peña Bernal	
--	--	--	---

Si con esas manzanas no completa la cantidad de niños, se deberá solicitar un nuevo mapa para el logro de la meta propuesta.

Casos especiales:

- a. En los conjuntos residenciales, se enumeran los edificios, luego se enumeran los pisos y se identifica un departamento al azar para iniciar y luego continuar con las visitas hasta completar el número de menores requerido según lo estipulado por el lineamiento para el Monitoreo de coberturas de vacunación nacional 2016.
- b. En barrios de una sola manzana, realizar el barrido casa a casa hasta completar la muestra; en caso de no completarla, se debe solicitar un nuevo barrio que será asignado por la SDS.
- c. NO encuestar jardines infantiles, cárceles, establecimientos militares, estaciones de bomberos o de policías, instituciones educativas a excepción de aquellos en los que se evidencie que también es lugar de vivienda, aplique la encuesta a la familia que reside en la casa.

6.1. Criterios de inclusión

- Población infantil entre 0 a 23 meses, 24 a 35 meses o de 60 a 71 meses de edad.
- Tiempo de residencia en Bogotá D.C, 2 meses o más.
- Población infantil entre 0 a 23 meses, 24 a 35 meses o de 60 a 71 meses de edad, residentes en la localidad que no están presentes durante el MRCV y que han dejado el comprobante de vacunación con el informante.

6.2. Criterios de exclusión

- Tiempo de residencia en Bogotá D.C, menor a 2 meses.
- Personas fuera de la edad objeto del monitoreo.
- Personas que no vivan en la residencia en el momento del monitoreo.
- Casas donde no haya un informante adulto que aporte la información requerida.
- Menores que en la visita se encuentre que son hermanos: en este caso se toma sólo uno.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ESTUDIOS PREVIOS PARA PROCESOS DE SELECCIÓN Código: SDS-CON-FT-064 V.2	Elaborado por: Diana Fernanda Gutiérrez Edgar Javier Herrera Belma Lorena Luque Carla Estefanía Poveda Diego Alejandro Restrepo Jose Clemente Gomez Aprobado por: Yonis Ernesto Peña Bernal	
--	--	--	---

7. ASPECTOS OPERATIVOS

I. DISEÑO OPERATIVO DE CAMPO:

1. Se deberá realizar un informe correspondiente al alistamiento de las actividades a realizar en terreno y que incluya el reconocimiento en campo de las zonas a intervenir hasta la realización de trámites administrativos necesarios: envío de cartas informativas a los administradores de los conjuntos residenciales y juntas locales para garantizar la socialización de las actividades a realizar en estos espacios, teniendo en cuenta las zonas de riesgo que requieran gestión para el acompañamiento de la policía para garantizar la seguridad del personal. El informe debe incluir los soportes de las acciones realizadas.
2. Presentar al supervisor del contrato, un plan de trabajo con cronograma del desarrollo de las actividades generales y el desarrollo en campo que tendrá como tiempo para la recolección de encuestas 30 días. El cronograma se entregará 5 días hábiles después de la firma del contrato o en su defecto a la firma del acta de inicio.

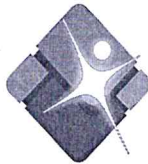
II. RECOLECCION DE INFORMACIÓN – ENCUESTAS EFECTIVAS

Respecto a este punto, el contratista deberá:

1. Contar con el personal establecido por el FFDS-SDS y descrito en el equipo de trabajo requerido para la ejecución del objeto contractual, dicho equipo de trabajo deberá asistir a una capacitación liderada por la SDS, la cual será programada en el cronograma del proceso y dicha capacitación hará referencia al esquema de vacunación del PAI, manejo y diligenciamiento del formulario de recolección de la información.

