



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

PROCESO DE SELECCIÓN MINIMA CUANTIA.

INVITACION PÚBLICA – FFDS – MC – 001- 2012

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD DIRECCION DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y SERVICIO AL CIUDADANO CRONOGRAMA DEL PROCESO

| PROCEDIMIENTO | FECHA |
|---|--|
| Invitación Pública y Estudios Previos | 28-05-2012 |
| Observaciones | 28-05-2012 |
| Respuesta a observaciones y expedición de Adendas (si hubiere lugar a ello) | Un día hábil antes del cierre |
| Recepción de ofertas y cierre. | Desde el 28-05-2012 hasta 30-05-2012 a las 11: 00 A.M. |
| Verificación de Requisitos habilitantes al proponente que ofertó el precio mas bajo. | 31-05-2012 |
| Termino para subsanar requisitos habilitantes. | 1-06-2012 |
| Publicación de informe de Requisitos habilitantes del proponente que ofertó el precio más bajo. | 04-06-2012 |
| Observaciones al Informe de Evaluación y requisitos Habilitantes | 05-06-2012 |
| Respuestas a las observaciones y Comunicación de aceptación o declaración de desierta. | 07-06-2012 |

NOTA 1: Advirtiendo que el proponente con la propuesta más baja, no lograra subsanar el requerimiento realizado por la entidad o lo realizare de forma deficiente, y teniendo en cuenta que el procedimiento establecido por la normativa vigente nos indica que debemos realizar el mismo procedimiento con la segunda propuesta más baja y así sucesivamente, este cronograma será modificado según el desarrollo del proceso.

NOTA 2: Debe ser de conocimiento público que el presente proceso de selección queda supeditado a la respuesta que entregue la Secretaria de Hacienda del Distrito frente a la aceptación de la publicación de esta invitación como acto de apertura para que sea encuadrado como proceso en curso, igualmente deben tener presente que el contrato resultante del proceso de selección, solo será registrado en los días de JULIO, una vez se encuentre armonizado el Plan de Gobierno Distrital BOGOTÁ HUMANA.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

INVITACION PÚBLICA: La entidad publicará la Invitación a través del SECOP, como también en la página Web www.contratacionbogota.gov.co link portal de contratación a la vista, ruta procesos en curso, tipo de proceso Procesos Mínima Cuantía - Entidad Fondo Financiero Distrital de Salud.

PARTICIPANTES:

Podrán participar en el presente proceso las personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras, individualmente o asociadas en consorcio o unión temporal, conformadas en los términos establecidos en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, normas reglamentarias y en la presente invitación pública.

1. **OBJETO:** Realizar estudio sobre la percepción Satisfacción de la ciudadanía con la calidad de la atención brindada a través de los puntos de Servicio al Ciudadano ubicados a nivel central y en la Red Cade-Supercade; y medir la percepción sobre la efectividad de las respuestas a los peticionarios-as frente a quejas y reclamos ingresados al Sistema de Quejas y Soluciones de la Secretaria Distrital de Salud.

NOTA: En virtud de lo establecido en el artículo 94 de la Ley 1474 de 2012, el capítulo V del Decreto 734 de 2012 en especial lo establecido en el Artículo 3.5.3.

1.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR POR PARTE DEL CONTRATISTA: En cumplimiento del objeto descrito anteriormente, se considera necesario el cumplimiento de las siguientes obligaciones, las cuales se agrupan por categorías:

A. CATEGORÍA GENERALES

1. Entregar a la Secretaría Distrital de Salud, los soportes del presente estudio (documentos, revisión bibliográfica, diccionario de variables, bases de datos, metodología, formularios utilizados (que incluya el logo de la SDS), filmaciones de los Grupos Focales y los demás que ésta considere pertinente.
2. Mencionar a la Secretaría Distrital de Salud como titular de la investigación, en el evento que desee publicar la investigación.
3. Autorizar con la suscripción del contrato, a la Secretaría Distrital y/o Fondo Financiero Distrital, para publicar los resultados de la investigación, conservando los autores los derechos morales sobre el trabajo.
4. Los resultados de la presente contratación serán de uso exclusivo de la Secretaria Distrital de Salud y el contratista investigador se obliga a no hacer utilización ni de los formularios, ni de los resultados, para fines distintos del objeto del contrato.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

B. CATEGORIA DE ANÁLISIS:

Desarrollar las siguientes obligaciones relacionadas con la categoría de análisis:

1. COMPONENTE DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA:

1.1 Evaluar la opinión general de los ciudadanos y ciudadanas que han utilizado los servicios que brinda la dependencia de Servicio al Ciudadano de la Secretaría Distrital de Salud en los puntos ubicados en la Red Cade-Supercade y los ubicados en el Centro Distrital de Salud, frente a los atributos específicos que debe tener cada ciclo del servicio y la percepción de cómo influyó en su "Satisfacción Total", y la forma como sus necesidades fueron atendidas.

1.2 Identificar los requisitos que los ciudadanos-as desean obtener, como atributos de calidad del Servicio al Ciudadano de la Secretaría Distrital de Salud.

1.3 Evaluar la oportunidad del servicio de atención en módulos en el Centro Distrital y en la Red Cade-Supercade (tiempo de operación) en cuanto a los siguientes tiempos: i) Tiempo de espera para ser atendido desde que llega a la portería hasta que ingresa a la sala de espera de servicio al ciudadano; ii) Tiempo de espera para ser atendido desde que ingresa a la sala de espera hasta que es atendido en módulos; iii) Tiempo de duración de la atención en módulos; iv) Tiempo total en la oportunidad de la atención, que es el tiempo que transcurre entre su ingreso por la portería hasta que sale del módulo con la orientación e información a sus necesidades.

1.4 Evaluar si la Dependencia de Servicio al Ciudadano facilita el acceso a la información sobre los servicios que ofrece la Secretaría Distrital de Salud y las Empresas Sociales del Estado.

1.5 Evaluar si son de conocimiento general, los mecanismos con que cuenta la Dependencia de Servicio al Ciudadano de la Secretaría Distrital de Salud, para conocer las necesidades y expectativas de los ciudadanos-as frente a la prestación de los servicios.

1.6 Evaluar la funcionalidad de los canales de comunicación de Servicio al Ciudadano: pág. Web link "contáctenos", Línea 018000, líneas convencionales, carteleras para el usuario-a, videos en sala de espera, programa "Libro al Viento", periódico "Participación al Día, así como también sus otros canales de atención como: Puntos en Red Cade y Super Cade y Ferias de Servicio al Ciudadano.

1.7 Evaluar si la forma y contenido de la información personalizada que se le brinda a los/as ciudadanos/as para resolver sus necesidades o problemáticas, es fácilmente entendible por éstos de acuerdo a su nivel de comprensión o educación.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

1.8 Evaluar si a los/as ciudadanos/as se les provee de información específica sobre sus derechos y deberes en salud.

1.9 Evaluar los resultados de la visita a los puntos de atención de Servicio al Ciudadano, en cuanto a si se logró completar el trámite en la visita o si debe adelantar trámites adicionales ante otra entidad.

1.10 Evaluar la opinión de los ciudadanos-as respecto a la efectividad de la Dependencia de Servicio al Ciudadano de la Secretaría Distrital de Salud a nivel Central y en sus puntos de atención de la Red Cade y Supercade, en su función de Protección del Usuario en su derecho a la salud y en sus vulneraciones respecto a la garantía del derecho a la salud.

1.11 Determinar los ciclos del servicio que presenten resultados críticos en su evaluación, identificando las variables o "factores críticos" a mejorar, la prioridad de acción si es absoluta, alta ó media y formular recomendaciones de acciones para disponer de este marco de referencia que permita el levantamiento de los Planes de Mejoramiento por cada ciclo del servicio.

