

|                                                                                   |                                                                                           |                    |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------|
|  | <b>FUERZA AÉREA COLOMBIANA</b>                                                            | <b>Código:</b>     | <b>DE-DEAJU-FR-036</b> |
|                                                                                   | <b>FORMATO SOLICITUD<br/>COTIZACIÓN MODALIDAD<br/>CONTRATACIÓN DIRECTA SIN<br/>OFERTA</b> | <b>Versión N°:</b> | <b>01</b>              |
|                                                                                   |                                                                                           | <b>Vigencia:</b>   | <b>06-12-2021</b>      |

**SOLICITUD DE COTIZACIÓN**  
**PARA PROCESOS DE CONTRATACIÓN DIRECTA (SIN OFERTA SECOP II)**  
**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN**

**Fecha:** 07-02-2023

**Señora**

LINA MARIA GAMBA CAMACHO  
Madrid – Cundinamarca  
Carrera 4#1 – 100  
Lina.gamboa@hotmail.com

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ADVERTENCIA</b>               | <b>LA COTIZACIÓN SOLICITADA SERVIRÁ DE BASE PARA LA ELABORACIÓN DE UN ESTUDIO DE MERCADO Y, POR TANTO, NO CONSTITUYE EN SÍ MISMA UNA OFERTA Y CONSEQUENTEMENTE NO OBLIGA A LAS PARTES.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>OBJETO</b>                    | Prestación de Servicios Técnicos como Auxiliar de Enfermería para el Establecimiento de Sanidad Militar 1882 del Comando Aéreo de Mantenimiento y Escuela de Suboficiales “CT. Andrés M Díaz”, de manera personal y autónoma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>ESPECIFICACIONES TÉCNICAS</b> | <p>Para el desarrollo del objeto contractual, se deben realizar las siguientes actividades y obligaciones específicas, que enmarcan el alcance del mismo:</p> <p style="text-align: center;"><b>OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:</b></p> <p><b>a) Requisitos y/o perfil del personal a contratar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diploma o acta de grado como Auxiliar de Enfermería</li> <li>- Experiencia Laboral mínima de 06 meses en áreas clínicas.</li> <li>- Soporte de Registro de Talento Humano en RETHUS.</li> <li>- Certificado en SOPORTE VITAL BÁSICO.</li> <li>- Hoja de vida de función pública <u>firmada</u></li> <li>- Inscripción SECOP II</li> <li>- RUT</li> <li>- Antecedentes: Procuraduría, Contraloría Judiciales - Policía y Certificado de Medidas Correctivas de la Policía Nacional.</li> <li>- Curso de humanización en los servicios.</li> <li>- Curso de atención a víctimas de violencia sexual.</li> <li>- Formulario Único de Bienes y Rentas</li> <li>- Anexo técnico debidamente firmada</li> </ul> |

|                                                                                   |                                                                                           |                    |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------|
|  | <b>FUERZA AÉREA COLOMBIANA</b>                                                            | <b>Código:</b>     | <b>DE-DEAJU-FR-036</b> |
|                                                                                   | <b>FORMATO SOLICITUD<br/>COTIZACIÓN MODALIDAD<br/>CONTRATACIÓN DIRECTA SIN<br/>OFERTA</b> | <b>Versión N°:</b> | <b>01</b>              |
|                                                                                   |                                                                                           | <b>Vigencia:</b>   | <b>06-12-2021</b>      |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p><b>Nota:</b> Para el presente proceso de contratación será tenida en cuenta las prácticas realizadas en un Centro de Salud habilitado por la Secretaría de Salud Departamental o Municipal.</p> <p>Para el desarrollo del objeto contractual, se deben realizar las siguientes actividades:</p> <p><b>OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El o la contratista deberá practicarse examen médico ocupacional y dentro los 5 días hábiles siguientes a la firma del contrato debe allegar el certificado.</li> <li>2. Constituir las pólizas y/o garantías exigidas en el presente contrato dentro los 5 primeros días hábiles a la firma del presente negocio jurídico</li> <li>3. Afiliarse como trabajador independiente al Sistemas de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales, manteniendo vigente su afiliación durante el lapso de ejecución y vigencia del presente contrato y anexar las certificaciones del cumplimiento del servicio copia legible de los pagos realizados al Sistema General de Seguridad Social Integral (Salud –Pensiones), en calidad de cotizante y por cada mes, entendido que la base de cotización será mínimo sobre el 40% del valor del contrato. Igualmente deberá aportar las constancias de pago de su afiliación al Sistema de Riesgos Laborales ARL. Asimismo, asumir bajo su cuenta y riesgo cualquier responsabilidad por el no cubrimiento oportuno de su afiliación, ante las autoridades legales correspondientes.</li> <li>4. Aceptar la tasación y descuento de multas parciales frente al incumplimiento de sus obligaciones contractuales.</li> <li>5. Cumplir y respetar los lineamientos estratégicos emitidos por la Jefatura de Salud de la Fuerza Aérea Colombiana y del Establecimiento de Sanidad Militar 1882 CAMAN – ESUFA, para el correcto funcionamiento del ESM 1882 con base en la misión asignada.</li> <li>6. Desarrollar las actividades administrativas necesarias que conduzcan a la buena organización y funcionamiento de la sección a la cual es asignado.</li> <li>7. Participar, en los procedimientos, protocolos de servicio y guías de atención, dándole cumplimiento y seguimiento, los cuales serán evaluados con el fin de mantener la aplicación efectiva de los mismos. En caso de obtener resultados negativos en las diferentes evaluaciones deben implementarse los correctivos propios para subsanar la falencia y apoyar el control de la adherencia de los mismos.</li> <li>8. Participar en las actividades relacionadas con el Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo a lo establecido en la normatividad legal vigente.</li> <li>9. Conocer las normas, Leyes, Decretos, Acuerdos, Directivas, y demás regulaciones que rigen al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y dar correcta aplicación a las mismas, dentro del ámbito de su competencia.</li> <li>10. Prestar los servicios con sujeción a los principios ético -científicos y morales que enmarcan el ejercicio profesional y realizar a cabalidad las actividades propias para las que fue contratado.</li> <li>11. Obrar con seriedad, diligencia y cuidado en la atención a los pacientes que sean atendidos en las instalaciones y con los equipos del ESM 1882 CAMAN – ESUFA.</li> <li>12. Abstenerse de ceder el presente contrato sin la debida autorización del Ordenador del Gasto y concepto del Supervisor del Contrato.