



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
POLICÍA NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD  
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD

MINISTERIO DE DEFENSA  
POLICÍA NACIONAL

Unidad: \_\_\_\_\_  
Radicado No: \_\_\_\_\_  
Recibido por: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

No. S-2020 028510 / AREAD-GRUCO- 29.25

Villavicencio, 02 de abril de 2020

Subintendente  
EDWARD GONZALEZ HENAO  
Jefe de Contratos RASES No.7  
Ciudad.-

Asunto: Evaluación Requisitos habilitantes proceso **PN UPRES META MIC 038 2020**

De manera atenta me permito remitir, la evaluación realizada al proceso de **mínima cuantía PN UPRES META MIC 038 2020**, cuyo objeto es la **PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TRASLADO TERRESTRE EN AMBULANCIA BASICA Y/O MEDICALISADA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL-UNIDAD PRESTADORA DE SALUD META.**, por un valor de **TREINTA Y CINCO MILLONES DE PESOS (\$35.000.000) M/CTE**, así:

➤ **LISTA DE OFERENTES QUE PARTICIPARON**

| No. | OFERENTE              | NIT / CC      |
|-----|-----------------------|---------------|
| 1   | AMBULANCIAS DEL LLANO | 822.007.837-1 |

Se procede a realizar la evaluación económica dela única oferta presentada dentro del proceso de mínima cuantía **PN UPRES META MIC 038 2020**, así;

➤ **EVALUACIÓN ECONÓMICA**

**AMBULANCIA DEL LLANO**

| Nº | RUTAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO |                                             | PRECIO TECHO | VALOR OFERTADO |
|----|-----------------------------------|---------------------------------------------|--------------|----------------|
| 1  | Servicio urbano Villavicencio     | Traslado Básico Simple                      | \$75.000     | \$75.000       |
|    |                                   | Traslado Medicalizado Simple                | \$150.000    | \$150.000      |
|    |                                   | Traslado Redondo Básico                     | \$113.000    | \$113.000      |
|    |                                   | Traslado Redondo Medicalizado               | \$225.000    | \$225.000      |
| 2  | Servicio Apiay – Vanguardia       | Traslado Básico Simple                      | \$98.000     | \$98.000       |
|    |                                   | Traslado Medicalizado Simple                | \$180.000    | \$180.000      |
|    |                                   | Traslado Redondo Básico                     | \$150.000    | \$150.000      |
|    |                                   | Traslado Redondo Medicalizado               | \$270.000    | \$270.000      |
| 3  | Servicio Bogotá                   | Traslado Básico Simple                      | \$700.000    | \$700.000      |
|    |                                   | Traslado Medicalizado Simple                | \$1.000.000  | \$1.000.000    |
|    |                                   | Traslado Redondo Básico                     | \$1.000.000  | \$1.000.000    |
|    |                                   | Traslado Redondo Medicalizado               | \$1.700.000  | \$1.700.000    |
| 4  | Adicionales                       | Hora de espera adicional básica             | \$15.000     | \$15.000       |
|    |                                   | Hora de espera adicional medicalizada       | \$25.000     | \$25.000       |
|    |                                   | Traslado básico simple de 25 a 300 km       | \$3.500      | \$3.500        |
|    |                                   | Traslado básico simple más de 300 km        | \$2.800      | \$2.800        |
|    |                                   | Traslado medicalizado simple de 25 a 300 km | \$5.500      | \$5.500        |
|    |                                   | Traslado medicalizado simple más de 300 km  | \$4.500      | \$4.500        |