1.12 Determinar los motivos de barreras de acceso identificadas por los ciudadanos y ciudadanas encuestados, de acuerdo con el tipo:

1.12.1 Tipo de Barreras de acceso geográficas: Aquellas relacionadas con la accesibilidad por ubicación, dispersión, distancia y transporte de las instituciones y servicios con respecto al sitio de residencia del ciudadano/a. Cuando las aseguradoras contratan prestadores dispersos y alejados de la residencia de los afiliados. Cuando las IPS de las ESE quedan retiradas de donde vive el ciudadano/a. Problemas en el desplazamiento por las condiciones del terreno hacia los puntos de atención de referencia. Se le asigna un centro de primer nivel cercano, pero debe acudir a los niveles superiores a sitios muy lejanos de su residencia.

1.12.2 Tipo de Barreras de acceso administrativas: En esta categoría se enmarcan los aspectos legales (relacionados con el modelo económico y operativo del SGSSS), organización de la oferta de servicios, sistema de información que soporta el SGSSS (Base de Datos desactualizadas o con inconsistencias o errores en los datos ingresados), procedimientos y trámites administrativos engorrosos para acceder a los servicios de salud o que dilatan la prestación del servicio. Dificultades administrativas para la autorización de tratamientos.

1.12.3 Tipo de Barreras de acceso económicas: Conectadas a la productividad activa de la población y por ende, a su capacidad de pago para acceder a servicios. Carencia de recursos económicos para el pago de copagos, cuotas de recuperación o cuotas moderadoras, por prestación de servicios de hospitalización, consulta externa, exámenes de apoyo diagnóstico, adquisición de medicamentos, etc. Cobros incorrectos. No cumplimiento de topes máximos por un mismo evento al año.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

1.12.4 Tipo de barreras de acceso técnicas: Conectadas a los procesos clínicos para garantizar a los pacientes la seguridad del proceso de atención, que los servicios cumplan con los requisitos y especificaciones de calidad.

1.12.5 Tipo de Barreras de acceso cultural: Se expresan en función de las tradiciones de la comunidad, la inadecuada información sobre salud y el proceso de enfermedad y la concepción de los beneficios derivados de los servicios de salud; ligadas a las condiciones de etnia, género, ciclo vital, cultura y educación.

1.13 Identificar las sugerencias de los/as ciudadanos/as frente a la prestación del servicio de orientación e información a la ciudadanía de la Secretaría Distrital de Salud.

1.14 Evaluar la Figura del Defensor del Ciudadano adoptada por la Secretaria Distrital de Salud (Resol.645 01/06/2010, evaluando la opinión de los ciudadanos-as en cuanto a si identifica en la Dependencia de Servicio al Ciudadano la persona que asume esta Figura, si ha utilizado este servicio para la solución de las controversias que se le hayan presentado entre los mismos y la entidades de salud, o sometido a su conocimiento e intervención requerimientos o quejas para su resolución.

1.15 Evaluar la información general sobre la caracterización socio-demográficas de los/as ciudadanos/as encuestados, determinando variables de sexo, género, edad, localidad de residencia, nivel educativo, ocupación, tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, afiliados por EPS-S encuestados, nivel del SISBEN, servicios calificados y el número de ciudadanos/as encuestados en cada uno de éstos, ciudadanos/as que están utilizando el servicio por primera vez y los usuarios regulares, la fidelización de los ciudadanos/as que volverían a utilizar el Servicio a la Ciudadanía de la Secretaria Distrital de Salud.

1.16 Realizar como parte de una Fase exploratoria externa complementaria, 1 (un) Grupo Focal, con ciudadanos-as que hayan sido atendidos a través del procedimiento de orientación de información del Centro Distrital de Salud.

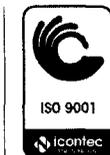
2. COMPONENTE DEL SISTEMA DE QUEJAS Y SOLUCIONES:

2.1. Evaluar la satisfacción con el Sistema de Quejas y Soluciones de la Secretaria Distrital de Salud, en los atributos específicos de este ciclo del servicio y la percepción de cómo influyó en su "Satisfacción Total", la forma como sus necesidades fueron atendidas.

2.2. Identificar los requisitos que los ciudadanos-as desean obtener, como atributos de calidad en el Sistema de Quejas y Soluciones de la Secretaría Distrital de Salud.

2.3. Identificar las razones para la interposición de una queja, reclamo u otro requerimiento, ante el Sistema de Quejas y Soluciones de la Secretaría distrital de Salud.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- 2.4. Evaluar las facilidades en el acceso a los peticionarios-as, para interponer un Derecho de Petición u otro requerimiento, a través de los mecanismos dispuestos por la Secretaría Distrital de Salud para la recepción, registro y trámite en el sistema de Quejas y Soluciones.
- 2.5. Evaluar la opinión de los peticionarios-as, respecto a la coherencia del contenido de las respuestas que le emitieron a su derecho de petición y demás requerimientos, frente a si correspondió y atendió las necesidades expuestas por la ciudadanía o por las Entidades.
- 2.6. Evaluar la opinión de los peticionarios-as, respecto a verificar la claridad de las respuestas, a los derechos de petición y demás requerimientos, en cuanto a que su redacción fue en términos y/o en lenguaje de fácil comprensión para éste.
- 2.7. Evaluar la opinión de los peticionarios-as, respecto a verificar la oportunidad de las respuestas a los derechos de petición y demás requerimientos, de acuerdo con el tipo de solicitud y los tiempos establecidos en la normatividad vigente.
- 2.8. Evaluar la Percepción por parte de los peticionarios-as sobre el Sistema de Quejas y Soluciones de la Secretaría distrital de Salud, relacionada con respuestas que les son emitidas (respuestas efectiva, respuestas no efectivas o no pertinentes).
- 2.9. Evaluar la información general sobre la caracterización socio-demográficas de los/as peticionarios/as encuestados, determinando variables de sexo, género, orientación sexual, edad, localidad de residencia, nivel educativo, ocupación, tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, afiliados por EPS-S encuestados, nivel del SISBEN, tipo de petición interpuesta y el número de peticionarios-as encuestados en cada uno de éstos, peticionarios-as que han utilizado el Sistema de Quejas y Soluciones por primera vez y que lo han utilizado varias veces, la fidelización de éstos y si volverían a utilizar el SQS de la Secretaria Distrital de Salud.
- 2.10. Realizar como parte de una Fase exploratoria externa complementaria, 1 Grupo Focal, con peticionarios-as cuyos derechos de petición y otros requerimientos hayan sido ingresados en el Sistema de Quejas y Soluciones de la Secretaría Distrital de Salud y se encuentren en "estado de cerrados".