</li> <li>13. Colaborar y propender por el buen uso y cuidado de los recursos de la entidad (Físicos, Técnicos y Económicos) incluida la propiedad intelectual y derechos de autor, y elementos entregados para la debida ejecución de las actividades convenidas y a no utilizarlos para fines y en lugares diferentes a los contratados y a devolverlos a la Institución a la terminación del presente contrato.</li> <li>14. Responder por los daños o pérdida que sufran los recursos de la entidad: Físicos, Técnicos y Económicos, incluida la propiedad intelectual y derechos de autor y elementos entregados para la debida ejecución de las actividades convenidas, a excepción del deterioro natural por el uso, de acuerdo con lo estipulado en los artículos 2202, 2203, 2204 del Código Civil, pero no será responsable en los eventos de Caso Fortuito y Fuerza Mayor.</li> </ol> |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                   |                                                                                           |                    |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------|
|  | <b>FUERZA AÉREA COLOMBIANA</b>                                                            | <b>Código:</b>     | <b>DE-DEAJU-FR-036</b> |
|                                                                                   | <b>FORMATO SOLICITUD<br/>COTIZACIÓN MODALIDAD<br/>CONTRATACIÓN DIRECTA SIN<br/>OFERTA</b> | <b>Versión N°:</b> | <b>01</b>              |
|                                                                                   |                                                                                           | <b>Vigencia:</b>   | <b>06-12-2021</b>      |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>15. El contratista se obliga a responder por el inventario de los elementos a su cargo y a velar por el cuidado y custodia de los equipos y elementos asignados para el funcionamiento del servicio.</p> <p>16. Guardar la reserva y confidencialidad frente a temas y asuntos tratados y conocidos dentro del desarrollo y ejecución del presente contrato, así como la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular en desarrollo del presente contrato, respondiendo patrimonialmente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros; dicha reserva se hará extensiva a los derechos de autor que de los mismos se deriven y abstenerse de divulgar por cualquier medio el contenido parcial o total de la información que le sea encomendada o que llegue a su poder en el desarrollo del objeto del presente contrato, salvo autorización escrita del Establecimiento Sanidad Militar 1882 CAMAN - ESUFA.</p> <p>17. Cumplir con las políticas de seguridad informática con el fin de evitar la fuga de información y proteger la integración de la red nacional de datos así mismo cumplir con las políticas de uso aceptable de los activos informáticos, diligenciando los formatos correspondientes para su adecuado uso.</p> <p>18. Presentar al supervisor del contrato los informes de las actividades realizadas con la periodicidad que se requiera, como requisitos previos para la realización de los pagos. Así mismo, si el objeto contractual lo amerita deberá presentar un informe consolidado sobre todas las actividades desarrolladas durante su ejecución, dentro de los cinco (5) días hábiles anteriores a la fecha de terminación del contrato.</p> <p>19. Comunicar inmediatamente al Supervisor del contrato y Escuadrilla de Garantía de calidad, la ocurrencia de cualquier evento adverso que se presente en el desarrollo de la prestación del servicio objeto de este contrato y acatar el plan de mejoramiento que se derive de éste para mitigación de los riesgos.</p> <p>20. Dar cumplimiento a los requerimientos exigidos por el supervisor del contrato.</p> <p>21. Cumplir con el proceso de archivo de acuerdo con la normatividad vigente que le aplique.</p> <p>22. Ejercer el autocontrol en todas las actividades que le sean asignadas.</p> <p>23. Cumplir cabalmente con el Código de Ética que su profesión o especialidad le exigen.</p> <p>24. Procurar el cuidado integral de su salud, así como suministrar información veraz, clara y competente sobre su estado de salud en el momento que se requiera.</p> <p>25. Cumplir con las obligaciones en cualquiera de las áreas asistenciales y/o administrativas, incluyendo programas extramurales del ESM 1882 CAMAN – ESUFA siempre y cuando se dé cumplimiento al objeto principal del contrato.</p> <p>26. Reportar inmediatamente al supervisor del contrato los incidentes o accidentes de trabajo ocurridos durante el desarrollo de las actividades para las cuales fue contratado, con el fin de notificar a la respectiva aseguradora de riesgos laborales</p> <p>27. Informar oportunamente al supervisor del contrato, acerca de los peligros y riesgos latentes en el área del cumplimiento de sus actividades.</p> <p>28. Reportar inmediatamente las incapacidades al supervisor del contrato cumplir con lo establecido en la normatividad vigente para tal fin.</p> <p>29. Abstenerse de prestar sus servicios como contratista bajo el efecto de bebidas alcohólicas o de sustancias alucinógenas.</p> <p>30. El (la) contratista mantendrá el debido respeto a los usuarios del SSFM.</p> <p>31. Excelente presentación personal, deberá prestar su turno con uniforme y calzado limpios, cabello recogido, uñas cortas y limpias, pitadas en tonos claros, los varones afeitados; respetando las normas de bioseguridad.</p> <p>Las demás tareas asignadas por el supervisor del contrato, siempre y cuando estén acordes con la naturaleza del contrato, el área de desempeño y el objeto principal del contrato.</p> <p><b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA</b></p> <p>1. Deberá respetar las siguientes recomendaciones ordenadas por el médico tratante de la ARL con fecha 13-12-2021</p> |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                   |                                                                                           |                    |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------|
|  | <b>FUERZA AÉREA COLOMBIANA</b>                                                            | <b>Código:</b>     | <b>DE-DEAJU-FR-036</b> |
|                                                                                   | <b>FORMATO SOLICITUD<br/>COTIZACIÓN MODALIDAD<br/>CONTRATACIÓN DIRECTA SIN<br/>OFERTA</b> | <b>Versión N°:</b> | <b>01</b>              |