OFERENTE: **AMBULANCIAS DEL LLANO**

| N° | CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CUMPLE |    |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI     | NO |
| 1  | <b>CAPACIDAD OPERATIVA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |    |
|    | El oferente deberá contar como mínimo con el siguiente transporte asistencial:<br>Tres (3) ambulancias básicas debidamente habilitadas<br>Dos (2) ambulancias medicalizadas debidamente habilitadas<br>Así mismo deberá anexar la habilitación de las mismas, servicio que deberá contener las condiciones establecidas en la resolución 2003 del 28-05-2014 en su inciso 2.3.2.8 Transporte asistencial, el cual establece los parámetros para la prestación del servicio, del ministerio de salud y de la protección social y contar con el Criterio estipulado en el Cód. 1.84 y 1.85 del Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 1043 de 3 de Abril de 2006, que trata sobre los parámetros establecidos para la tripulación en el transporte de traslado asistencial básico y medicalizado. Para lo cual deberá diligenciar el anexo 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        | X  |
| 2  | <b>CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN O HABILITACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |    |
|    | El oferente debe adjuntar la certificación de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Salud de Acuerdo a lo estipulado en el Decreto 780 del 06 de Mayo de 2016 y Resolución No. 2003 de 2014.<br>El oferente debiera certificar la habilitación expedida por la secretaria de salud departamental de los siguientes servicios, los cuales deben estar vigentes:<br><b>TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO</b><br><b>TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        | X  |
| 3  | A efectos de garantizar la seguridad del paciente, el futuro contratista deberá mantener vigente el SOAT y la Revisión Técnico Mecánica de cada uno de los vehículos y demás certificados normativos para el tránsito del mismo. Para lo cual deberá anexar copia de la licencia de tránsito, revisión técnico mecánica y del SOAT.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        | X  |
| 4  | El oferente debe adjuntar la certificación de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Salud de Acuerdo a lo estipulado en el Decreto 780 del 06 de Mayo de 2016 y Resolución No. 2003 de 2014.<br>Transporte asistencial básico<br>Transporte asistencial medicalizado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        | X  |
| 5  | Contar con sede en la ciudad de Villavicencio y garantizar tiempo de prestación para el servicio, así:<br>Traslado asistencial básico (TAB) con un tiempo de respuesta de máximo de 45 minutos y Traslado asistencial medicalizado (TAM) un máximo de 90 minutos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | X      |    |
| 6  | El tiempo de respuesta para la confirmación de ambulancias debe ser en un término máximo de 10 minutos, el cual empieza a contar desde el momento de la recepción de la llamada por parte del oferente, para lo cual se inicia suministrando los datos del paciente que requiere el servicio; en este momento se debe confirmar el tiempo máximo en el cual el vehículo llegará al lugar de recepción del paciente; en el caso en que se presente algún contratiempo en el trayecto, la empresa contratada estará en la obligación de informar a la Oficina de Referencia y Contrareferencia de ésta Unidad Prestadora de Salud Meta de dicho contratiempo y establecer en que tiempo estarán en el lugar de recepción del paciente.<br>La empresa contratada, deberá garantizar que en el momento en que se solicite el servicio objeto de la presente contratación y no cuente con la disponibilidad del vehículo requerido, realizará las acciones tendientes a garantizar dicho traslado en el tiempo requerido por esta Unidad Prestadora de Salud Meta, teniendo en cuenta que debe ser una ambulancia con las características necesarias para la prestación del servicio solicitado. El oferente deberá | X      |    |
| 7  | Prever el mantenimiento adecuado y oportuno de las ambulancias, evitando retrasos o colapsos en la prestación del servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | X      |    |
| 8  | El contratista dispondrá de una persona encargada de la Coordinación del contrato, con una línea telefónica y/o Avantel que garanticen la atención oportuna a cada requerimiento solicitado por la Unidad Prestadora de Salud Meta.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | X      |    |
| 9  | El oferente deberá permitir que la Unidad Prestadora de Salud Meta, a través de su auditor de calidad, realice las auditorías e inspecciones que sean necesarias a las áreas y documentos que éste o la Unidad Prestadora de Salud Meta consideren pertinentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | X      |    |
| 10 | La asistencia que se brinde en el momento de la prestación de un servicio de Traslado debe contar con todos los atributos de la calidad como: oportunidad, suficiencia, pertinencia, racionalidad, accesibilidad, continuidad, seguridad, integralidad y eficiencia científica y técnica; así como proporcionar satisfacción al usuario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | X      |    |
| 11 | Tener la disponibilidad y contar con la capacidad instalada adecuada para atender las 24 horas del día para la Unidad Prestadora de Salud Meta en lo que respecta a traslados en ambulancias TAM y TAB.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | X      |    |