C. CATEGORIA OPERATIVAS

1. Presentar a los tres (3) días posteriores al inicio del contrato, el plan de trabajo y cronograma de ejecución para aprobación del supervisor/a del contrato y el equipo funcional que este determine.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

2. Documentarse sobre los aspectos relacionados con la actual Política Pública Distrital de Salud, la Política Pública Distrital de Participación Social y Servicio al Ciudadano en Salud, el ciclo del servicio al ciudadano que desarrolla la dependencia de Servicio al Ciudadano, el Sistema de Quejas y Soluciones, entre otros.
3. Realizar reuniones con los equipos de trabajo del Procedimiento de Orientación e Información, Red Cade y Supercade, el Sistema de Quejas y Soluciones, y/o con quienes por su intervención tengan que ver con las fases de ejecución del estudio.
4. Coordinar las actividades de las diferentes fases del Estudio, con los referentes designados de la Dependencia de Servicio al Ciudadano.
5. Administrar los recursos económicos del proyecto y ejecutar el objeto del contrato con el grupo de profesionales en cantidad y calidad propuestos por la Entidad contratada, el cual deberá mantenerse durante el plazo de ejecución del contrato. Cualquier cambio que se requiera en el grupo de trabajo, deberá ser aprobado previamente por el(a) supervisor/a del contrato.
6. Presentar informes parciales de los avances del estudio, en reuniones de seguimiento que se harán con el Director de Participación Social y Servicio al Ciudadano, la Coordinadora de Servicio al Ciudadano y el equipo funcional de Servicio al Ciudadano que se determine. Las fechas de las reuniones de seguimiento serán programadas de mutuo acuerdo, con el supervisor/a del contrato y el equipo funcional responsable.
7. Realizar presentaciones del Informe Final de la investigación a los diferentes grupos de interés que se acuerden, levantando un cronograma de fechas para las diferentes presentaciones que será fijado en coordinación con la supervisión del contrato y desarrollando diferentes metodologías como presentaciones magistrales, Café-Salud, entre otras.

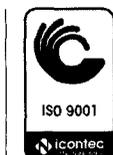
D. CATEGORÍA METODOLÓGICAS

1. Diseñar y desarrollar una metodología de investigación de acuerdo con los siguientes criterios y requisitos:

i) Un tamaño de muestra representativa de encuestas, con un nivel de confianza del 95% y un error de estimación del 4%. Son aproximadamente 1.100 encuestas, de las cuales:

a. Ochocientas (800) encuestas estructuradas que se aplicarán en forma presencial por interceptación en la salida de la Dependencia de Servicio al Ciudadano ubicada en la Secretaría y en los 13 Puntos de atención ubicados en los Cades y Supercades, a aquellas personas de primera vez y regulares que han accedido al servicio.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

b. Trescientas (300) encuestas estructuradas para el componente del Sistema de Quejas y Soluciones, que se aplicarán por Teleauditoría (entrevistas telefónicas efectivas).

c. Realización de 2 Grupos Focales, de la siguiente manera: 01 (un) Grupo Focal con mínimo 20 ciudadanos-as que hayan sido atendidos a través del procedimiento de orientación e información del Centro Distrital de Salud. Y 01 (un) Grupo Focal con mínimo 20 peticionarios-as cuyos derechos de petición y otros requerimientos hayan sido ingresados en el Sistema de Quejas y Soluciones de la Secretaría Distrital de Salud y se encuentren en "estado de cerrados".

ii) En la primera fase del estudio (planeación y diseño), se deberá realizar la definición de las variables del estudio, y la aprobación conjunta de éste con el/la supervisor del contrato o a quien designe.

iii) Revisar con la Dependencia de Servicio al Ciudadano, de Participación Social y el equipo funcional que se determine para este estudio, la distribución de la muestra.

iv) Determinar los criterios en la elaboración de los cuestionarios de encuesta, en términos de contenido y con el vocabulario entendible por los ciudadanos(as), teniendo en cuenta las observaciones planteadas por el grupo funcional definido para este estudio.

2. Garantizar la originalidad de la metodología y procedimientos desarrollados en el estudio, con excepción de aquellas citas o transcripciones de otras obras hechas dentro de los límites autorizados por la ley.

3. Entregar el informe final de los resultados de la investigación siguiendo las normas vigentes de ICONTEC, en original y cuatro copias impresas y cuatro (4) medios magnéticos (CD), a satisfacción del supervisor del contrato.

4. Entregar un artículo en Word relacionado con el resumen de los resultados, la metodología empleada, el marco de conceptos técnicos empleados sobre atributos medidos y la perspectiva con la que fueron evaluados, para su publicación en la revista de investigaciones de la Secretaría Distrital de Salud. La guía para escribir el artículo será la que suministre el grupo funcional de investigaciones de la Secretaría Distrital de Salud. Dicho artículo será entregado por el contratista en medio impreso, en original y cuatro (4) copias; y en cuatro copias en medio magnético (CD), previo concepto favorable del supervisor del contrato.

E. APLICACIÓN DE ENCUESTAS.

1. Aplicar mil cien (1.100) encuestas, de las cuales:

a. Ochocientas (800) encuestas estructuradas que se aplicarán en forma presencial por interceptación.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- b. Trescientas (300) encuestas que se aplicarán por entrevistas telefónicas efectivas.
- c. Realización de 2 Grupos Focales con mínimo 20 participantes cada uno.

F. DERECHOS DE AUTOR

Con la presentación de la propuesta, el participante acepta de forma expresa la entrega de la titularidad de derechos patrimoniales de autor del estudio, los formatos y/o herramientas utilizadas para el desarrollo de este al igual que toda la información contenida en este a la Secretaría Distrital de Salud y/o Fondo Financiero Distrital, conservando los autores los derechos morales sobre su trabajo.

Si el investigador desea publicar los resultados del estudio en una publicación diferente a la referida en las obligaciones, deberá solicitar autorización al Fondo Financiero Distrital de Salud, para asegurar la protección de la propiedad intelectual de los productos y el mal uso de esta información.

1.2. PRODUCTOS

En desarrollo de la ejecución del objeto contractual, y teniendo en cuenta las actividades, el contratista deberá entregar los siguientes productos:

- Presentar a los tres (3) días posteriores al inicio del contrato, el plan de trabajo y cronograma de ejecución.
- Entregar las 1.100 encuestas aplicadas y sus diagnósticos.
- Presentar informes parciales de los avances del estudio.
- Entregar el informe final de los resultados de la investigación y de la realización de los 2 grupos focales, en original y cuatro copias impresas y cuatro (4) medios magnéticos (CD).
- Entregar un artículo en Word relacionado con el resumen de los resultados. en medio impreso, en original y cuatro (4) copias; y en cuatro copias en medio magnético (CD).
- Entregar a la Secretaría Distrital de Salud, las bases de datos utilizadas y la filmación de los 2 Grupos Focales.
- Entregar Informe Final de la investigación a los diferentes grupos de interés que se acuerden, desarrollando diferentes metodologías tales como presentaciones magistrales, Café-Salud, entre otras.

1.3. PLAZO DE EJECUCIÓN:

El plazo de ejecución, será de tres (3) meses contados a partir de la firma del acta de inicio entre el supervisor y el contratista, previa legalización del contrato.

1.4. VALOR:

El presupuesto oficial para el presente proceso de selección es de \$ 52'234.700, respaldado por el Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No. 3834 de fecha

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Febrero 29 de 2012, con cargo al rubro código No. 33.331.33113.04.37.0617 denominado "Participación Social por el Derecho a la Salud", para vigencia 2012, valor que incluye IVA y demás gastos en los que deba incurrir el contratista para la correcta ejecución del contrato (cuando a ello hubiese lugar).

Una vez legalizado el contrato, el saldo que resulte de la Disponibilidad Presupuestal que amparó el presente proceso, será liberado por la Dirección Financiera al momento de expedirse el Registro Presupuestal.

El valor del contrato resultante del presente proceso de selección, será valor de la propuesta presentada, en el caso de que esta sea superior al valor del presupuesto oficial, ésta será rechazada.

El valor propuesto contempla los gastos que se generan para la suscripción y legalización del contrato y los descuentos en los pagos.

1.4.1. FORMA DE PAGO:

El valor del contrato será pagado de la siguiente manera: el cien por ciento (100%) del valor del contrato a la ejecución total del contrato previa entrega y recibo a satisfacción de las actividades y productos pactados, con la presentación de la factura o cuanta de cobro.