|                                                                                   |                                                                                           | <b>Vigencia:</b>   | <b>06-12-2021</b>      |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ol style="list-style-type: none"> <li>A. Evitar estancias de pie prolongadas mayores a 15 minutos.</li> <li>B. Evitar subir y bajar escaleras en forma repetitiva.</li> <li>C. Evitar posturas Extremas.</li> <li>D. Mantener posturas simétricas del tronco.</li> <li>E. Evitar levantar peso mayor a 10 kilos.</li> <li>F. No trabajos de altura.</li> <li>G. Continuar controles de ARL de Neurocirugía, Fisiatría, y Clínica del Dolor.</li> <li>H. No subir de peso.</li> <li>I. Pausas activas de 10 minutos de cada 2 horas.</li> <li>J. Vigencias de restricciones según orden de ARL.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Presentar las evaluaciones periódicas de las capacitaciones realizadas, según programación.</li> <li>3. Presentar las estadísticas e informes de actividades que se deriven del servicio prestado como contratista.</li> <li>4. Diligenciar, suscribir y llevar el debido registro de las Historias clínicas de los pacientes conforme a lo dispuesto en la Resolución 1995 de 1999 y Resolución 1715 de 2005, las demás que las modifiquen, sustituyan o adicionen, cada vez que inicie, evolucione y termine el tratamiento de un paciente, como deber ético profesional.</li> <li>5. Cumplir con las actividades establecidas conforme al cuadro de turnos previamente publicado por el departamento de enfermería y las horas establecidas, en el presente contrato</li> <li>6. Recibir y entregar turno de actividades enfermería acuerdo a los procedimientos establecidos para tal fin.</li> <li>7. Verificar que los consultorios del área de Consulta Externa se encuentren dotados de equipos y papelería correspondiente.</li> <li>8. Archivar las historias clínicas de los pacientes atendidos, y consentimientos informados entregándolos en archivo y registrando en el libro de bitácora establecido para tal fin, evitando extravío y pérdida de estas.</li> <li>9. Realizar toma de Electrocardiogramas a los pacientes de consulta externa en el Establecimiento de Sanidad Militar 1882</li> <li>10. Notificar al coordinador de Consulta externa, Consulta Prioritaria o a quien corresponda las novedades que se presenten en el funcionamiento de los equipos del ESM 1882 CAMAN – ESUFA.</li> <li>11. Elaborar y preparar el material requerido para la realización de procedimientos del servicio.</li> <li>12. Diligenciar los registros propios del servicio.</li> <li>13. Verificar antes y después de cada turno los inventarios e informar a la jefe del servicio las novedades presentadas.</li> <li>14. Apoyar las actividades de promoción y prevención, de acuerdo con las necesidades del servicio.</li> <li>15. Brindar orientación clara, real y oportuna a los usuarios del servicio de consulta externa y prioritaria.</li> <li>16. Realizar revisión permanente de las guías, protocolos y procesos que se encuentre vigentes en la Suite Visión Empresarial, garantizando la adherencia a los mismos.</li> <li>17. Todo el personal debe realizar educación a los pacientes y/o familiares de las recomendaciones médicas y de enfermería necesarias para el mejoramiento de su salud.</li> <li>18. Asistencia y presentación de talleres y/o información solicitada por el programa de seguridad del paciente, y capacitaciones citadas por la sección de personal y el Escuadrón servicios de salud, siendo proactivos a la investigación de casos clínicos.</li> <li>19. Deberá presentar carné de vacunación con la dosis de tétano, influenza y hepatitis B, Varicela completas.</li> <li>20. Efectuar el registro de la hoja de vida, de conflicto de intereses y cualquier otro requerimiento en la plataforma del SIGEP y/o la que haga sus veces y presentar los soportes de registro para efectos del primer pago por concepto de honorarios.</li> </ol> |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                   |                                                                                           |                    |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------|
|  | <b>FUERZA AÉREA COLOMBIANA</b>                                                            | <b>Código:</b>     | <b>DE-DEAJU-FR-036</b> |
|                                                                                   | <b>FORMATO SOLICITUD<br/>COTIZACIÓN MODALIDAD<br/>CONTRATACIÓN DIRECTA SIN<br/>OFERTA</b> | <b>Versión N°:</b> | <b>01</b>              |
|                                                                                   |                                                                                           | <b>Vigencia:</b>   | <b>06-12-2021</b>      |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>21. Debe respetar y cumplir las normas de bioseguridad y usar estrictamente los elementos de protección personal, además de fomentar el adecuado lavado de manos como personal activo mientras la vigencia del contrato</p> <p>22. Diligenciar a diario los procedimientos de enfermería realizados usando el aplicativo dispuesto (IRON) adecuadamente según necesidad que tendrá corte mensualmente en seguimiento a las labores realizadas por el personal asistencial.</p> <p>23. El contratista debe cumplir con el siguiente esquema de vacunación:</p> <p><b>SERVICIO DE CONSULTA PRIORITARIA</b></p> <p>Debe de realizar las siguientes actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Direccionar al usuario en la prestación de los servicios en relación con la comprobación de derechos para uso del SSFFMM con el carné, Custodia, diligenciamiento y organización la historia clínica en el proceso de prestación de servicios según la resolución 1995 de 1999.</li> <li>2) Aplicar la técnica aséptica en todos los procedimientos de acuerdo con las medidas de prevención y control manteniendo la seguridad del paciente y el profesional de la salud.</li> <li>3) Efectuar procedimientos especializados de limpieza, sanitización y desinfección en áreas equipos y artículos.</li> <li>4) Orientar y educar a los afiliados para el uso de los servicios de salud que requieran.</li> <li>5) Tomar y realizar el debido proceso para muestras de laboratorio ordenadas.</li> <li>6) Preparar el entorno para dar cuidado a la persona en alteración de salud según asignación o delegación del profesional.</li> <li>7) Brindar los cuidados básicos asignados o delegados, de higiene y comodidad.</li> <li>8) Asistir a la persona en las actividades de movilización según sus limitaciones y equipos requeridos.</li> <li>9) Asistir a la persona en las actividades de nutrición asignadas o delegadas por el profesional.</li> <li>10) Apoyar y asistir al usuario en todas las actividades propias y necesidades fisiológicas que durante la estadía en el servicio requiera.</li> <li>11) Alistar los medicamentos inmunobiológicos según delegación, teniendo en cuenta los principios de asepsia y los 10 correctos. Debe contar con la norma de competencia laboral de administración de inmunobiológicos según delegación y norma vigente y tener el esquema de vacunación completo.</li> <li>12) Aplicar los medicamentos según delegación y de acuerdo con la prescripción médica, la vía, la dosis y la hora prescrita. Vigilar la acción farmacéutica y reacciones adversas de los medicamentos e inmunobiológicos administrados de acuerdo con el medicamento y sensibilidad de la persona.</li> <li>13) Mantener el ambiente de trabajo en condiciones de higiene y seguridad.</li> <li>14) Ejecutar prácticas de trabajo seguras conforme a las normas técnicas.