| 12 | El transporte de todo enfermo se debe realizar con el acompañamiento de un familiar mayor de edad y el transporte de todo niño menor de edad se deberá realizar con el acompañamiento de la madre y/o excepcionalmente y en su defecto acompañado por el padre u otro familiar mayor de edad, previamente autorizado por escrito por la madre con firma y huella digital, y avisando al personal de la Oficina de Referencia-Contrareferencia; por las vías telefónicas establecidas para la comunicación con esta oficina o el personal de turno; Nunca se podrá argumentar el no haber contestado dichos accesos telefónicos, como argumento para el no aviso, la autorización escrita de la madre formará parte de la historia clínica o el récord del servicio prestado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | X      |    |
| 13 | El transporte de un Recién Nacido se debe realizar en la misma ambulancia con la madre post-parto, A MENOS DE IMPEDIMENTO CIENTÍFICO DETERMINADO POR ORDEN MÉDICA DEL TRATANTE, en cuyo caso deberá ser acompañado por el padre u otro familiar mayor de edad, previamente autorizado por escrito por la madre con firma y huella digital, y avisando al personal de la Oficina de Referencia Contra referencia; por las vías telefónicas establecidas para la comunicación con esta oficina o el personal de turno. Nunca se podrá argumentar el no haber contestado dichos accesos telefónicos, como argumento para el no aviso. La autorización escrita de la madre formará parte de la historia clínica o el récord del servicio prestado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | X      |    |
| 14 | Los traslados y servicios solicitados se deben realizar bajo los protocolos que la institución posea para dichos procedimientos y las asistencias intra-ambulancia se ejecutarán con base en las guías alopáticas, universalmente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | X      |    |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
|    | aceptadas para los procedimientos y tratamientos requeridos y basados en la evidencia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |
| 15 | En caso que se requiera el oferente se compromete a entregar las guías de manejo de traslados de pacientes TAB y TAM, bajo las cuales se ejecutaron los procesos de servicio del último año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | X |   |
| 16 | Serán a cargo del CONTRATISTA los costos de transporte, movilización, seguros, fletes, mantenimiento de vehículos que se causen con motivo del traslado de los pacientes. Estos costos se entenderán incorporados al valor total del contrato que se llegase a celebrar, incluyendo los impuestos y peajes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | X |   |
| 17 | El servicio debe ser prestado con los bienes del contratista, con cumplimiento de Requisitos según lo estipulado por el Ministerio de Protección Social y los demás Entes Legisladores y de Control, en la Ley correspondiente y sus modificaciones vigentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | X |   |
| 18 | El contratista solo prestará los servicios objeto del contrato a los usuarios y beneficiarios de la Policía Nacional, presentando los siguientes documentos:<br>Carne y/o constancia vigente.<br>Documento de identidad original a la Vista<br>Orden de servicio autorizada por la Unidad Prestadora de Salud Meta<br>Formato de Referencia y Contra referencia diligenciado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | X |   |
| 19 | El oferente deberá emitir un archivo en Excel donde clasifique los servicios prestados así:<br>Fecha del servicio<br>Hora<br>Nombre del paciente Identificación<br>Tipo de servicio<br>Destino<br>Consolidado total de cantidad de servicios discriminando el tipo de servicio. Igualmente, deberá reportar las novedades (eventos adversos) suscitados durante el mes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | X |   |
| 20 | Traslado fallido.<br>• Si efectuada la movilización de la unidad al sitio de origen del desplazamiento, por circunstancias ajenas al prestador del servicio e imputables al estado del paciente (fallecimiento, inestabilidad, problemas en el traslado aéreo, etc.) u otros eventos, tales como espera fallida se cancelará máximo el cincuenta por ciento (50%) de la tarifa correspondiente al servicio ordenado.<br>• No se puede cobrar tiempo de espera en el traslado fallido.<br>Si durante un traslado fallido se realiza un traslado desde el mismo lugar donde se encontraba inicialmente la ambulancia, solo se hará cobro del traslado efectuado y no del fallido.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | X |   |
| 21 | Informar al supervisor del contrato cuando se haya ejecutado en un cincuenta 50% y en un setenta 70% el valor del contrato. Una vez recibida esta información, el jefe de la Unidad Prestadora de Salud Meta, informará a la oficina de contratos con el fin de iniciar el nuevo proceso de contratación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | X |   |
| 22 | El OFERENTE deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | X |   |
| 23 | Los códigos requeridos al futuro contratista, para el servicio de salud, corresponden a los siguientes.<br><br>S31301 TRASLADO TERRESTRE BASICO PACIENTE, PRIMARIO<br>S31302 TRASLADO TERRESTRE BASICO DE PACIENTE, SECUNDARIO<br>S33301 TRASLADO TERRESTRE MEDICALIZADO DE PACIENTE SECUNDARIO<br>S33302 TRASLADO TERRESTRE MEDICALIZADO DE PACIENTES, SECUNDARIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | X |   |
| 24 | Etapa precontractual, celebración y ejecución del contrato: la documentación que se relaciona a continuación deberá presentarse al momento radicar la propuesta frente al pliego de condiciones según cronograma<br><br>Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato |   | X |
| 25 | El oferente deberá diligenciar el Formulario de compromiso firmado por el representante legal de la empresa de acuerdo al anexo No. 5.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | X |   |