El personal requerido será:

ROL	CANTIDAD MÍNIMA	FORMACIÓN ACADÉMICA	EXPERIENCIA
ENCUESTADORES	55	Bachiller en cualquier modalidad.	Con experiencia mínima de seis (6) meses en realización de encuestas.
DIGITADORES	6	Bachiller o Técnicos	Con experiencia mínima de Cuatro (4) meses en Digitación de datos y encuestas.
SUPERVISOR DE CAMPO Rol: supervisión y del seguimiento desarrollo en campo	6	Profesionales universitarios en bacteriología, enfermería, medicina, nutrición y dietética y odontología	Con experiencia mínima de seis (6) meses en supervisar y/o liderar procesos de recolección de información o supervisión y/o análisis de información en encuestas en salud

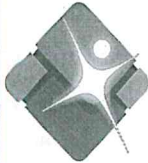
 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ESTUDIOS PREVIOS PARA PROCESOS DE SELECCIÓN Código: SDS-CON-FT-064 V.2	Elaborado por: Diana Fernanda Gutiérrez Edgar Javier Herrera Belma Lorena Luque Carla Estefanía Poveda Diego Alejandro Restrepo Jose Clemente Gomez Aprobado por: Yonis Ernesto Peña Bernal	
--	--	--	---

SUPERVISOR DE SISTEMAS	1	Profesional universitario en sistemas	Con experiencia mínima de 24 meses en coordinación y procesamiento de encuestas en salud
COORDINADOR GENERAL Rol: Análisis de información, validación, ajuste y consolidación de informes	1	Profesional universitario en bacteriología, enfermería, medicina, nutrición y dietética y odontología. Con posgrado en salud pública y/o epidemiología.	Con experiencia mínima de treinta y seis meses (36) meses en coordinación y análisis de encuestas en salud

2. Realizar el trabajo en campo, en el cual se visitarán las viviendas de las áreas seleccionadas², revisando el carnet de vacunación de cada menor. Los datos recolectados deben ser fiel copia de lo registrado en el carné. Es de resaltar que el alistamiento, trabajo en campo y análisis de la información se pueden realizar de manera alterna de acuerdo a la dinámica de las áreas seleccionadas.
3. Realizar las 7253 encuestas efectivas haciendo el recorrido por las diferentes viviendas de las 20 localidades del Distrito en los formatos y con las variables establecidas por la SDS según el carné de vacunación. (Se adjunta el formato de encuesta para tal fin la cual está sujeta a ajustes antes del inicio del proceso en campo).
4. Certificar la visita a cada vivienda efectiva, a través de un soporte firmado³ por quien atiende la visita, lo cual debe incluir el nombre, dirección, teléfono y nombre del niño objeto del monitoreo; también es necesario presentar la fotocopia del carné de vacunación o el mismo en medio magnético de cada niño encuestado, elementos que se utilizarán para la posterior validación de la información por parte de la SDS.
5. Entregar el 100% de las encuestas junto con el informe final y con los respectivos soportes de visita en cada una de las viviendas.
6. Utilizar los medios necesarios para la recolección de la información, de tal manera que permita recopilar todas las variables necesarias para el desarrollo del objeto del estudio.
7. Orientar técnicamente al personal para el desarrollo de las actividades descritas en el presente contrato, relacionadas con los operativos de campo, e interpretación de los carnés de vacunación. En caso de requerir aclaraciones, solicitarlas al supervisor del contrato.

² Las áreas seleccionadas se entregarán al inicio del contrato, a través de mapas distribuidos por cada una de las localidades.

³ El soporte será de elaboración propia del contratista y hará parte del formulario de recolección, previo visto bueno del supervisor del contrato.