El Fondo Financiero Distrital de Salud realizará los pagos dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de factura con sus soportes en la Dirección Financiera de la Secretaría Distrital de Salud.

Los pagos estarán precedidos de la certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor/a, previa presentación y entrega de los informes y/o productos correspondientes, la certificación de pago de aportes parafiscales y una vez EL FONDO cuente con el respectivo PAC.

1.4.2. SUPERVISIÓN:

La supervisión del contrato resultante del presente proceso, será realizada por el **Director de Participación Social y Servicio al Ciudadano** de la Secretaría Distrital de Salud.

1.5. REQUISITOS TECNICOS OBJETO DE VERIFICACION.

La selección del contratista: La contratación será adjudicada al proponente que presente la propuesta más baja y que cumpla con los requisitos solicitados en la invitación.

En caso que solo se presente una propuesta, la entidad dará aplicación a lo establecido en el párrafo 4 de artículo 3.5.4. del Decreto 734 de 2012.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

La entidad establecerá en la invitación los requisitos mínimos habilitantes que serán verificados únicamente en el oferente con el precio más bajo. En caso que este no cumpla con los requisitos habilitantes exigidos, se podrá contratar con el oferente que haya presentado el segundo menor precio, previa verificación de sus calidades habilitantes y así sucesivamente. De no lograrse lo anterior se repetirá el proceso de selección.

1.5.1. Condiciones de Experiencia

El proponente deberá acreditar experiencia mínima de tres (3) años en realizar estudios de mercado y/o satisfacción, en el sector salud dentro de los últimos 7 años (contados a partir de la fecha de publicación de la invitación) mediante certificaciones que incluyan el nombre del contratista, el contratante, objeto contratado, especificar en el plazo de ejecución la fecha de inicio y fecha de terminación y estar expedidas en papel membreado el cual contenga dirección, teléfono nombre y cargo de quien lo expide.

1.5.1.1 Capacidad de Organización

El proponente deberá especificar y justificar, según sea el caso, la conformación de su empresa con respecto a recurso humano y técnico para el desarrollo de las actividades requeridas, lo cual deberá demostrar mediante el respectivo organigrama adjunto con la propuesta.

1.5.1.2 Condiciones Técnicas

- Una Propuesta técnica y metodológica para la realización del estudio objeto de la invitación, que soporte y comprenda cómo desarrollará técnicamente cada una de las categorías de análisis de los Componentes de Servicio al Ciudadano y del Sistema de Quejas y Soluciones.
- Un equipo de trabajo conformado mínimo por: Un/a (1) coordinador del proyecto profesional con experiencia mínima de dos (2) años en la ejecución de este tipo de investigaciones y en la realización de Grupos Focales; Un/a (1) ingeniero de sistemas con experiencia mínima de dos (2) años en la ejecución de estudios de mercado; Un/a profesional en estadística con experiencia mínima de dos (2) años en la ejecución de estudios de mercado; Dos (2) digitadores con experiencia mínima de un (1) año en dichas labores; ocho (8) encuestadores/as con experiencia mínima de un (1) año en estudios de mercado. Se debe presentar soportes de las hojas de vida que demuestre la formación profesional y/o técnica y la experiencia de cada uno. Las certificaciones deben contener nombre del contratante y contratista, objeto del contrato y plazo de ejecución.
- Demostrar mediante certificaciones la capacidad tecnológica (hardware – software – sistema de comunicaciones - herramientas) de que se dispone, que evidencien la suficiencia tecnológica para ejecutar estudios de esta dimensión y volumen, y entregar los productos en corto tiempo.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- Demostrar mediante un soporte administrativo la implementación del Sistema de Calidad y Confidencialidad de la Información, que ha adoptado el oferente, para el control y seguridad de acceso a su Sistema de Información y Comunicación.

1.5.1.3. Condiciones Económicas

- El contratista deberá presentar su propuesta económica con los valores unitarios de cada una de las actividades a desarrollar y que se encuentren acordes con los precios de mercado.

El contratista deberá presentar el valor total de la propuesta de acuerdo con el formato anexo N° 2. Exento de IVA (Artículo 1° del Decreto 2577 de 1999), por tratarse de acciones contenidas en el Plan de Atención Básica en Salud –PAB- (ART. 165 LEY 100/93).

1.5.2 VERIFICACIÓN DE LAS PROPUESTAS

1.5.2.1 VERIFICACION JURIDICA: Se comprobará el cumplimiento de los requisitos legales establecidos en la presente invitación. A esta verificación NO se le asignará puntaje, su resultado será de CUMPLE o NO CUMPLE.

1.5.2.2 VERIFICACIÓN TÉCNICA: comprobará el cumplimiento de los requisitos técnicos establecidos en la presente invitación. A esta verificación NO se le asignará puntaje, su resultado será de CUMPLE o NO CUMPLE.

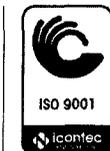
Las condiciones de experiencia, estudio y/o perfiles serán verificadas con los documentos soporte tales como: hojas de vida, certificaciones de estudio, certificaciones de experiencia, tarjetas profesionales y la documentación que se pretenda hacer valer, la cual debe estar en buenas condiciones de legibilidad no encontrarse con tachones, repisados y/o enmendaduras

1.6. Comunicación de aceptación de la Oferta o de Declaratoria de Desierta: La Entidad manifestará la aceptación expresa e incondicional de la misma, los datos de contacto de la Entidad y del supervisor designado con la publicación de la comunicación de aceptación, el proponente seleccionado quedará informado de la aceptación de su oferta.

En caso de no lograrse la adjudicación, la entidad declarará desierto el proceso mediante comunicación motivada que se publicara en la página de contratación a la vista y en SECOP.

Si hubiere proponentes, el término para presentar el recurso de reposición correrá desde la notificación del acto correspondiente.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

En caso de no lograrse la adjudicación, la entidad declarará desierto el proceso

1.7 REQUISITOS HABILITANTES

El interesado en presentar propuesta debe tener en cuenta:

- No encontrarse incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de que tratan los artículos 8° y 9° de la Ley 80 de 1993 y demás normativa pertinente.
- Presentar la propuesta directamente o por intermedio de su agente comercial, mandatario o persona estatutariamente autorizada para el efecto de acuerdo con la ley.
- Documento que acredite el cumplimiento de lo establecido en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, sobre aportes parafiscales.
- El objeto social debe tener como actividad central o principal, la realización de actividades objeto del presente proceso de selección abreviada de mínima cuantía.
- Tener una duración no inferior a la del plazo del contrato y un (1) año más.
- Acreditar su existencia y representación legal mediante la presentación del certificado correspondiente, expedido con una antelación no superior a un (1) mes.
- Aportar la autorización del representante legal o de la Junta de Socios para comprometer a la Persona Jurídica hasta por el valor de la propuesta y/o para suscribir el contrato. Esto cuando su facultad esté limitada a un valor inferior al de la misma.

1.7.1 CONDICIONES RELATIVAS A LA CAPACIDAD JURÍDICA Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS

Los Proponentes individuales o que presenten su Propuesta bajo las formas asociativas permitidas por la ley, deben:

- a) Tener capacidad para contratar conforme a las normas legales (artículo 6 de la Ley 80 de 1993).
- b) Si se trata de personas jurídicas nacionales o extranjeras, su duración no deberá ser inferior al plazo de ejecución del contrato y un (1) año más, contado a partir de la fecha de cierre. Deben tener domicilio en Colombia o sucursal y su objeto social debe permitirle ejecutar el objeto del contrato.
- c) En el caso de los Consorcios o Uniones Temporales cada miembro de la asociación debe cumplir individualmente con el requisito exigido en los literales a) y b).