### ➤ EVALUACIÓN JURÍDICA

| No | REQUISITOS MÍNIMOS HABILITANTES                                                                                                                                                                                                                                               | CUMPLE/ NO CUMPLE                                                    |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 1  | El oferente deberá presentar la carta de presentación de la propuesta, debidamente diligenciada de acuerdo al formulario.                                                                                                                                                     | CUMPLE: Anexa carta de presentación debidamente diligenciada.        |
| 2  | El oferente deberá anexar la Certificado Existencia y Representación Legal para personas jurídicas y/o matrícula de persona natural expedido (s) por la Cámara de Comercio respectiva, no superior a tres (3) meses, a partir de fecha de la fecha de la presente publicación | CUMPLE: Anexa cámara de comercio con fecha de expedición 24-02-2020. |
| 3  | El oferente deberá anexar la Fotocopia de la Cédula legible de Ciudadanía del Representante Legal y/o proponente.                                                                                                                                                             | CUMPLE                                                               |
| 4  | El oferente anexara la certificación del pago al día de los Aportes Parafiscales suscrito por el Representante Legal, o Revisor Fiscal. En este último evento, se deberá anexar fotocopia de la tarjeta profesional del revisor fiscal.                                       | NO CUMPLE                                                            |

|    |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                          |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5  | El oferente deberá anexar Copia del Formulario del Registro Único Tributario actualizado (no superior a tres (3) meses ``impresión o generación documento PDF`` a la fecha de la presente publicación). | CUMPLE: Tiene como fecha de expedición 10-02-2020.                                                                       |
| 6  | El oferente deberá anexar la certificación Bancaria vigente no superior a tres (3) meses de expedición a la fecha de la presente publicación                                                            | CUMPLE: Tiene como fecha de expedición 15-01-2020.                                                                       |
| 7  | El oferente deberá diligenciar el formato de terceros de acuerdo al FORMULARIO No. 2. (datos de la cuenta bancaria)                                                                                     | CUMPLE                                                                                                                   |
| 8  | El oferente deberá realizar el compromiso anticorrupción de acuerdo con el Formulario No. 3, suscrito por el oferente (persona natural o representante legal de la persona jurídica)                    | CUMPLE:                                                                                                                  |
| 9  | La Policía Nacional consultará el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República de la firma y del representante legal.                                                     | Cod. de verificación la Firma<br>8220078371200402091943<br>Cod. Verificación representante legal<br>40401413200402092423 |
| 10 | La Policía Nacional consultará los antecedentes judiciales del oferente o su representante legal.                                                                                                       | CUMPLE: No tiene asuntos pendientes con las autoridades judiciales.                                                      |
| 11 | La Policía Nacional consultará el certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación del representante legal.                                                           | Código de verificación<br>144112128                                                                                      |
| 12 | EL oferente deberá anexar el documento firmado por el oferente y/o representante legal, manifestado no encontrarse en curso de inhabilidad e incompatibilidad para contratar.                           | CUMPLE                                                                                                                   |

### ➤ EVALUACION TÉCNICA

| CONDICIONES TECNICAS MINIMAS HABILITANTES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CUMPLE / NO CUMPLE                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <p><b>Experiencia Proponente en producir o comercializar el bien y/o ofrecer el servicio.</b> Con el fin de garantizar la calidad del servicio a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere acreditar experiencia en proyectos similares al objeto del presente estudio previo, tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos que acrediten la realización de contratos celebrados y ejecutados con entidades públicas y privadas de proyectos iguales o similares al presente proceso contractual cuya suma supere el setenta por ciento (70%) del presupuesto asignado al presente proceso, con empresas públicas o privadas, para lo cual el oferente deberá presentar certificaciones (certificación por contrato) con concepto favorable de la recepción de los contratos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nombre o razón social de contratante.</li> <li><input type="checkbox"/> Nombre o razón social del contratista.</li> <li><input type="checkbox"/> Objeto del contrato.</li> <li><input type="checkbox"/> Lugar de ejecución del contrato.</li> <li><input type="checkbox"/> Número del contrato.</li> <li><input type="checkbox"/> Fecha de inicio del contrato.</li> <li><input type="checkbox"/> Fecha de terminación del contrato.</li> <li><input type="checkbox"/> Valor del contrato.</li> <li><input type="checkbox"/> Certificación suscrita por la persona competente de la entidad contratante.</li> <li><input type="checkbox"/> Dirección y número telefónico del contratante.</li> </ul> <p>Además en las certificaciones deberá manifestar la calificación del servicio ejecutado la cual deberá ser mínimo buena, si la calificación otorgada a los contratistas es aceptable o malo no se tendrán en cuenta en la calificación de la experiencia acreditada. Cuando se certifiquen contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o de Unión Temporal, la Dirección de Sanidad tomará para la verificación, el porcentaje de participación del oferente en la ejecución del contrato, y luego sumará el valor obtenido para así establecer el total acreditado.</p> <p>Para lo anterior, deberá presentar el documento que acreditó la conformación del Consorcio o de la Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato.</p> <p>Además debe tenerse en cuenta que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No se admiten certificaciones de subcontrataciones o convenios.</li> <li>- No se acepta ningún otro documento a los enunciados para soportar las certificaciones presentadas.</li> <li>- No se tendrán en cuenta contratos en ejecución (entiéndase en ejecución hasta el acta de recibo final).</li> <li>- No se aceptan certificaciones con enmendaduras y que no contengan como mínimo la información solicitada o que presenten inconsistencias.</li> </ul> | <p><b>CUMPLE:</b> Anexa de certificaciones experiencia.</p> |