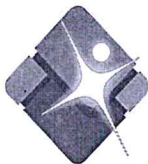
 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ESTUDIOS PREVIOS PARA PROCESOS DE SELECCIÓN Código: SDS-CON-FT-064 V.2	Elaborado por: Diana Fernanda Gutiérrez Edgar Javier Herrera Belma Lorena Luque Carla Estefanía Poveda Diego Alejandro Restrepo Jose Clemente Gomez Aprobado por: Yonis Ernesto Peña Bernal	
--	--	--	---

III. SISTEMATIZACION Y ANALISIS DE LA INFORMACION:

1. Realizar verificación de la información registrada (verificación de esquemas de vacunación, registro de fechas de aplicación de los biológicos) en los formatos de recolección de la información contra aplicativo PAIWEB distrital con el siguiente link: <http://appb.saludcapital.gov.co/Pai/publico/busqueda.aspx>
2. Realizar un control de calidad (verificación de esquemas de vacunación, registro de fechas de aplicación de los biológicos) de la digitación de la información contra el formato de recolección de la información y copia de las carnes de vacunación y realizar los correspondientes ajustes, de tal manera que se garanticen todas las variables necesarias para el análisis.
3. Realizar la digitación y sistematización de la información recolectada, mediante un sistema de información que permita validar reglas de información y minimizar errores en el ingreso del dato, así como en la base Excel entregadas por la secretaría Distrital de Salud formato establecido por el Ministerio de Salud y la Protección Social.
4. Realizar el análisis de la información recolectada (por cada localidad y en general para el Distrito) para los diferentes indicadores de cobertura y oportunidad, así como los parámetros entregados para el informe.

III. INFORME FINAL Y SOCIALIZACION

1. Consolidar y entregar el informe final, con los respectivos anexos (tres copias en físico) y por cada localidad (dos copias en magnético) previa aprobación del supervisor del contrato, en el cual se evidencie la información general para Bogotá y por localidad, que contenga los siguientes ítems.
 - Introducción
 - Justificación
 - Metodología
 - Resultados Generales (análisis descriptivo de la población monitoreada y extrapolada a la población distrital, análisis de población migrante según nacionalidad)
 - Tablas de resultados por localidad, por EAPBs y población migrante para indicadores de oportunidad y cobertura, esquemas completos para la edad.
 - Motivos de no vacunación (análisis descriptivo según grupo de edad por localidad y distrital y para población migrante).
 - Comparativo de resultados de Cobertura en años anteriores.
 - Estado actual de menores no vacunados durante del monitoreo, mediante seguimiento telefónico y aplicativo.
 - Conclusiones
 - Recomendaciones que incluya fortalecimiento a las EAPBs
 - Agradecimientos.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ESTUDIOS PREVIOS PARA PROCESOS DE SELECCIÓN Código: SDS-CON-FT-064 V.2	Elaborado por: Diana Fernanda Gutiérrez Edgar Javier Herrera Belma Lorena Luque Carla Estefanía Poveda Diego Alejandro Restrepo Jose Clemente Gomez Aprobado por: Yonis Ernesto Peña Bernal	
--	--	--	---

2. Realizar la socialización mediante:

- Reuniones con la parte técnica de la SDS y envío del informe preliminar general y por localidad de acuerdo a las indicaciones mencionadas para el análisis de información estipulados en el ítem anterior.
- Reuniones con la parte técnica de la SDS - MSPS y envío del informe final con las observaciones realizadas al informe preliminar.
- Socialización del informe final en el comité PAI Distrital.
- Entrega de los productos, de acuerdo con el cronograma establecido y las especificaciones técnicas del lineamiento técnico para el desarrollo del monitoreo rápido de coberturas de vacunación en niños de 0 a 23 meses, 24 a 35 meses y de 60 a 71 meses, en Bogotá D.C., año 2019.