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

Así, mismo debe haberse conformado antes de la fecha de presentación de la propuesta por un término de duración no inferior al plazo de ejecución del contrato y un año más, contado a partir de la fecha de cierre de este procedimiento de selección.

Las calidades y demás requisitos exigidos a los proponentes en la invitación deberán acreditarse mediante los documentos expedidos por la entidad y/o autoridad que fuere competente conforme a la Ley colombiana y a lo previsto en la invitación.

1.7.2. DOCUMENTOS PARA ACREDITAR LA CAPACIDAD JURÍDICA.

Todos los Proponentes, esto es, todas las personas que presenten oferta de manera individual o como integrantes de un Consorcio o Unión Temporal, deben presentar los documentos relacionados a continuación:

1.7.3 CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA. FORMATO 1.

El proponente podrá diligenciar y allegar la carta de presentación siguiendo el formato establecido para el efecto. Lo importante para la entidad es que la carta de presentación de la propuesta contenga todas las manifestaciones plasmadas en el formato No 1, por lo que no importa el modelo que se utilice, ni el orden de diligenciamiento, lo importante es que contenga todas la manifestaciones requeridas y plasmadas allí.

La carta de presentación de la propuesta podrá ser diligenciada en el Formato No. 1, de esta invitación este tiene como finalidad que el proponente exprese de manera clara e inequívoca que conoce los términos del proceso de selección, que acepta sus condiciones y que cumple con los requisitos y exigencias de orden jurídico.

Quien constituya apoderado debe tener la legitimación para hacerlo, caso en el cual debe anexar el poder conforme a la ley, correspondiente con la manifestación expresa de las facultades otorgadas y sus limitaciones.

1.7.4. CEDULA DE CIUDADANÍA, CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL Y AUTORIZACIÓN DEL ÓRGANO SOCIETARIO CORRESPONDIENTE (SI SE REQUIERE) Ó CERTIFICACIÓN SOBRE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO MERCANTIL.

a) Las personas naturales colombianas y extranjeras: Cédula de ciudadanía o extranjería según el caso.

b) Las personas jurídicas deben presentar los documentos que acrediten la existencia y representación, en el cual conste que la sociedad está registrada o tiene sucursal en

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Colombia y que el término de duración no es inferior a la duración del contrato y un año más y que su objeto social incluye actividades que estén relacionadas con el objeto del presente procedimiento de selección. Este certificado debe ser expedido con antelación máxima de treinta (30) días calendario a la fecha de cierre de la presente contratación.

Cuando el proponente obre por conducto de un representante o apoderado, allegará con su propuesta copia del documento legalmente otorgado en el que conste tal circunstancia y las facultades para presentar la propuesta y celebrar contrato.

Si existieren limitaciones en las facultades del representante legal para contratar y comprometer a la sociedad (artículo 196 y 263 del Código de Comercio) o si no es el representante legal principal el que presenta la oferta, **deben adjuntar el documento de autorización expresa del órgano social competente**, en el cual conste que se lo autoriza para presentar la oferta en las condiciones exigidas en la invitación. La fecha de expedición de tal documento, no podrá ser posterior a la fecha definitiva de cierre del presente procedimiento de selección.

La ausencia de las autorizaciones que de conformidad con los estatutos sociales se requieran para representar y comprometer válidamente a la persona jurídica, la incapacidad legal de la misma para desarrollar el objeto del contrato a celebrar, la vigencia de la sociedad inferior a la exigida, se entenderá por no presentada la propuesta.

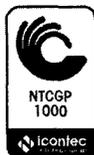
c) La Persona Natural inscritas en el Registro Mercantil debe acreditar su inscripción en el registro mercantil, mediante certificado expedido por la Cámara de Comercio en la cual se encuentren inscritas, con fecha de expedición no antelación de (30) días calendarios al la fecha de cierre de la presente contratación, salvo para el caso del ejercicio de la profesiones liberales.

1.7.5 DOCUMENTO DE CONSTITUCIÓN DEL CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL.

Si la propuesta es presentada por un Consorcio o Unión Temporal se debe adjuntar a la propuesta el documento de constitución, de conformidad con lo señalado en el artículo 7 de la Ley 80 de 1993, el cual debe:

1. Indicar en forma expresa si su participación es a título de consorcio o unión temporal.
2. Señalar las reglas básicas que regulan su relación. Para el caso de la unión temporal, los términos y extensión de la participación en la propuesta y en las obligaciones derivadas del objeto y de la ejecución del contrato, las cuales no podrá modificar sin el consentimiento previo y escrito de la entidad.
3. Manifiestar su responsabilidad, de manera clara y expresa, sobre todas y cada una de las obligaciones derivadas de la propuesta y de la ejecución del contrato.
4. Cuando se trate de miembros del consorcio la responsabilidad es solidaria e ilimitada; y tratándose de los miembros de la unión temporal, la responsabilidad es solidaria por el cumplimiento total de la propuesta y del objeto contratado, pero las sanciones por el incumplimiento de las obligaciones derivadas de la propuesta y del contrato se impondrán de acuerdo con la participación (porcentaje o extensión) en la ejecución de cada uno de los miembros de la unión temporal.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

5. Indicar el término de duración, el cual no debe ser inferior a la vigencia del contrato objeto del presente proceso y un (1) año más.
6. Designar el Representante del Consorcio o Unión Temporal quién suscribirá la propuesta y el contrato, de resultar adjudicatario.
7. Manifiestar que se compromete a no ceder, a ningún título, su participación en el consorcio o unión temporal a los demás integrantes o a un tercero.
8. Acreditar la existencia y representación de cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal, en los términos establecidos en la presente invitación.
9. Suscribirse el documento por cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal.

SE PODRA DILIGENCIAR EL FORMATO 2 DOCUMENTO DE CONFORMACIÓN DE CONSORCIO, EN CASO DE QUE LO QUE SE CONSTITUYA SEA UN CONSORCIO O DILIGENCIAR EL FORMATO 3 DOCUMENTOS DE CONFORMACIÓN DE UNIÓN TEMPORAL EN CASO DE QUE LO QUE SE CONSTITUYA SEA UNA UNIÓN TEMPORAL. El proponente podrá diligenciar y allegar el formato 2 y 3 siguiendo el formato establecido para el efecto. Lo importante para la entidad es que el documento de consorcio y/o Unión Temporal contenga todas la manifestaciones plasmadas en el formato 2 y 3 correspondientemente, por lo que no importa el modelo que se utilice, ni el orden de diligenciamiento, lo importante es que contenga todas la manifestaciones requeridas en la ley y esta invitación.

NOTA: Los integrantes del consorcio o unión temporal indicaran que el documento de conformación no contiene adiciones o modificaciones que varíen los términos y condiciones que en el mismo se expresan.

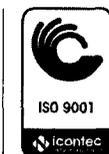
1.7.6 CERTIFICACIÓN DEL PAGO DE LOS APORTES PARAFISCALES.

El proponente debe acreditar el pago de las obligaciones con el Sistema de Seguridad Social Integral (salud, riesgos profesionales y pensiones) y aportes parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA), de los seis (6) meses anteriores a la presentación de la propuesta, de conformidad con lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150.

Si es persona jurídica, tal acreditación deberá hacerse mediante una certificación expedida por el Revisor Fiscal, o quien haga sus veces, o el Representante Legal, según el caso. Si es persona natural con personal a cargo, deberá acreditar el cumplimiento de las obligaciones mediante certificación bajo gravedad de juramento que se entenderá prestado con la presentación de la propuesta.