</li> <li>15) Participar en los procedimientos para la prevención y atención de emergencias de acuerdo con las normas Técnica.</li> <li>16) Preparar y apoyar el traslado de la persona del sitio de origen al sitio de destino de la remisión según manual de procedimientos y las necesidades del ESM.</li> <li>17) Monitorear a las personas durante el traslado según necesidades identificadas y guías vigentes.</li> <li>18) Entregar a la persona en riesgo de salud al sitio de destino según protocolos.</li> <li>19) Cuidar integralmente al usuario en condiciones críticas de salud según su estado y de acuerdo con criterios técnico científicos vigentes.</li> <li>20) Monitorear las funciones de los diferentes sistemas de acuerdo con las condiciones previas y objetivos terapéuticos concertados.</li> <li>21) Asistir a la persona en estado crítico de acuerdo con sus condiciones, según guías de manejo vigentes.</li> </ol> |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                   |                                                                                           |                    |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------|
|  | <b>FUERZA AÉREA COLOMBIANA</b>                                                            | <b>Código:</b>     | <b>DE-DEAJU-FR-036</b> |
|                                                                                   | <b>FORMATO SOLICITUD<br/>COTIZACIÓN MODALIDAD<br/>CONTRATACIÓN DIRECTA SIN<br/>OFERTA</b> | <b>Versión N°:</b> | <b>01</b>              |
|                                                                                   |                                                                                           | <b>Vigencia:</b>   | <b>06-12-2021</b>      |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>22) Atender integralmente al usuario en la unidad quirúrgica de acuerdo con guías de manejo y protocolos vigentes.</p> <p>23) Realizar los procedimientos propios como: Monitorización de paciente, paso de sonda naso gástrica y vesical, cateterismo vesical, glucometría, canalización de vena, lavado gástrico, paso de enemas, toma de electrocardiogramas, micro nebulización, aseo terminal, realización de material (gasas, algodón), lavado y esterilización instrumental, inyectología, curaciones (manejo de herida limpia y contaminada), toma de signos vitales, habilidades para procedimientos de reanimación cardio-cerebro pulmonar básica, en la entrega de turnos debe realizar la verificación del sello del carro de paro, funcionalidad de los equipos que recibe, inventario y a su vez deberá responder en caso de que alguno de estos últimos se encuentre en mal estado, no funcional o desaparecido, debe verificar la fecha de vencimiento de los insumos.</p> <p>24) Revisar los cilindros y fuentes de oxígenos en las áreas de consulta prioritaria, hospitalización y cirugías.</p> <p>25) Verificar todos los equipos en las áreas del ESM que le sean designadas.</p> <p>26) Rotar por todas las áreas del ESM Consulta prioritaria, Salas de Cirugía, Hospitalización, Consulta externa según sea requerido por necesidades del servicio en la periodicidad que se solicite.</p> <p>27) Mantener organizada la papelería de cada servicio, revisar diariamente el inventario asignado, diligenciar cada uno de los formatos según el servicio al que este asignado.</p> <p>28) Realizar seguimiento telefónico a las notificaciones obligatorias bajo la supervisión del enfermero jefe, apoyar charlas e instructivos a los usuarios y empleados del ESM en prevención de enfermedades y promoción de la salud, citación a los pacientes para la asistencia de los diferentes grupos que tiene implementados en los programas de promoción y prevención. Registrar después de cada procedimiento la firma y sello en los formatos y en la historia clínica del paciente.</p> <p>29) Realizar los registros en SALUD.SIS, verificando el correcto diligenciamiento de la historia clínica y cada una de sus partes dentro del archivo electrónico.</p> <p>30) Realizar selectiva de inventarios para los meses que se requieran.</p> <p>31) Realizar la atención inicial, triage y actividades de enfermería solicitadas por el médico tratante, de pacientes con sintomatología respiratoria de acuerdo al procedimiento establecido en el ESM 1882, teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad y las recomendaciones necesarias para evitar contagios en caso de presentarse usuario con COVID 19.</p> <p>32) Actividades que el coordinador asistencial o del área de Enfermería se programe de acuerdo a requerimientos</p> <p><b>CONSULTA EXTERNA</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atención en central de citas, creación de turnos, agendas y asignación de citas de los usuarios del ESM 1882 de consulta externa.</li> <li>2. Revisar historias clínicas y entregar al archivo de historias clínicas debidamente foliadas y organizadas en orden cronológico.</li> <li>3. Apoyar en el servicio de vacunación si es necesario u otro servicio de la institución.</li> <li>4. Revisar los consultorios médicos y verificar que se encuentren con todos los elementos necesarios.</li> <li>5. Entregar resultados de citologías y programación de estas.</li> <li>6. Verificación de derechos de los usuarios y fuerza adscrita.</li> <li>7. Brindar la información de los servicios prestados por el ESM, conforme a requerimientos del usuario, así mismo dar información sobre las órdenes autorizadas para servicios en la red externa.</li> <li>8. Preservar y mantener insumos y equipos biomédicos en adecuado funcionamiento y reportar el fallo de los mismos a tiempo.</li> <li>9. Verificar y suministrar papelería en los consultorios.</li> </ol> |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                   |                                                                                           |                    |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------|
|  | <b>FUERZA AÉREA COLOMBIANA</b>                                                            | <b>Código:</b>     | <b>DE-DEAJU-FR-036</b> |
|                                                                                   | <b>FORMATO SOLICITUD<br/>COTIZACIÓN MODALIDAD<br/>CONTRATACIÓN DIRECTA SIN<br/>OFERTA</b> | <b>Versión N°:</b> | <b>01</b>              |