8. ENTREGABLES

Se contemplan los siguientes productos a entregar por parte del contratista al supervisor del contrato:

1. Cronograma del desarrollo de actividades y del desarrollo en campo, el cual debe entregarse en un término de 5 días hábiles después de la firma del contrato o del acta de inicio.
2. Entregar un informe del proceso del alistamiento previo al trabajo de campo, que incluya los listados de asistencia y el acta de la reunión de capacitación recibida por los encuestadores y supervisores y coordinador general.
3. Entregar copia de los oficios enviados a los edificios y conjuntos residenciales para la autorización de acceso a los encuestadores, como soporte de la gestión realizada en estas zonas.
4. Entregar formularios de recolección de datos de las 7253 encuestas realizadas al finalizar el contrato.
5. Entregar base de datos con el consolidado de niños y niñas no vacunados al momento del monitoreo con un seguimiento al finalizar la recolección de datos en campo para verificar el estado actual al momento de finalizar la recolección de encuestas casa a casa.
6. Entregar base de datos Total depurada y validada de las 7253 encuestas.
7. Entregar base de datos formato Ministerio de Salud y la Protección Social validada con las 7253 encuestas.
8. Enviar y socializar el informe preliminar general y por localidad de acuerdo a las indicaciones mencionadas para el análisis de información, así como con el desarrollo del plan de análisis estipulado en el lineamiento técnico. Este informe se debe enviar al correo epv.sds@saludcapital.gov.co , lmguasmayan@saludcapital.gov.co

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ESTUDIOS PREVIOS PARA PROCESOS DE SELECCIÓN Código: SDS-CON-FT-064 V.2	Elaborado por: Diana Fernanda Gutiérrez Edgar Javier Herrera Belma Lorena Luque Carla Estefanía Poveda Diego Alejandro Restrepo Jose Clemente Gomez Aprobado por: Yonis Ernesto Peña Bernal	
--	--	--	---

9. Enviar y socializar el informe final general y por localidad de acuerdo a las indicaciones mencionadas para el análisis de información, así como con el desarrollo del plan de análisis estipulado en el lineamiento técnico. Este informe se debe enviar al correo epv.sds@saludcapital.gov.co , lmguasmayan@saludcapital.gov.co
10. Entregar actas de socialización de los resultados obtenidos en el Monitoreo ante la Secretaría Distrital de Salud y el Ministerio de Salud y la protección Social, teniendo en cuenta el cronograma del proceso, así como las listas de asistencia y presentaciones en Power Point.
11. Entregar informe final de resultados con ajustes solicitados por la entidad contratante y con aval del supervisor del contrato que se debe radicar en 3 copias físicas con 4 copias magnéticas.

9. BIOLÓGICOS A EVALUAR

Se tendrá en cuenta los siguientes esquemas de vacunación (tabla 4), que involucra todos los biológicos del esquema permanentes de vacunación del PAI los cuales corresponden a: Hepatitis B, BCG, Polio (dosis 1ra, 2da, 3ras, refuerzo 1 y 2), Pentavalente (dosis 1ra, 2da, 3ras), rotavirus (dosis 1ra, 2da), neumococo (dosis 1ra, 2da), influenza, triple viral (dosis 1ras y refuerzo), Varicela, hepatitis a, fiebre amarilla, DPT (refuerzo 1 y refuerzo 2).

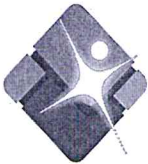
Tabla 4. Esquemas a evaluar

Grupo de población	Biológicos a evaluar
0 a 11 meses	Esquema completo para niños menores de un año
12 a 23 meses	Esquema completo para niños de un año de edad
24 a 35 meses	Esquema completo para niños de 24 a 35 meses de edad
60 a 71 meses	Esquema completo para niños de 60 a 70 meses de edad

10. INDICADORES

Tabla 4. Indicadores de cobertura

INDICADOR	DESCRIPCIÓN
Cobertura con BCG en menores de 1 año	Número de niños de 0 a 11 meses vacunados con BCG / Total de niños de 0 a 11 meses encuestados * 100
Cobertura con terceras dosis de pentavalente en menores de 1 año	Número de niños de 6 a 11 meses vacunados con tercera dosis de pentavalente / Total de niños de 6 a 11 meses encuestados * 100