En caso de que el proponente se presente a título de consorcio o unión temporal, cada uno de sus integrantes debe cumplir con este requisito. En todo caso la entidad o se

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

reserva el derecho de solicitar las planillas y pagos al Sistema de Seguridad Social Integral y aportes parafiscales.

La **SECRETARIA** durante el procedimiento de selección podrá solicitar los soportes de la información antes señalada. En todo caso, la **SECRETARIA** verificará con los soportes, la información presentada antes de la celebración del contrato correspondiente y antes de cada pago del mismo, en los términos del artículo 50 Ley 789 de 2002 y 23 de la Ley 1150 de 2007.

Esta información podrá ser diligenciada en el FORMATO 4, INFORMACION DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES PARAFISCALES. El proponente podrá diligenciar y allegar el FORMATO establecido para el efecto. Lo importante para la entidad es que el formato de información de parafiscales, contenga todas las manifestaciones plasmadas en él, por lo que no importa el modelo que se utilice, ni el orden de diligenciamiento, lo importante es que contenga todas las manifestaciones allí establecidas.

1.7.7 VERIFICACIÓN DE NO INCLUSIÓN EN EL BOLETÍN DE RESPONSABLES FISCALES

El proponente podrá allegar el certificado vigente de antecedentes fiscales expedido por la Contraloría General de la República. El proponente **NO** debe estar reportado en el boletín de responsables fiscales. Por lo anterior, y en consonancia con el artículo 60 de la Ley 610 de 2000, por medio del cual se establece el trámite de los procedimientos de responsabilidad fiscal de competencia de las contralorías, **LA SECRETARIA** verificará de conformidad con lo establecido en la Ley 962 de 2005, con que la correspondiente persona natural o jurídica según se trate, no se encuentra reportada en el boletín de responsables fiscales que publica la Contraloría General de la República con periodicidad trimestral.

1.7.8. VERIFICACIÓN DEL CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIO

El proponente podrá allegar el certificado de antecedentes disciplinarios vigente, expedido por la Procuraduría. El proponente **NO** debe contar con antecedentes disciplinarios. **LA ENTIDAD** verificará de conformidad con lo establecido en la Ley 1238 de 2008, que el proponente y el representante legal, persona natural o jurídica, la Unión Temporal o Consorcio, según se trate, no se encuentra inhabilitada para contratar en los términos de la Ley 734 de 2002 y la Ley 80 de 1993 y 1150 de 2007.

1.7.9. VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES JUDICIALES

El proponente **NO** debe contar con antecedentes judiciales en relación con las condenas que lo inhabilitan para contratar con el ESTADO, de acuerdo lo establecido en el artículo 8 de Ley 80 de 1993, modificado por la Ley 1474 de 2011. los cuales podrán ser consultados por la entidad.

1.7.10. REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO:

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

El proponente deberá presentar la información relativa al Régimen Tributario al que pertenece. Para el caso todo proponente debe presentar fotocopia del Formulario del Registro Único Tributario RUT tramitado por la DIAN. En el evento que la propuesta sea presentada por una Unión Temporal o un Consorcio, este formato deberá presentarse por cada uno de sus miembros.

NOTA: Cada una de las personas que integran el consorcio o unión temporal debe cumplir con las condiciones jurídicas habilitantes para participar. Dependiendo de la naturaleza jurídica de los miembros, debe acreditar cada uno el cumplimiento de lo establecido en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, acreditando el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda.

10.1.11. REGISTRO INFORMACION TRIBUTARIA:

El proponente deberá presentar la información relativa al Registro de Información Tributaria. Expedido por la Dirección Distrital de Impuestos. En el evento que la propuesta sea presentada por una Unión Temporal o un Consorcio, este formato deberá presentarse por cada uno de sus miembros.

1.8. CONTENIDO DE LA PROPUESTA: La propuesta presentada debe contener lo siguiente:

- Carta de presentación de la propuesta (Ver anexo 1).
- Descripción de la propuesta
- Propuesta económica. (Ver anexo 2)
- Anexar las respectivas Certificaciones de experiencia,
- Documento que acredite el cumplimiento de lo establecido en el artículo 23 de la ley 1150 de 2007, pago aportes a la seguridad social.
- Certificado de existencia y representación legal mediante la presentación del certificado correspondiente, expedido con una antelación no superior a un (1) mes.
- Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal
- Fotocopia del NIT de la empresa
- Fotocopia de la Inscripción al Registro Único Tributario –RUT.
- Fotocopia del RIT.
- Formato de Información de Terceros debidamente diligenciado por el oferente. (Anexo 3)
- Formato único de hoja de vida (Anexo 4)

1.8.1 LUGAR, FECHA, HORA Y FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA:

La propuesta debe presentarse en sobre cerrado (en original y copia), con oficio remitario dirigido a la Dirección Jurídica – Subdirección de Contratación, radicado en el Centro de

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Documentación CDI primer piso, ubicado en la carrera 32 No. 12-81, en horario de 8.00 a.m. a 5:00 p.m. en la fecha establecida en el cronograma de los presentes lineamientos.

NOTA: El interesado en presentar propuesta, deberá estar con prudente tiempo de antelación para la radicación de la propuesta, previendo cualquier tipo de contratiempo de orden público, incidente o logística propia de acceso al edificio, por lo que la entidad no se hace responsable de estos hechos.

1.8.2. ADENDAS

Con el objeto de precisar el contenido y/o alcance de los lineamientos y resolver las solicitudes de modificación y/o aclaración adicionales de los interesados, LA ENTIDAD expedirá las adendas pertinentes y prorrogará, si fuere necesario, el plazo del cierre del proceso de selección.

El plazo máximo dentro del cual se pueden expedir ADENDAS es de un (1) día hábil, antes del vencimiento del plazo para la presentación de las propuestas.

Una vez recibidas las propuestas el cronograma del proceso de selección podrá ser modificado.

La entidad publicará las adendas a la Invitación a través del SECOP, como también en la página Web www.contratacionbogota.gov.co link portal de contratación a la vista, ruta procesos en curso, tipo de proceso Procesos Mínima Cuantía - Entidad Fondo Financiero Distrital de Salud.

1.8.2 CAUSALES DE RECHAZO DE LA PROPUESTA:

La propuesta será rechazada cuando:

- No se presente o no suscriba con firma autógrafa la carta de presentación de la propuesta o que ésta sea suscrita por quien no tenga la capacidad jurídica para ello o sin la autorización del órgano competente para tal efecto
- El proponente no cumpla con las condiciones establecidas en la invitación.
- La propuesta supere el monto señalado como presupuesto oficial del presente proceso de selección.
- El proponente se encuentre bajo causal de inhabilidad o incompatibilidad para contratar fijadas en la Constitución y la Ley.
- La propuesta se presente con posterioridad a la fecha y hora límite fijada para la recepción de las ofertas.
- Se demuestre la participación del proponente en dos o más propuestas.
- Al momento de efectuar la verificación se adviertan presuntas falsedades en la documentación presentada por el oferente.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

- La propuesta o sus aclaraciones (saneamientos) posteriores contengan información inexacta que induzca a error a la Entidad o se realice por fuera del termino fijado.
- El proponente se encuentre sancionado de tal manera que le imposibilite la ejecución de contratos.
- Cuando el proponente presente propuesta parcial o propuesta alternativa.
- El proponente se encuentre reportado en el boletín de responsables fiscales de la Contraloría General de la República (Artículo 60 Ley 610 de 2000).
- El proponente tenga inhabilidades o sanciones según reporte de la Procuraduría General de la Nación y/o certificado de la Personería de Bogotá.
- El proponente no esté a paz y salvo con el pago de los aportes a salud, pensión y riesgos profesionales y parafiscales de conformidad con la normatividad vigente.
- Los documentos soporte de la propuesta sean expedidos en el extranjero y estos no cumplan con la normativa vigente.
- La participación de una persona jurídica inhabilitará la participación de los socios que formen parte de ésta, como socios de otra persona jurídica en un mismo proceso.
- La participación de una Persona Jurídica inhabilitará la participación de los socios que formen parte de ésta, como Personas Naturales en un mismo proceso.