| ITEM | CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS OBLIGATORIAS | CUMPLE |
|------|-------------------------------------------|--------|
|      |                                           |        |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                      |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | <p>El oferente deberá contar como mínimo con el siguiente transporte asistencial:</p> <p>e) Tres (3) ambulancias básicas debidamente habilitadas</p> <p>f) Dos (2) ambulancias medicalizadas debidamente habilitadas</p> <p>Así mismo deberá anexar la habilitación de las mismas, servicio que deberá contener las condiciones establecidas en la resolución 2003 del 28-05-2014 en su inciso 2.3.2.8 Transporte asistencial, el cual establece los parámetros para la prestación del servicio, del ministerio de salud y de la protección social y contar con el Criterio estipulado en el Cód. 1.84 y 1.85 del Anexo Técnico No. 1 de la Resolución 1043 de 3 de Abril de 2006, que trata sobre los parámetros establecidos para la tripulación en el transporte de traslado asistencial básico y medicalizado.</p> <p>Para lo cual deberá diligenciar el anexo 4</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>NO CUMPLE:</b> No anexa certificación de habilitación de las mismas                               |
| 2  | <p align="center"><b>CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN O HABILITACIÓN</b></p> <p>El oferente debe adjuntar la certificación de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Salud de Acuerdo a lo estipulado en el Decreto 780 del 06 de Mayo de 2016 y Resolución No. 2003 de 2014.</p> <p>El oferente debera certificar la habilitacion expedida por la secretaria de salud departamental de los siguientes servicios, los cuales deben estar vigentes:</p> <p>TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO<br/>TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>NO CUMPLE</b>                                                                                     |
| 3  | A efectos de garantizar la seguridad del paciente, el futuro contratista deberá mantener vigente el SOAT y la Revisión Técnico Mecánica de cada uno de los vehículos y demás certificados normativos para el tránsito del mismo. Para lo cual deberá anexar copia de la licencia de tránsito, revisión técnico mecánica y del SOAT.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>NO CUMPLE:</b> No anexa copias de la licencias de tránsito, revisión técnico mecánica y del SOAT. |
| 4  | <p>El oferente debe adjuntar la certificación de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Salud de Acuerdo a lo estipulado en el Decreto 780 del 06 de Mayo de 2016 y Resolución No. 2003 de 2014.</p> <p>a) Transporte asistencial básico</p> <p>b) Transporte asistencial medicalizado.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>NO CUMPLE</b>                                                                                     |
| 5  | <p>Contar con sede en la ciudad de Villavicencio y garantizar tiempo de prestación para el servicio, así:</p> <p>Traslado asistencial básico (TAB) con un tiempo de respuesta de máximo de 45 minutos y Traslado asistencial medicalizado (TAM) un máximo de 90 minutos.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>CUMPLE</b>                                                                                        |
| 6  | <p>El tiempo de respuesta para la confirmación de ambulancias debe ser en un término máximo de 10 minutos, el cual empieza a contar desde el momento de la recepción de la llamada por parte del oferente, para lo cual se inicia suministrando los datos del paciente que requiere el servicio; en este momento se debe confirmar el tiempo máximo en el cual el vehículo llegará al lugar de recepción del paciente; en el caso en que se presente algún contratiempo en el trayecto, la empresa contratada estará en la obligación de informar a la Oficina de Referencia y Contrareferencia de ésta Unidad Prestadora de Salud Meta de dicho contratiempo y establecer en que tiempo estarán en el lugar de recepción del paciente.</p> <p>La empresa contratada, deberá garantizar que en el momento en que se solicite el servicio objeto de la presente contratación y no cuente con la disponibilidad del vehículo requerido, realizará las acciones tendientes a garantizar dicho traslado en el tiempo requerido por esta Unidad Prestadora de Salud Meta, teniendo en cuenta que debe ser una ambulancia con las características necesarias para la prestación del servicio solicitado. El oferente deberá</p> | <b>CUMPLE</b>                                                                                        |