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ESTUDIOS PREVIOS PARA PROCESOS DE SELECCIÓN Código: SDS-CON-FT-064 V.2	Elaborado por: Diana Fernanda Gutiérrez Edgar Javier Herrera Belma Lorena Luque Carla Estefanía Poveda Diego Alejandro Restrepo Jose Clemente Gomez Aprobado por: Yonis Ernesto Peña Bernal	
--	--	--	---

INDICADOR	DESCRIPCIÓN
Cobertura con terceras dosis de anti polio en menores de 1 año	Número de niños de 6 a 11 meses vacunados con tercera dosis de anti polio / Total de niños de 6 a 11 meses encuestados * 100
Cobertura con segunda dosis de neumococo en menores de 1 año	Número de niños de 4 a 11 meses vacunados con segunda dosis de neumococo / Total de niños de 4 a 11 meses encuestados * 100
Cobertura con segunda dosis de rotavirus en menores de 1 año	Número de niños de 4 a 11 meses vacunados con segunda dosis de rotavirus / Total de niños de 4 a 11 meses encuestados * 100
Cobertura de vacunación con dosis de Triple viral	Número de niños de 12 a 23 meses vacunados con dosis de triple viral / Total de niños de 12 a 23 meses encuestados * 100
Cobertura de vacunación con fiebre amarilla	Número de niños de 18 a 23 meses vacunados con fiebre amarilla / Total de niños de 18 a 23 meses encuestados * 100
Cobertura de vacunación con refuerzo de neumococo	Número de niños entre 12 y 23 meses vacunados con refuerzo de neumococo / Total de niños entre 12 y 23 meses encuestados * 100
Cobertura de vacunación con DPT primer refuerzo	Número de niños de 18 a 23 meses vacunados con DPT primer refuerzo / Total de niños de 18 a 23 meses encuestados * 100
Cobertura de vacunación con anti polio primer refuerzo	Número de niños de 18 a 23 meses vacunados con anti polio primer refuerzo / Total de niños de 18 a 23 meses encuestados * 100
Cobertura de vacunación con DPT segundo refuerzo	Número de niños de 60 a 71 meses vacunados con DPT segundo refuerzo / Total de niños de 60 a 71 meses encuestados * 100
Cobertura de vacunación con anti polio segundo refuerzo	Número de niños de 60 a 71 meses vacunados con anti polio segundo refuerzo / Total de niños de 60 a 71 meses encuestados * 100
Cobertura de vacunación con triple viral dosis de refuerzo	Número de niños de 60 a 71 meses vacunados con triple viral refuerzo / Total de niños de 60 a 71 meses encuestados * 100

Fuente: Ministerio de la Protección Social, Lineamiento Evaluación de coberturas Vacunales, año 2011

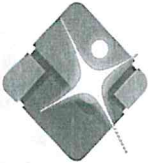
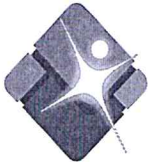
 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ESTUDIOS PREVIOS PARA PROCESOS DE SELECCIÓN Código: SDS-CON-FT-064 V.2	Elaborado por: Diana Fernanda Gutiérrez Edgar Javier Herrera Belma Lorena Luque Carla Estefanía Poveda Diego Alejandro Restrepo Jose Clemente Gomez Aprobado por: Yonis Ernesto Peña Bernal	
--	--	--	---

Tabla 5. Indicadores de Oportunidad

Indicador	Descripción
Oportunidad en la vacunación con BCG en el recién nacido	Número de niños/as de 1 a 11 meses vacunados en los primeros 29 días con BCG / Total de niños/as de 1 a 11 meses encuestados * 100
Oportunidad de vacunación con Hepatitis B en el recién nacido	Número de niños/as de 1 a 11 meses vacunados en los primeros 29 días con hepatitis B / Total de niños/as de 1 a 11 meses encuestados * 100
Oportunidad en la vacunación con primera dosis antipolio	Número de niños/as de 3 a 11 meses vacunados con primera dosis de antipolio entre los 2 meses y 2 meses 29 días / Total de niños/as de 3 a 11 meses encuestados * 100
Oportunidad en la vacunación con segunda dosis de antipolio	Número de niños/as de 5 a 11 meses vacunados con segunda dosis de antipolio entre los 4 meses y 4 meses 29 días de edad / Total de niños/as de 5 a 11 meses encuestados * 100
Oportunidad en la vacunación con tercera dosis de antipolio	Número de niños/as de 7 a 11 meses vacunados con tercera dosis de antipolio entre los 6 meses y 6 meses 29 días de edad / Total de niños/as de 7 a 11 meses encuestados * 100
Oportunidad en la vacunación con primera dosis pentavalente	Número de niños/as de 3 a 11 meses vacunados con primera dosis de pentavalente entre los 2 meses y 2 meses 29 días de edad / Total de niños/as de 3 a 11 meses encuestados * 100
Oportunidad en la vacunación con segunda dosis de pentavalente	Número de niños/as de 5 a 11 meses vacunados con segunda dosis de pentavalente entre los 4 meses y 4 meses 29 días de edad / Total de niños/as de 5 a 11 meses encuestados * 100
Oportunidad en la vacunación con tercera dosis de pentavalente	Número de niños/as de 7 a 11 meses vacunados con tercera dosis de pentavalente entre los 6 meses y 6 meses 29 días de edad / Total de niños/as de 7 a 11 meses encuestados * 100
Oportunidad de la vacunación con primera dosis de rotavirus	Número de niños/as vacunados con primera dosis de rotavirus entre los 2 meses y 2 meses 29 días de edad / Total de niños/as entre 3 a 11 meses encuestados * 100
Oportunidad de la vacunación con segunda dosis de rotavirus	Número de niños/as de 5 a 11 meses vacunados con segunda dosis de rotavirus entre los 4 meses y 4 meses 29 días de edad / Total de niños/as entre 5 y 11 meses encuestados * 100
Oportunidad de vacunación con primera dosis de neumococo	Número de niños/as vacunados con primera dosis de neumococo entre los 2 y 2,29 días de edad / Total de niños/as entre 3 y 11 meses encuestados * 100
Oportunidad de vacunación con segunda dosis de neumococo	Número de niños/as de 5 a 11 meses vacunados con segunda dosis de neumococo entre los 4 meses y 4 meses 29 días de edad / Total de niños/as entre 5 y 11 meses encuestados * 100
Oportunidad en la vacunación con dosis de triple viral	Número de niños/as de 16 a 23 meses vacunados con dosis de triple viral entre los 12 meses y 15 meses 29 días de edad / Total de niños/as entre 16 y 23 meses encuestados * 100
Oportunidad en la vacunación con dosis de triple viral	Número de niños/as de 13 meses vacunados con dosis de triple viral entre los 12 meses y 29 días de edad / Total de niños de 13 meses encuestados * 100
Oportunidad en la vacunación para Primer refuerzo de DPT, Polio.	Número de niños/as de 22 a 23* meses vacunados con primer refuerzo de DPT –Polio entre los 18 y 21 meses de edad / Total de niños/as entre 22 a 35 meses encuestados * 100

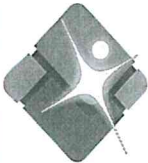
 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ESTUDIOS PREVIOS PARA PROCESOS DE SELECCIÓN Código: SDS-CON-FT-064 V.2	Elaborado por: Diana Fernanda Gutiérrez Edgar Javier Herrera Belma Lorena Luque Carla Estefanía Poveda Diego Alejandro Restrepo Jose Clemente Gomez Aprobado por: Yonis Ernesto Peña Bernal	
---	--	--	---

Indicador	Descripción
Oportunidad en la vacunación para Primer refuerzo de DPT, Polio.	Número de niños/as de 19 meses vacunados con refuerzo de DPT, Polio entre los 18 meses y 29 días de edad / Total de niños/as de 19 meses encuestados * 100
Oportunidad en la vacunación para Fiebre amarilla.	Número de niños/as de 22 a 23* meses vacunados con Fiebre Amarilla entre los 18 y 21 meses de edad / Total de niños /as entre 22 a 35 meses encuestados * 100
Oportunidad en la vacunación para Fiebre amarilla.	Número de niño/as s de 19 meses vacunados con Fiebre amarilla entre los 18 meses y 29 días de edad / Total de niños/as de 19 meses encuestados * 100
Oportunidad de vacunación con refuerzo de neumococo	Número de niños/as de 16 a 23 meses vacunados con refuerzo de neumococo entre los 12 meses y 15 meses 29 días de edad / Total de niños/as entre 16 y 23 meses encuestados * 100

Fuente: Ministerio de la Protección Social, Lineamiento Evaluación de coberturas Vacunales, año 2011

Tabla 6. Motivos de no vacunación

MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCION SOCIAL-SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD- SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA			
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION-GRUPO EVENTOS PREVENIBLES POR VACUNA			
MOTIVOS DE NO VACUNACION	RELACIONADOS CON LA LOGÍSTICA Y LAS ESTRATEGIAS DELPROGRAMA	MOTIVO DE NO VACUNACIÓN	INDICACION
		1. Lugar de vacunación lejano o cerrado, ausencia del vacunador	NACIONAL
		2. Horarios de vacunación restringido	NACIONAL
		3. Largos tiempos de espera	NACIONAL
		4. No hay vacunas o insumos.	NACIONAL
		5. Falta o perdidas de carné de vacunación	NACIONAL
		6. No afiliado	NACIONAL
		7. Desconocimiento de la jornada de Influenza	NACIONAL
		8. Desconocimiento de que las vacunas son gratis	NACIONAL
	RELACIONADOS CON LA SALUD DEL USUARIO:	9. Niño enfermo	NACIONAL
		10. Niño hospitalizado	NACIONAL
		11. Orden médica por enfermedad.	NACIONAL
		12. Reacción adversa a dosis previas (leve, moderadas y graves)	NACIONAL
		13. El medico dijo que tenia las vacunas completas	NACIONAL
		14. Peso menor a 2000 gr al nacer	NACIONAL

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ESTUDIOS PREVIOS PARA PROCESOS DE SELECCIÓN Código: SDS-CON-FT-064 V.2	Elaborado por: Diana Fernanda Gutiérrez Edgar Javier Herrera Belma Lorena Luque Carla Estefanía Poveda Diego Alejandro Restrepo Jose Clemente Gomez Aprobado por: Yonis Ernesto Peña Bernal	
--	---	--	---

MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCION SOCIAL-SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD-SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA			
RELACIONADOS CON EL CUIDADOR O FAMILIA:		15. Anafilaxia a dosis previas (reacción alérgica grave que compromete la vida del niño)	NACIONAL
		16. Falta del tiempo del cuidador	NACIONAL
		17. Rechazo a la vacunación	NACIONAL
		18. Porque tiene las vacunas completas	NACIONAL
		19. No conoce el motivo (si el cuidador es otra persona diferente a mama o papa)	DISTRITAL
		20. Se encontraba fuera del país	DISTRITAL

Fuente: MSPS - SDS 2019

BIBLIOGRAFÍA.

Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento de evaluación de coberturas. Oportunidad y esquemas completos de vacunación, Colombia 2011.

Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento para el Monitoreo de Coberturas de Vacunación-Monitoreo Municipal Sarampión-Rubéola. Colombia – 2016.

Manual técnico Administrativo del PAI tomo 5. Ministerio de Salud y Protección social, 2016.