1.8.3. CAUSALES PARA LA DECLARATORIA DE DESIERTA: La Entidad declarará desierto el presente proceso de selección por las siguientes causas:

- No se presentaron propuestas por parte de los posibles oferentes.
- Las propuestas presentadas no cumplen con las condiciones jurídicas, técnicas y económicas mínimas previstas en la presente invitación.
- Por motivos o causas que impidan la selección objetiva.

La declaratoria de desierto se declarará mediante comunicación motivada que se publicará en el Secop, en el cual se señalará en forma expresa y detallada las razones que han conducido a esa decisión. En caso de declaratoria de desierto, las respuestas a los informes de evaluación serán contestadas en dicho acto.

En caso de declararse desierto el presente proceso de mínima cuantía, la Entidad podrá iniciarlo de nuevo. De ser necesario se modificarán los elementos de la futura contratación que hayan sido determinantes en la declaratoria de desierto, sin que en ningún caso se cambie el objeto de la contratación, sin perjuicio del ajuste en las cantidades y el presupuesto.

2. PLAZO PARA LA EVALUACIÓN: EL FONDO, a través del grupo de evaluación, conformado para el efecto, realizará la verificación jurídica, y técnica y presentará el informe dentro del plazo señalado en el cronograma del proceso.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

3. INDEMNIDAD: El contratista será responsable y mantendrá indemne por cualquier concepto al FONDO, frente a cualquier acción u omisión, reclamación o demanda de cualquier naturaleza derivada de los daños y/o perjuicios causados a terceros, al FONDO o a cualquiera de sus servidores públicos, que surja como consecuencia directa o indirecta de hechos originados en la culpa o dolo del CONTRATISTA, de sus empleados, agentes o subcontratista, con ocasión de la ejecución del presente contrato.

4. GARANTIAS:

En virtud de lo establecido en el artículo 3.5.7 del Decreto 734 de 2012 y el objeto de la presente invitación, se hace necesario que el invitado favorecido con la contratación, ampare los daños, mal funcionamiento defectos de fabricación y/o mala prestación del servicio, teniendo en cuenta que para el desarrollo de las actividades contempladas en este proceso, requieren la intervención de una pluralidad de personal al cual debe pagársele sus salarios y la carga prestacional correlativa, igualmente se requiere que un gran compromiso por parte del ejecutor y su personal en el sentido de la calidad y cantidad de tiempo para la elaboración de matrices, recaudo de información y demás, por lo antes expuesto la entidad considera necesario la constitución de las garantías que salvaguarden los recursos que aquí se invierten evitando así un posible detrimento patrimonial, por lo que deberá constituir la garantía que tenga los siguientes amparos:

DE CUMPLIMIENTO: Por el monto de equivalente al 15% del valor del contrato, por el término de duración del contrato y cuatro meses más.

DE CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIO: Por el monto de equivalente al 15% del valor del contrato, por el término de duración del contrato y cuatro meses más.

DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES: Por el monto de equivalente al 5% del valor del contrato, por el término de duración del contrato y tres (3) años más.

Atentamente,

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTINEZ

Director Ejecutivo del Fondo Financiero Distrital de Salud

Elaboró: Luzmila Buitrago Jaime/Servicio al Ciudadano.

Revisó: Juan Pablo Herrera Aranzazo.

Aprobó: Dr. Hugo Ernesto Zárrate Osorio

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

ANEXO 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

_____ [Lugar y Fecha]

Señores
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA
SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
Carrera 32 No. 12 – 81
Bogotá D.C.

Asunto: Propuesta para un Proceso de Selección de Mínima Cuantía – Invitación Pública FFDS-MC. _____ -2012

Respetados señores:

La presente tiene por objeto ofrecer al Fondo Financiero Distrital de Salud-Secretaría Distrital de Salud, “ _____ ”

Así mismo, el(los) suscrito(s) declara(n) que: _____

Tengo (tenemos) el(los) poder(es) y/o representación legal para firmar y presentar la propuesta.

Me comprometo¹ ó comprometo a la(s) sociedad(s) que legalmente represento para llevar a cabo la ejecución del contrato en los términos establecidos en los estudios previos y en la propuesta presentada. De la misma manera, el contrato será firmado por la(s) siguiente(s) persona³

NOMBRE _____
CEDULA _____
CARGO _____

NOMBRE DE LA FIRMA _____

¹ En caso de ser persona natural el proponente.
² En caso de ser persona jurídica el proponente.
³ En caso de ser persona jurídica el proponente.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

He estudiado cuidadosamente los estudios previos y renuncio a cualquier reclamación por ignorancia o errónea interpretación de los mismos.

He revisado detenidamente la propuesta adjunta y no contiene ningún error u omisión.

No me encuentro incurso en ninguna causal de inhabilidad y/o incompatibilidad establecidas en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública y demás normas concordantes.

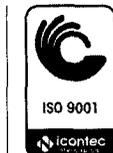
Para efectos de la suscripción del contrato, me comprometo a:

- Establecer y presentar oportunamente al Fondo Financiero Distrital de Salud-Secretaría Distrital de Salud, las garantías contractuales que se pacten.
- Realizar dentro del plazo que fije el Fondo Financiero Distrital de Salud-Secretaría Distrital de Salud, los trámites necesarios para la firma y legalización del contrato.
- Ejecutar el objeto del contrato, de acuerdo con los términos y condiciones establecidas en los estudios previos y la propuesta presentada y aprobada por el contratante.
- Cumplir con los plazos establecidos por el Fondo Financiero Distrital de Salud-Secretaría Distrital de Salud para la ejecución del objeto del contrato.

Cordialmente,

Firma de la(s) persona(s) autorizada(s) _____
Nombre completo _____
Dirección Comercial _____
Anexo () folios _____

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

ANEXO 2

PROPUESTA ECONÓMICA

Nombre o razón social del proponente: _____

INFORMACION ECONÓMICA (En pesos colombianos).

Es indispensable diligenciar este formato para la asignación de los puntajes de evaluación.

| DESCRIPCION | (a) CANTIDAD | (b) VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL (a) * (b) |
|--|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| Encuesta Presencial por interceptación en la salida de la Dependencia de Servicio al Ciudadano del Centro Distrital de Salud y en los trece puntos de atención ubicados en los Cades y Supercades. | 800 | | |
| Encuesta Telefónica para el Sistema de Quejas y Soluciones aplicadas por Teleauditoria (entrevista telefónica efectiva) | 300 | | |
| Grupo Focal con mínimo 20 ciudadanos-as que hayan sido atendidos a través del procedimiento de orientación e información del Centro Distrital de Salud | 01 | | |
| Grupo Focal con mínimo 20 peticionarios-as cuyos derechos de petición y otros requerimientos hayan sido ingresados en el Sistema de Quejas y Soluciones de la Secretaría Distrital de Salud. | 01 | | |
| Dirección del Estudio | 01 | | |
| SUBTOTAL | | | |

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

| | |
|---------|------|
| IVA 16% | |
| TOTAL | \$. |

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOTA: El valor total propuesto no debe superar el valor de la disponibilidad Presupuestal dispuesta en los presentes términos de referencia.