| 7  | Prever el mantenimiento adecuado y oportuno de las ambulancias, evitando retrasos o colapsos en la prestación del servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>CUMPLE</b>                                                                                        |
| 8  | El contratista dispondrá de una persona encargada de la Coordinación del contrato, con una línea telefónica y/o Avantel que garanticen la atención oportuna a cada requerimiento solicitado por la Unidad Prestadora de Salud Meta.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>CUMPLE</b>                                                                                        |
| 9  | El oferente deberá permitir que la Unidad Prestadora de Salud Meta, a través de su auditor de calidad, realice las auditorias e inspecciones que sean necesarias a las áreas y documentos que éste o la Unidad Prestadora de Salud Meta consideren pertinentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>CUMPLE</b>                                                                                        |
| 10 | La asistencia que se brinde en el momento de la prestación de un servicio de Traslado debe contar con todos los atributos de la calidad como: oportunidad, suficiencia, pertinencia, racionalidad, accesibilidad, continuidad, seguridad, integralidad y eficiencia científica y técnica; así como proporcionar satisfacción al usuario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>CUMPLE</b>                                                                                        |
| 11 | Tener la disponibilidad y contar con la capacidad instalada adecuada para atender las 24 horas del día para la Unidad Prestadora de Salud Meta en lo que respecta a traslados en ambulancias TAM y TAB.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>CUMPLE</b>                                                                                        |
| 12 | El transporte de todo enfermo se debe realizar con el acompañamiento de un familiar mayor de edad y el transporte de todo niño menor de edad se deberá realizar con el acompañamiento de la madre y/o excepcionalmente y en su defecto acompañado por el padre u otro familiar mayor de edad, previamente autorizado por escrito por la madre con firma y huella digital, y avisando al personal de la Oficina de Referencia-Contrareferencia;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>CUMPLE</b>                                                                                        |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|    | por las vías telefónicas establecidas para la comunicación con esta oficina o el personal de turno; Nunca se podrá argumentar el no haber contestado dichos accesos telefónicos, como argumento para el no aviso, la autorización escrita de la madre formará parte de la historia clínica o el récord del servicio prestado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |
| 13 | El transporte de un Recién Nacido se debe realizar en la misma ambulancia con la madre post-parto, A MENOS DE IMPEDIMENTO CIENTÍFICO DETERMINADO POR ORDEN MÉDICA DEL TRATANTE, en cuyo caso deberá ser acompañado por el padre u otro familiar mayor de edad, previamente autorizado por escrito por la madre con firma y huella digital, y avisando al personal de la Oficina de Referencia Contra referencia; por las vías telefónicas establecidas para la comunicación con esta oficina o el personal de turno. Nunca se podrá argumentar el no haber contestado dichos accesos telefónicos, como argumento para el no aviso. La autorización escrita de la madre formará parte de la historia clínica o el récord del servicio prestado | CUMPLE |
| 14 | Los traslados y servicios solicitados se deben realizar bajo los protocolos que la institución posea para dichos procedimientos y las asistencias intra-ambulancia se ejecutarán con base en las guías alopáticas, universalmente aceptadas para los procedimientos y tratamientos requeridos y basados en la evidencia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CUMPLE |
| 15 | En caso que se requiera el oferente se compromete a entregar las guías de manejo de traslados de pacientes TAB y TAM, bajo las cuales se ejecutaron los procesos de servicio del último año.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CUMPLE |
| 16 | Serán a cargo del CONTRATISTA los costos de transporte, movilización, seguros, fletes, mantenimiento de vehículos que se causen con motivo del traslado de los pacientes. Estos costos se entenderán incorporados al valor total del contrato que se llegase a celebrar, incluyendo los impuestos y peajes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CUMPLE |
| 17 | El servicio debe ser prestado con los bienes del contratista, con cumplimiento de Requisitos según lo estipulado por el Ministerio de Protección Social y los demás Entes Legislativos y de Control, en la Ley correspondiente y sus modificaciones vigentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | CUMPLE |
| 18 | El contratista solo prestará los servicios objeto del contrato a los usuarios y beneficiarios de la Policía Nacional, presentando los siguientes documentos:<br>a) Carne y/o constancia vigente.<br>b) Documento de identidad original a la Vista<br>c) Orden de servicio autorizada por la Unidad Prestadora de Salud Meta<br>d) Formato de Referencia y Contra referencia diligenciado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CUMPLE |
| 19 | El oferente deberá emitir un archivo en Excel donde clasifique los servicios prestados así:<br>Fecha del servicio<br>Hora<br>Nombre del paciente Identificación<br>Tipo de servicio<br>Destino<br>Consolidado total de cantidad de servicios discriminando el tipo de servicio. Igualmente, deberá reportar las novedades (eventos adversos) suscitados durante el mes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CUMPLE |
| 20 | Traslado fallido.<br>• Si efectuada la movilización de la unidad al sitio de origen del desplazamiento, por circunstancias ajenas al prestador del servicio e imputables al estado del paciente (fallecimiento, inestabilidad, problemas en el traslado aéreo, etc.) u otros eventos, tales como espera fallida se cancelará máximo el cincuenta por ciento (50%) de la tarifa correspondiente al servicio ordenado.<br>• No se puede cobrar tiempo de espera en el traslado fallido.<br>Si durante un traslado fallido se realiza un traslado desde el mismo lugar donde se encontraba inicialmente la ambulancia, solo se hará cobro del traslado efectuado y no del fallido.                                                               | CUMPLE |
| 21 | Informar al supervisor del contrato cuando se haya ejecutado en un cincuenta 50% y en un setenta 70% el valor del contrato. Una vez recibida esta información, el jefe de la Unidad Prestadora de Salud Meta, informará a la oficina de contratos con el fin de iniciar el nuevo proceso de contratación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CUMPLE |
| 22 | El OFERENTE deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CUMPLE |
| 23 | Los códigos requeridos al futuro contratista, para el servicio de salud, corresponden a los siguientes.<br>g) S31301 TRASLADO TERRESTRE BASICO PACIENTE, PRIMARIO<br>h) S31302 TRASLADO TERRESTRE BASICO DE PACIENTE, SECUNDARIO<br>i) S33301 TRASLADO TERRESTRE MEDICALIZADO DE PACIENTE SECUNDARIO<br>j) S33302 TRASLADO TERRESTRE MEDICALIZADO DE PACIENTES, SECUNDARIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CUMPLE |
| 24 | Etapa precontractual, celebración y ejecución del contrato: la documentación que se relaciona a continuación deberá presentarse al momento radicar la propuesta frente al pliego de condiciones según cronograma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        |

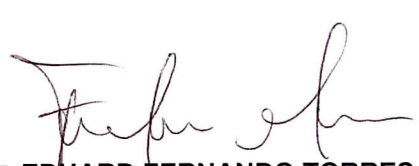
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|           | Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato | <b>NO CUMPLE</b> |
| <b>25</b> | El oferente deberá diligenciar el Formulario de compromiso firmado por el representante legal de la empresa de acuerdo al anexo No. 5.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>CUMPLE</b>    |

Finalizada la evaluación económica, jurídica y técnica, de la propuesta presentada por **entidad AMBULANCIAS DEL LLANO S.A.S.** con número NIT. 822.007.837-1, se evidencia que se deben requerir los documentos que no fueron anexados dentro la propuesta, a fin de continuar con la adjudicación del servicio, previo lleno de los requisitos establecidos en el pliego de condiciones.

En atención al numeral 2.1.3.3.1 de la resolución 00090 del 15 de enero de 2018, pongo en consideración la presente evaluación de observaciones, para ser analizada por el comité de adquisiciones de la Unidad Prestadora en Salud Meta, para fines pertinentes dentro del proceso **PN UPRES META MIC 038 2020**.

Atentamente,

  
**PT. LUIS FERNANDO CÁRDENAS BLANCO**  
Analista de Contratos RASÉS No.7  
Verificación Jurídica y Económica

  
**PT. EDUARD FERNANDO TORRES MARTINEZ**  
Auxiliar de Enfermería UPRES META  
Verificación Técnica