|                                                                                   |                                                                                           | <b>Vigencia:</b>   | <b>06-12-2021</b>      |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Efectuar procedimientos especializados de limpieza, sanitización y desinfección en equipos y artículos de los consultorios.</li> <li>11. Alistar equipos, manejo de material quirúrgico, identificación de instrumental.</li> <li>12. Realizar oportunamente la solicitud semanal al almacén (el primer día de la semana o a disposición del Almacenista) de los insumos requeridos en los servicios de consulta prioritaria, hospitalización y consultorios.</li> <li>13. Controlar los insumos de los servicios.</li> <li>14. Controlar y mantener al día las historias clínicas utilizadas en consulta externa por los profesionales de la salud.</li> <li>15. Semaforizar los insumos despachados por el almacén.</li> <li>16. Tomar electrocardiogramas por consulta externa según el horario indicado.</li> <li>17. A la hora de terminar rotación por consulta externa el auxiliar deberá entregar con acta firmada por quien entrega, recibe y jefe inmediato sus actividades, con pendientes y novedades si aplica.</li> <li>18. Entrega de autorizaciones a la red externa contratada según disponibilidad de cuadro de turno de cada mes.</li> <li>19. Las demás asignadas por el supervisor de contrato inmediato, de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeño del cargo.</li> </ol> <p>NOTA 1: A la contratista se le excluyen actividades que por su condición sean un riesgo para la misma.</p> <p><b>ENTREGABLES Y FECHAS ESTIMADAS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certificación de realización de exámenes ocupacionales (con vigencia NO mayor a 30 días calendario) donde se incluyan los siguientes exámenes: Examen médico con énfasis en sistema osteomuscular, Visiometría y Audiometría.</li> <li>2. El contratista deberá entregar soporte de registro de atención de pacientes realizados en el sistema IRON de forma mensual los días 25 de cada mes.</li> <li>3. El contratista deberá presentar mensualmente los recibos de pago de salud, pensión y riesgos laborales de forma mensual los días 25 de cada mes.</li> <li>4. El contratista deberá realizar actualización en temas propios de su especialidad de acuerdo a protocolos institucionales cada dos meses dejando Acta de socialización como soporte del mismo, la cual deberá ser entregada los días 25 de cada mes.</li> <li>5. El contratista deberá diligenciar los primeros 5 días del mes, consolidado mensual en horas y enviarlo mediante correo electrónico a funcionario encargado, deberá entregar soporte impreso.</li> <li>6. El contratista deberá entregar carnet de vacunas, deberá ser entregado al supervisor del contrato cada 6 meses para revisión de esquema de vacunación.</li> </ol> <p>- <b><u>OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EL CONTRATISTA asumirá los costos que se generen por concepto de elaboración de fichero para ingreso a la Unidad. Así mismo debe elaborar el estudio de seguridad y verificar su trazabilidad.</li> <li>• <b><u>FACTURACIÓN:</u></b> Entregar las facturas (o cuentas de cobro) originales y dos copias al supervisor del contrato el día 25 de cada mes, si dicha fecha corresponde a sábado, domingo o lunes festivo, se entregará el viernes anterior al 25 adjuntando los siguientes documentos: fotocopias del último recibo de</li> </ul> |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                   |                                                                                           |                    |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------|
|  | <b>FUERZA AÉREA COLOMBIANA</b>                                                            | <b>Código:</b>     | <b>DE-DEAJU-FR-036</b> |
|                                                                                   | <b>FORMATO SOLICITUD<br/>COTIZACIÓN MODALIDAD<br/>CONTRATACIÓN DIRECTA SIN<br/>OFERTA</b> | <b>Versión N°:</b> | <b>01</b>              |
|                                                                                   |                                                                                           | <b>Vigencia:</b>   | <b>06-12-2021</b>      |

|                           | <p>pago al Sistema General de Seguridad Social: salud, pensiones y Riesgos Profesionales, los cuales son de obligatorio cumplimiento para el pago. Estos documentos se entregarán al supervisor del contrato para la realización del acta de recibo a satisfacción y el informe de supervisión correspondientes a cada mes.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Velar por el buen uso y cuidado de los equipos y elementos utilizados durante la prestación de sus servicios.</li><li>• Cumplir con todos los procedimientos administrativos y asistenciales para los que fue contratado. Las actividades de capacitación y reuniones mensuales serán clasificadas como de obligatoria asistencia, en razón a que las mismas responden a la preparación que debe tener el contratista para el desarrollo del objeto del presente contrato, las cuales se entenderán que hacen parte de las horas contratadas.</li><li>• La atención al paciente debe estar enmarcada en parámetros de calidad, amabilidad, respeto y confidencialidad por parte del contratista.</li><li>• Manejar absoluta reserva de la información que se obtenga por medio de este contrato y de los diagnósticos de los pacientes.</li><li>• NO suministrar información relativa a los servicios que presta al ESM, así como de las instalaciones de las fuerzas militares de la República de Colombia que conozca o llegare a conocer durante el desarrollo del presente contrato, en caso de incurrir en esta conducta, será sancionado de acuerdo con las normas del código Penal Colombiano a que haya lugar.</li><li>• Realizar el cargue de la cuenta de cobro y planilla de parafiscales en SECOP 2</li><li>• El contratista debe cumplir con el siguiente esquema de vacunación:</li></ul> |                                                                                                                                                                                             |  |  |        |            |               |             |         |  |             |                         |                                                                           |                         |                                    |                      |         |                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------|------------|---------------|-------------|---------|--|-------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|----------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                           | <table><tr><th colspan="3">ACTIVIDADES ASISTENCIALES</th></tr><tr><th>VACUNA</th><th>INDICACIÓN</th><th>OBSERVACIONES</th></tr><tr><td>Hepatitis A</td><td>1 dosis</td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">Hepatitis B</td><td>3 dosis (0-2-6 meses) y</td><td>El Auxiliar de enfermería deberá presentar el esquema completo (3 dosis).</td></tr><tr><td>1 refuerzo cada 15 años</td><td>1 refuerzo al esquema cada 15 años</td></tr><tr><td rowspan="2">Influenza Estacional</td><td rowspan="2">1 dosis</td><td>Si el Auxiliar de enfermería se realiza la vacunación antes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior.</td></tr><tr><td>Si la vacunación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente.<br/>NOTA: la única justificación para la NO aplicación es la no disponibilidad en el país.</td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ACTIVIDADES ASISTENCIALES                                                                                                                                                                   |  |  | VACUNA | INDICACIÓN | OBSERVACIONES | Hepatitis A | 1 dosis |  | Hepatitis B | 3 dosis (0-2-6 meses) y | El Auxiliar de enfermería deberá presentar el esquema completo (3 dosis). | 1 refuerzo cada 15 años | 1 refuerzo al esquema cada 15 años | Influenza Estacional | 1 dosis | Si el Auxiliar de enfermería se realiza la vacunación antes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior. | Si la vacunación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente.<br>NOTA: la única justificación para la NO aplicación es la no disponibilidad en el país. |
| ACTIVIDADES ASISTENCIALES |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                             |  |  |        |            |               |             |         |  |             |                         |                                                                           |                         |                                    |                      |         |                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                             |
| VACUNA                    | INDICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | OBSERVACIONES                                                                                                                                                                               |  |  |        |            |               |             |         |  |             |                         |                                                                           |                         |                                    |                      |         |                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                             |
| Hepatitis A               | 1 dosis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                             |  |  |        |            |               |             |         |  |             |                         |                                                                           |                         |                                    |                      |         |                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                             |
| Hepatitis B               | 3 dosis (0-2-6 meses) y                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | El Auxiliar de enfermería deberá presentar el esquema completo (3 dosis).                                                                                                                   |  |  |        |            |               |             |         |  |             |                         |                                                                           |                         |                                    |                      |         |                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                             |
|                           | 1 refuerzo cada 15 años                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1 refuerzo al esquema cada 15 años                                                                                                                                                          |  |  |        |            |               |             |         |  |             |                         |                                                                           |                         |                                    |                      |         |                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                             |
| Influenza Estacional      | 1 dosis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Si el Auxiliar de enfermería se realiza la vacunación antes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior.                                                                           |  |  |        |            |               |             |         |  |             |                         |                                                                           |                         |                                    |                      |         |                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                             |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Si la vacunación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente.<br>NOTA: la única justificación para la NO aplicación es la no disponibilidad en el país. |  |  |        |            |               |             |         |  |             |                         |                                                                           |                         |                                    |                      |         |                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                             |

|                                                                                   |                                                                                           |                    |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------|
|  | <b>FUERZA AÉREA COLOMBIANA</b>                                                            | <b>Código:</b>     | <b>DE-DEAJU-FR-036</b> |
|                                                                                   | <b>FORMATO SOLICITUD<br/>COTIZACIÓN MODALIDAD<br/>CONTRATACIÓN DIRECTA SIN<br/>OFERTA</b> | <b>Versión N°:</b> | <b>01</b>              |
|                                                                                   |                                                                                           | <b>Vigencia:</b>   | <b>06-12-2021</b>      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Fiebre amarilla                                        | 1 dosis                                                                                                                                                                                                               | Solo se debe solicitar al personal que desarrolle actividades en zonas inferiores a 2.000 m sobre el nivel del mar.                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                                                                                                                                                                                                       | Solo se debe solicitar a menores de 60 años, <u>sin antecedentes de enfermedades que afectan el sistema inmunológico.</u>                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Varicela                                               | 1 dosis                                                                                                                                                                                                               | Solo se debe solicitar a menores de 60 años sin antecedente de vacunación o de haber tenido la enfermedad, y <u>sin antecedentes de enfermedades que afecten el sistema inmunológico.</u>                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Tripe viral (TV) (sarampión, rubeola y parotiditis), o | TV (SRP) 1 dosis con cepa Jeryl Lynn adultos.                                                                                                                                                                         | Solo se debe solicitar a menores de 60 años, para todo el país y sin antecedente de enfermedades que afecten el sistema inmunológico.                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Sarampión y rubeola en incorporación.                  |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | DPTA – Difteria-Tétano-Tosferina a celular             | 1 dosis y<br><br>1 refuerzo cada 10 años.                                                                                                                                                                             | <u>NOTA:</u> ** si certifica esta vacuna, se puede homologar por TD, pero no lo contrario.                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Vacuna Covid                                           | 2 dosis                                                                                                                                                                                                               | En caso de no tener la vacunación deberá presentar un consentimiento en el cual indique que asume la responsabilidad de las complicaciones que pueda presentar como consecuencia de contraer el Covid-19. |
| Auxiliar de enfermería tendrá 190 horas mensuales para realizar las siguientes actividades de acuerdo con los requerimientos del ESM. Así mismo, cada hora equivaldrá a un monto de \$8.671 de acuerdo a lo establecido en la Resolución 2254 del 21 de diciembre de 2022 expedida por la Dirección General de Sanidad Militar. |                                                        |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                           |
| CONDICIONES DE CONTRATACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PLAZO EJECUCIÓN                                        | A partir de la firma del acta de inicio hasta el 31 de diciembre del 2023                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | FORMA DE PAGO                                          | De acuerdo a las políticas del Ministerio de Defensa Nacional el contrato se pagará de acuerdo a la programación de entregas establecidas y se efectuará conforme a los parámetros establecidos en el proceso formal. |                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | LUGAR DE EJECUCIÓN                                     | Establecimiento de Sanidad Militar 1882                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                           |

|                                                                                   |                                                                                           |                    |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------|
|  | <b>FUERZA AÉREA COLOMBIANA</b>                                                            | <b>Código:</b>     | <b>DE-DEAJU-FR-036</b> |
|                                                                                   | <b>FORMATO SOLICITUD<br/>COTIZACIÓN MODALIDAD<br/>CONTRATACIÓN DIRECTA SIN<br/>OFERTA</b> | <b>Versión N°:</b> | <b>01</b>              |
|                                                                                   |                                                                                           | <b>Vigencia:</b>   | <b>06-12-2021</b>      |

|                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|
| <b>REQUISITOS<br/>TÉCNICOS:<br/>(VER LA<br/>TOTALIDAD<br/>DE<br/>ESPECIFICACIONES<br/>TECNICAS)</b>  | <b>EQUISITOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | <b>CON ESTA<br/>COTIZACIÓN</b> |
|                                                                                                      | 1. Hoja de vida en formato Único de Hoja de Vida de la Función Pública                                                                                                                                                                                                                                                       |  | x                              |
|                                                                                                      | 2. Certificados de estudio (VER ESPECIFICACIONES)                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | x                              |
|                                                                                                      | 3. Certificados de experiencia (VER ESPECIFICACIONES)                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | x                              |
|                                                                                                      | 4. Otros documentos requeridos (VER ESPECIFICACIONES)                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                |
| <b>REQUISITOS<br/>JURÍDICOS:<br/>(VER LA<br/>TOTALIDAD<br/>DE<br/>ESPECIFICACIONES<br/>TECNICAS)</b> | <b>REQUISITO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | <b>CON ESTA<br/>COTIZACIÓN</b> |
|                                                                                                      | 1. Documento de identidad (persona natural)                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | x                              |
|                                                                                                      | 2. Certificado de existencia y representación legal o Registro Mercantil (o documento equivalente para el proponente extranjero)                                                                                                                                                                                             |  | N/A                            |
|                                                                                                      | 3. Acreditación de la capacidad del Representante Legal o quien haga sus veces para presentar oferta y suscribir contrato                                                                                                                                                                                                    |  | N/A                            |
|                                                                                                      | 4. Situación militar (cuando aplique)                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                |
|                                                                                                      | 5. Acreditación de pago o afiliación aportes al Sistema de Seguridad Social Integral del último mes                                                                                                                                                                                                                          |  | X                              |
|                                                                                                      | 6. Compromiso anticorrupción según formato                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | X                              |
|                                                                                                      | 7. Garantía de seriedad (si aplica)                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | N/A                            |
|                                                                                                      | 8. Garantía de Cumplimiento (cuando aplique)                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                |
|                                                                                                      | 9. Inhabilidades e incompatibilidades                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | X                              |
|                                                                                                      | 10. Certificación de antecedentes disciplinarios                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | X                              |
|                                                                                                      | 11. Certificación de antecedentes en el boletín de responsables fiscales                                                                                                                                                                                                                                                     |  | X                              |
|                                                                                                      | 12. Certificación de antecedentes judiciales                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | X                              |
|                                                                                                      | 13. Verificación Registro Nacional de Medidas Correctivas                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | X                              |
|                                                                                                      | 14. Fotocopia cedula de ciudadanía persona natural o representante legal persona jurídica (o documento equivalente para el proponente extranjero)                                                                                                                                                                            |  | x                              |
|                                                                                                      | 15. Inhabilidades e incompatibilidades                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | N/A                            |
|                                                                                                      | 16. Compromiso anticorrupción                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | x                              |
|                                                                                                      | 17. Acreditación de situación militar (sólo aplica para personas naturales)                                                                                                                                                                                                                                                  |  | N/A                            |
|                                                                                                      | 18. Certificación o constancia de la no existencia de pluralidad de oferentes en el mercado (Si aplica)                                                                                                                                                                                                                      |  | N/A                            |
|                                                                                                      | 19. Otros documentos requeridos: (si aplica)<br>-Formato compromiso anticorrupción<br>-Formato Compromiso antisoborno<br>-Formato tratamiento datos personales<br>-Formato Pacto de integridad<br>-Formato certificación de pago al sistema de seguridad social integral<br>-Régimen sancionatorio y clausulas excepcionales |  | X                              |

|                                                                                   |                                                                                           |                    |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------|
|  | <b>FUERZA AÉREA COLOMBIANA</b>                                                            | <b>Código:</b>     | <b>DE-DEAJU-FR-036</b> |
|                                                                                   | <b>FORMATO SOLICITUD<br/>COTIZACIÓN MODALIDAD<br/>CONTRATACIÓN DIRECTA SIN<br/>OFERTA</b> | <b>Versión N°:</b> | <b>01</b>              |
|                                                                                   |                                                                                           | <b>Vigencia:</b>   | <b>06-12-2021</b>      |

|                                                                                                       |                                                                                                       |  |                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|
| <b>REQUISITOS<br/>ECONÓMICOS:<br/>(VER LA<br/>TOTALIDAD<br/>DE<br/>ESPECIFICACIONES<br/>TECNICAS)</b> | <b>REQUISITO</b>                                                                                      |  | <b>CON ESTA<br/>COTIZACIÓN</b> |
|                                                                                                       | 1. RUT                                                                                                |  | X                              |
|                                                                                                       | 2. Valor de la Cotización de acuerdo a ficha técnica                                                  |  | X                              |
|                                                                                                       | 3. Creación de beneficiario de cuenta según formato (SIIF) y certificación bancaria                   |  | X                              |
| <b>PLAZO PARA<br/>PRESENTAR<br/>COTIZACIÓN</b>                                                        | Hasta el 07-02-2023<br>Nota: En el caso de no presentar oferta se solicita justificación por escrito. |  |                                |

  
MY. DIANA EUGENIA PINTOR MURCIA  
Gerente Proyecto