Observaciones: _____

Firma del Proponente _____

Nombre Completo de quien firma por el proponente debidamente autorizado: _____

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|-----------------|----|----|------------------------------------|----|----|--------------------------------|----|----|--|----|----|---|----|----|---|----|----|--|----|----|
|  | <p>DIRECCIÓN FINANCIERA - FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</p> <p>FORMATO DE INFORMACIÓN A TERCEROS - PERSONAS JURÍDICAS Código: 114 - DFI - FT 21 V.01 Mayo de 2008</p> | <p>Elaboró: Profesionales Contabilidad Revisó: Félix Gonzalo Díaz Aprobó: Alberto Angel Rodríguez Control documental: Grupo Calidad - Dirección de Planeación y Sistemas</p> |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD DIRECCION FINANCIERA INFORMACION DE TERCEROS PERSONAS JURÍDICAS</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>DATOS GENERALES</p> <p>NOMBRE O RAZON SOCIAL: <input type="text"/></p> <p>NIT: <input type="text"/> DIGITO DE CONTROL: <input type="text"/> CODIGO DEPARTAMENTO/ MUNICIPIO: <input type="text" value="11"/> <input type="text" value="001"/></p> <p>DIRECCION: <input type="text"/> TELEFONOS: <input type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>INDUSTRIA Y COMERCIO</p> <p>SOPORTE INSCRIPCION RIT: <input type="text"/> RÉGIMEN AL QUE PERTENECE: <input type="text"/></p> <p>DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA: <input type="text"/> CODIGO: <input type="text"/></p> <p>CIUDAD DONDE REALIZA LA ACTIVIDAD CORRESPONDIENTE A ESTE PAGO: <input type="text"/> TARIFA: <input type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>IMPUESTO A LAS VENTAS</p> <p>REGIMEN AL QUE PERTENECE: <input type="text"/> ACTIVIDAD EXENTA O EXCLUIDA: <input type="text" value="SI"/> <input type="text" value="NO"/></p> <p>Si corresponde a un Consorcio o Unión Temporal, favor adjuntar la Resolución de Distribución de participación de los consorciados.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>INFORMACION TRIBUTARIA</p> <table border="1" data-bbox="212 1129 1357 1318"> <tr> <td>ENTIDAD ESTATAL</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>GRAN CONTRIBUYENTE. Resolución No.</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>AUTORRETENEDOR. Resolución No.</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>DECLARANTE DEL IMPUESTO A LA RENTA (1)</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>LA REMUNERACIÓN SE EFECTÚA CON BASE EN EL MÉTODO DEL FACTOR MULTIPLICADOR (2)</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>RESPONSABLE DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>ACTIVIDAD SUJETA DE INDUSTRIA Y COMERCIO</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> </table> | | | | ENTIDAD ESTATAL | SI | NO | GRAN CONTRIBUYENTE. Resolución No. | SI | NO | AUTORRETENEDOR. Resolución No. | SI | NO | DECLARANTE DEL IMPUESTO A LA RENTA (1) | SI | NO | LA REMUNERACIÓN SE EFECTÚA CON BASE EN EL MÉTODO DEL FACTOR MULTIPLICADOR (2) | SI | NO | RESPONSABLE DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA | SI | NO | ACTIVIDAD SUJETA DE INDUSTRIA Y COMERCIO | SI | NO |
| ENTIDAD ESTATAL | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GRAN CONTRIBUYENTE. Resolución No. | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AUTORRETENEDOR. Resolución No. | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DECLARANTE DEL IMPUESTO A LA RENTA (1) | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LA REMUNERACIÓN SE EFECTÚA CON BASE EN EL MÉTODO DEL FACTOR MULTIPLICADOR (2) | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPONSABLE DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACTIVIDAD SUJETA DE INDUSTRIA Y COMERCIO | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Si la actividad no es sujeta de Industria y Comercio, explique Porqué?: <input type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>(1) Si no es declarante del Impuesto a la Renta, explique Porqué?: <input type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>(2) Esta información solo se requiere para los contratos de consultoría, debe anexar el documento en el cual consta el cálculo por el Factor Multiplicador.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>OBSERVACIONES: <input type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>NOMBRE DEL RESPONSABLE: <input type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

ANEXO 4



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
PERSONA JURÍDICA

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

RESOLUCIÓN 580 DEL 19 DE AGOSTO DE 1999

| |
|-------------------|
| ENTIDAD RECEPTORA |
|-------------------|

| I. IDENTIFICACIÓN | | | | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|--|---|--|---------------------------|
| RAZÓN SOCIAL O DENOMINACIÓN | | | | | | |
| SIGLA | | | | NIT No. | | |
| PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PÚBLICA, DETERMINE ORDEN Y TIPO: | | | | PARA ENTIDAD O SOCIEDAD PRIVADA, DETERMINE CLASE: | | |
| ORDEN | | TIPO | | CLASE | | |
| <input type="checkbox"/> NAL | <input type="checkbox"/> DPTL | <input type="checkbox"/> DIST. | <input type="checkbox"/> MRL | <input type="checkbox"/> OTRO | ¿CUÁL? _____ | |
| | | | <input type="checkbox"/> (VER AL RESPALDO) | | <input type="checkbox"/> (VER AL RESPALDO) | |
| DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA | | PAÍS | | DEPARTAMENTO | | |
| MUNICIPIO | | | DIRECCIÓN | | | |
| TELEFONOS | | | FAX | | APARTADO AÉREO | |
| II. SERVICIOS | | | | | | |
| RELACIONE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE OFRECE SU ENTIDAD O SOCIEDAD | | | | | | |
| 1 | | | 2 | | | |
| 3 | | | 4 | | | |
| 5 | | | 6 | | | |
| III. EXPERIENCIA Y SITUACIÓN ACTUAL | | | | | | |
| RELACIONE LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE HA CELEBRADO, EMPEZANDO POR EL ACTUAL O ÚLTIMO: | | | | | | |
| ENTIDAD CONTRATANTE | PÚBL. | PRIV. | TELÉFONO | FECHA TERMINACIÓN | VALOR | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| IV. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO | | | | | | |
| PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | | NOMBRES | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | | NÚMERO | | ACTÚA EN CARÁCTER DE: | | CAPACIDAD DE CONTRATACIÓN |
| C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> | | | | Representante Legal <input type="checkbox"/> Apoderado <input type="checkbox"/> | | \$ |
| ACTUANDO EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO, MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA CELEBRAR UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (ART. 1o. LEY 190 DE 1995). | | | | | | |
| OBSERVACIONES: | | | | | | |
| PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS, EN EL PRESENTE FORMATO SON VERACES (ART. 5o. LEY 190 DE 1995). | | | | | | |
| FIRMA | | | | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | | |
| V. OBSERVACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE LA ENTIDAD O SOCIEDAD HA PRESENTADO COMO SOPORTE (ART. 4o. LEY 190 DE 1995). | | | | | | |
| NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL RESPONSABLE | | | | CIUDAD Y FECHA | | |

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

ANEXO 5

MODELO DE CERTIFICACIÓN ACREDITANDO
PAGO DE APORTES (ART. 50 LEY 789/02)

FECHA, _____

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE: _____

CERTIFICACIÓN

Certifico que _____, identificado con C.C. o NIT No. _____, ha cumplido con el pago de aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, durante los últimos seis (6) meses anteriores a la fecha de cierre de esta convocatoria.

Firma _____
Nombre: _____
Cargo _____

Representante Legal o Revisor Fiscal (según el caso).

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA