## ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

El oferente deberá diligenciar y presentar junto con la oferta el formato de especificaciones técnicas que se presenta a continuación debidamente firmado por el representante legal, en el que exprese su manifestación de cumplimiento o no cumplimiento con cada una de las especificaciones técnicas solicitadas, las cuales serán verificadas por el Comité Técnico aplicando el criterio de **CUMPLE O NO CUMPLE**.

| DESCRIPCION | TRASLADO BÁSICO | | | | TRASLADO MEDICALIZADO | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESTINO MOCOA A: | SENCILLA | | DOBLE (IDA Y REGRESO) | | SENCILLA | | DOBLE (IDA Y REGRESO) | |
| | CUMPLE | NO CUMPLE | CUMPLE | NO CUMPLE | CUMPLE | NO CUMPLE | CUMPLE | NO CUMPLE |
| PUERTO ASIS | X | | x | | x | | x | |
| NEIVA | X | | x | | x | | x | |
| FLORENCIA | X | | x | | x | | x | |
| BOGOTA | X | | x | | x | | x | |
| PITALITO | X | | x | | x | | x | |
| PASTO | X | | x | | x | | x | |
| CALI | X | | x | | x | | x | |
| COLON | X | | x | | x | | x | |
| IBAGUE | X | | x | | x | | x | |
| URBANO | x | | x | | x | | x | |
| DESTINO PUERTO ASIS A: | SENCILLA | | DOBLE (IDA Y REGRESO) | | SENCILLA | | DOBLE (IDA Y REGRESO) | |
| | CUMPLE | NO CUMPLE | CUMPLE | NO CUMPLE | CUMPLE | NO CUMPLE | CUMPLE | NO CUMPLE |
| MOCOA | x | | x | | x | | x | |
| NEIVA | x | | x | | x | | x | |
| FLORENCIA | x | | x | | x | | x | |
| BOGOTA | x | | x | | x | | x | |
| PITALITO | x | | x | | x | | x | |
| PASTO | x | | x | | x | | x | |
| CALI | x | | x | | x | | x | |
| COLON | x | | x | | x | | x | |
| IBAGUE | x | | x | | x | | x | |
| URBANO | x | | x | | x | | x | |
| DESTINO LA DORADA PUTUMAYO A: | SENCILLA | | DOBLE (IDA Y REGRESO) | | SENCILLA | | DOBLE (IDA Y REGRESO) | |
| | CUMPLE | NO CUMPLE | CUMPLE | NO CUMPLE | CUMPLE | NO CUMPLE | CUMPLE | NO CUMPLE |
| PUERTO ASIS | x | | x | | x | | x | |
| MOCOA | x | | x | | x | | x | |
| LA HORMIGA | x | | x | | x | | x | |
| DESTINO LA HORMIGA A: | SENCILLA | | DOBLE (IDA Y REGRESO) | | SENCILLA | | DOBLE (IDA Y REGRESO) | |
| | CUMPLE | NO CUMPLE | CUMPLE | NO CUMPLE | CUMPLE | NO CUMPLE | CUMPLE | NO CUMPLE |
| PUERTO ASIS | x | | x | | x | | x | |
| MOCOA | x | | x | | x | | x | |
| NEIVA | x | | x | | x | | x | |
| FLORENCIA | x | | x | | x | | x | |
| BOGOTA | x | | x | | x | | x | |
| PITALITO | x | | x | | x | | x | |
| PASTO | x | | x | | x | | x | |
| COLON | x | | x | | x | | x | |



Dirección: Cra. 13 no. 14 -64 Barrio San Francisco
– 3124314215 – 3174363438
Email. asistenciamedicadelsurltda@hotmail.com
PUTUMAYO - MOCOA

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CALI | x | | x | | x | | x | |
| IBAGUE | x | | x | | x | | x | |
| URBANO | x | | x | | x | | x | |
| **DESTINO PUERTO CAICEDO A:** | **SENCILLA** | | **DOBLE (IDA Y REGRESO)** | | **SENCILLA** | | **DOBLE (IDA Y REGRESO)** | |
| | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| PUERTO ASIS | x | | x | | x | | x | |
| MOCOA | x | | x | | x | | x | |
| **DESTINO PUERTO GUZMAN A:** | **SENCILLA** | | **DOBLE (IDA Y REGRESO)** | | **SENCILLA** | | **DOBLE (IDA Y REGRESO)** | |
| | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| PUERTO ASIS | x | | x | | x | | x | |
| MOCOA | x | | x | | x | | x | |
| **DESTINO VILLAGARZON A:** | **SENCILLA** | | **DOBLE (IDA Y REGRESO)** | | **SENCILLA** | | **DOBLE (IDA Y REGRESO)** | |
| | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| PUERTO ASIS | x | | x | | x | | x | |
| MOCOA | x | | x | | x | | x | |
| **DESTINO COLON A:** | **SENCILLA** | | **DOBLE (IDA Y REGRESO)** | | **SENCILLA** | | **DOBLE (IDA Y REGRESO)** | |
| | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| PUERTO ASIS | x | | x | | x | | x | |
| PASTO | x | | x | | x | | x | |
| MOCOA | x | | x | | x | | x | |
| NEIVA | x | | x | | x | | x | |
| IBAGUE | x | | x | | x | | x | |
| CALI | x | | x | | x | | x | |
| BOGOTA | x | | x | | x | | x | |
| URBANO | x | | x | | x | | x | |
| **DESTINO ORITO A:** | **SENCILLA** | | **DOBLE (IDA Y REGRESO)** | | **SENCILLA** | | **DOBLE (IDA Y REGRESO)** | |
| | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** |
| PUERTO ASIS | x | | x | | x | | x | |
| MOCOA | x | | x | | x | | x | |

**Pago por traslado fallido:** Si efectuada la movilización de la unidad al sitio de origen del desplazamiento, por circunstancias ajenas al prestador del servicio de ambulancia e imputables al estado del paciente (fallecimiento, inestabilidad, etc.), u otros eventos, se cancelará únicamente el cincuenta por ciento (50%) de la tarifa correspondiente al servicio ordenado.

- **Pago por destinos no descritos en el anexo de tarifas:**

**Ambulancia asistencial básica servicio Intermunicipal (destinos no pactados)**

MAYOR DE 25 KMS HASTA 300KMS (CADA KILÒMETRO) **Cumple x** **No cumple**
MAYOR DE 300 KMS (CADA KILOMÈTRO) **Cumple x** **No cumple**

**Ambulancia asistencial medicalizada servicio Intermunicipal Paciente Adulto (destinos no pactados)**

MAYOR DE 25 KMS HASTA 300 KMS. (CADA KILÒMETRO) **Cumple x No cumple**
MAYOR DE 300 KMS, (CADA KILÒMETRO) **Cumple x No cumple**

**Ambulancia asistencial medicalizada especializada neonatal (destinos no pactados)**

MAYOR DE 25 KMS HASTA 300 KMS (CADA KILÓMETRO) **Cumple x No cumple**
MAYOR DE 300 KMS (CADA KILÒMETRO) **Cumple x No cumple**


Dirección: Cra. 13 no. 14 -64 Barrio San Francisco
– 3124314215 – 3174363438
Email. asistenciamedicadelsurltda@hotmail.com
PUTUMAYO - MOCOA

## ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

| ITEMS | DESCRIPCION | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|
| 1 | El Oferente debe contar con un sistema de auditoría interna que esté en contacto con el auditor médico delegado por la Unidad Prestadora de Salud Putumayo para el control y supervisión del contrato. | x | |
| 2 | El Oferente anexara mediante certificación firmada por el represéntate legal, donde conste el cumplimiento de los servicios según lo estipulado en el Acuerdo 002 por el cual se establece el plan de servicios de sanidad Militar y Policial. | x | |
| 3 | El oferente debe notificar de inmediato los eventos adversos o complicaciones que se llegaran a presentar durante los procedimientos y que llegasen a requerir el ingreso por el servicio de la institución contratada, de cualquier paciente al subsistema de salud de la Policía Nacional, con el fin de realizar la respectiva autorización del servicio o regulación del paciente a la IPS correspondiente por parte del LÍDER MÉDICO DE LA OFICINA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD PUTUMAYO. | x | |
| 4 | EL OFERENTE deberá **CERTIFICAR** que no se encuentran relacionados en el Registro Único De Infractores Ambientales RUIA **(ANEXAR CERTIFICACIÓN)** | x | |
| 5 | El oferente debe aceptar y facilitar la visita del auditor médico de la USP, así como permitir el acceso a las historias clínicas, estadísticas, soportes y demás documentos relacionados con la atención de pacientes y facilitar de ser necesario la verificación y la revisión de los servicios prestados y eventualmente el acceso a los pacientes para evaluar la calidad del servicio. | x | |
| 6 | El oferente deberá prestar única y exclusivamente el servicio dispuesto mediante autorización expedida por la oficina de Referencia y Contra referencia de la Unidad Prestadora de Salud Putumayo. | x | |
| 7 | El oferente deberá **CERTIFICAR** que los equipos biomédicos empleados para los diferentes procedimientos se encuentren en perfecto estado de funcionamiento, asegurando así una buena prestación del servicio sin generar retrasos e inconformidades por parte de nuestros usuarios. **(ANEXAR CERTIFICACIÓN)** | x | |
| 8 | El oferente se compromete a dar prioridad a los servicios requeridos por la Institución una vez haga la solicitud el Supervisor del contrato y/o coordinación con el líder de la Oficina de Referencia y Contra referencia. (dentro de un término de 4 horas al requerimiento) anexar certificación firmada por el representante legal. | x | |
| 9 | El oferente deberá prestar su servicio únicamente y exclusivamente en la dirección reportada según registro especial de prestadores de servicio de salud (REPS) ante la Secretaria de Salud Departamental del Putumayo, no aceptará convenios ni subcontratos con otras entidades durante la ejecución del contrato. | x | |
| 10 | **IMPACTO AMBIENTAL NEGATIVO**<br>El oferente u oferentes interesados en participar, deberán certificar que cumplen con todas aquellas normas legales vigentes que en materia ambiental apliquen, por tal motivo y por tratarse de una prestación de servicios de salud deberán dar cumplimiento y aplicación al PGIRASA.<br>En cumplimiento a la Resolución 1142 de 2002, Decreto 351 de 2014, debe contar con un plan de gestión integral de residuos sólidos generados en atención de la salud y otras actividades (PGIRASA). Contar con un gestor de residuos sólidos peligrosos con características biológicas como los descritos dentro del Decreto 4741 de 2005. **Anexar Soportes**. | x | |
| 11 | Con el fin de garantizar la calidad de la prestación de servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, para la verificación de la experiencia el proponente deberá anexar a su propuesta máximo tres **(03) certificaciones** de contratos cuyo objeto sea igual o guarde congruencia con el objeto de la presente contratación y cuya sumatoria sea igual o mayor al cincuenta por ciento (50%) del valor del presupuesto, dichas certificaciones deben contener la siguiente información:<br>• Objeto del contrato<br>• Número del contrato<br>• Valor<br>• Plazo<br>• Fecha de inicio<br>• Fecha de finalización<br>• Nombre del contrato<br>• Nombre del contratista<br>• Grado de satisfacción.<br><br>No se admiten:<br>• Certificaciones de Subcontrataciones<br>• No se acepta auto certificaciones.<br>• Copias de facturas órdenes de pago etc.<br>• Copias de Contratos. | x | |


Dirección: Cra. 13 no. 14 -64 Barrio San Francisco
– 3124314215 – 3174363438
Email. asistenciamedicadelsurltda@hotmail.com
PUTUMAYO - MOCOA

| ITEMS | DESCRIPCION | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|
| | En caso de contratos en ejecución, se tomará la fecha de legalización del contrato hasta la fecha de expedición de la certificación.<br><br>Cuando se certifiquen contratos realizados bajo la modalidad de consorcio o unión temporal, para la verificación, se tomará el porcentaje de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del consorcio o de la unión temporal, para lo cual deberá anexar a la propuesta el documento que acreditó la conformación del consorcio o unión temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato.<br><br>En el evento que el oferente presente certificaciones en número superior al máximo permitido, para efectos de verificación de la experiencia, se tomará únicamente las de mayor valor que cumplan con los requisitos exigidos en el presente proceso.<br><br>**NOTA:** En caso de que el oferente haya firmado contratos con esta entidad y/o antigua Área de Sanidad Putumayo, no es obligatorio que anexe certificación, solamente con enunciar el contrato objeto y el valor; la unidad verificará la información, según la Ley 019 de del 2012. ***ARTICULO 9. PROHIBICIÓN DE EXIGIR DOCUMENTOS QUE REPOSAN EN LA ENTIDAD*** | | |
| 12 | **EXPERIENCIA DEL PERSONAL**<br>Con el fin de garantizar la idoneidad del personal que prestará los servicios requerido, **EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL** de la entidad donde conste que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, RETHUS y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo UN (01) AÑO, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual. | x | |
| 13 | El oferente se compromete a NO SOBREPASAR EL VALOR TOTAL ASIGNADO AL CONTRATO, una vez terminados los recursos del contrato, salvo que se trate de una URGENCIA VITAL y deberán ser autorizados por la oficina de referencia y contra referencia facturado con cargo de urgencia a la Unidad Prestadora de Salud Putumayo, previa verificación de los derechos y circunscripción del usuario (afiliado y beneficiario). La supervisión en la ejecución económica del contrato también será responsabilidad del contratista, quien estará atento para que en ningún caso exceder el valor del contrato en la ejecución. | x | |
| 14 | El servicio de transporte de ambulancias debe cumplir las siguientes condiciones:<br>Tripulación transporte en ambulancias básicas:<br>Cuenta con: Tecnólogo en atención pre hospitalaria o técnico profesional en atención pre hospitalaria o auxiliar en enfermería, en cualquier caso, deben contar con certificado de formación en soporte vital básico de mínimo 40 horas debe estar vigente. Este requisito se verificará una vez adjudicado el presente proceso de contratación.<br><br>Para transporte terrestre el conductor cumple con lo que determine para su actividad la autoridad de tránsito terrestre y adicionalmente cuenta con certificado de formación en primeros auxilios. Este requisito se verificará una vez adjudicado el presente proceso de contratación.<br><br>Tripulación transporte asistencial en ambulancia medicalizada:<br><br>Como tripulantes de ambulancia cuenta con:<br><br>1. Médico<br>2. Enfermera o Tecnólogo en atención pre hospitalaria o Auxiliar de enfermería.<br><br>Todo el personal debe contar con certificado de formación en soporte vital avanzado de mínimo 40 horas, debe estar vigente. Este requisito se verificará una vez adjudicado el presente proceso de contratación. | x | |
| 15 | Anexar los soportes documentales que acrediten que cumple con los Requisitos para que le fuera autorizada la operación de los vehículos ambulancia, por el ente Territorial teniendo en cuenta lo siguiente:<br><br>Toda ambulancia que opere, deberá:<br><br>• Debe estar inscrita y registrada en la entidad de salud competente y cumpla con los requisitos establecidos en las normas vigentes.<br>• Contar con un sistema de telecomunicaciones móvil o portátil, que le permita establecer contacto con su central o base de operaciones y la red de coordinación del ente territorial cumpliendo con las normas vigentes del ente regulador, como lo estipula la **NTC 3729 del 12 de diciembre del 2007, en el ítem 4.9 SISTEMA DE COMUNICACIÓN.** | x | |


Dirección: Cra. 13 no. 14 -64 Barrio San Francisco
– 3124314215 – 3174363438
Email. asistenciamedicadelsurltda@hotmail.com
PUTUMAYO - MOCOA

| ITEMS | DESCRIPCION | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|
| | Las ambulancias cumplirán los siguientes requisitos:<br><br>• Portar licencia de tránsito, seguro obligatorio de accidentes de tránsito, certificado de revisión técnico mecánica y certificado de emisión de gases.<br>• El vehículo debe estar inscrito y habilitado ante el Ente competente, u organismo similar y cumplir con los requisitos exigidos por las normas vigentes para las ambulancias.<br>• Contar con la señalización exigida en la **NTC 3729 del 12 de diciembre del 2007 en el ítem 4.4 IDENTIFICACION** incluye: Leyenda "AMBULANCIA", Número de Identificación, Cruz de la vida, Sigla del ámbito de Servicio: Se utilizará la sigla TAB o TAM según sea el caso, Nombre o logotipo de la entidad, Leyenda "CONSERVE SU DISTANCIA", Número de teléfono, Nombre la ciudad sede.<br>• Portar plena identificación, en ambos costados y parte posterior, en sitio visible, el código de registro expedido por la Secretaría Distrital de Salud u organismo similar.<br><br>En relación con las tripulaciones de las ambulancias:<br><br>• Los conductores deben portar su licencia de conducción y documento de identificación.<br>• El equipo de salud (médico, auxiliar de enfermería o enfermero profesional) debe ser idóneo, estar inscrito y portar su documento de identificación y certificado de inscripción ante la autoridad competente.<br><br>Los conductores serán capacitados por las Secretarias de Transito y organismos similares, sobre manejo y comportamiento para la movilización de este tipo de vehículos y deberán estar certificados para tal fin. Se deben presentar los soportes respectivos. | | |
| 16 | El oferente cumplirá con los siguientes aspectos:<br>Identificación del tipo de movilización que efectúa una ambulancia.<br>Movilización Prioritaria:<br>Una ambulancia TAB o TAM en este tipo de movilización, en cumplimiento de una orden de servicio:<br><br>• Utilizará señales visuales (luces de emergencia, balizas) y auditivas para su desplazamiento. En caso que las condiciones clínicas del paciente no lo permitan, según criterio de la tripulación, se podrá exceptuar la utilización de señales auditivas.<br>• Podrá utilizar las velocidades autorizadas para los vehículos de emergencia.<br><br>Movilización No Prioritaria:<br><br>• Una ambulancia TAB o TAM en este tipo de movilización, en cumplimiento de una orden de servicio:<br>• Utilizará sólo señales visuales (luces de emergencia, balizas) para su desplazamiento.<br><br>No podrá exceder las velocidades autorizadas para los vehículos de emergencia. | x | |
| 17 | **Disposiciones en el desplazamiento de las ambulancias**<br>En toda movilización, la actitud de la tripulación en la conducción debe ser prudente y cuidadosa a fin de evitar mayores riesgos. Lo descrito será para garantizar la seguridad del usuario.<br>• En caso que la ambulancia sea solicitada por una autoridad competente (tránsito y/o policía y/o salud), para la atención de una emergencia en la vía pública, la tripulación deberá evaluar y prestar la atención requerida si fuese pertinente en prelación al derecho a la vida. En cualquier caso, la tripulación deberá informar a su central, de manera prioritaria; sin perjudicar la oportunidad en la asistencia a la central. La central dará el aviso correspondiente a la Oficina de Referencia Contrarreferencia UPRES Putumayo sobre el impuse de fuerza mayor ocurrido y lo que se deberá demorar la remisión del usuario en espera de la orden de servicio por ella emitida.<br>• La tripulación de las ambulancias deberá cumplir y respetar las normas de tránsito establecidas, salvo en los casos que prime el derecho a la vida.<br>• Las ambulancias sin orden de servicio no podrán utilizar señales auditivas, visuales ni velocidades autorizadas para este tipo de vehículos.<br>• El tipo de movilización de una ambulancia puede variar de prioritario a no prioritario y viceversa, dependiendo de la condición clínica del paciente a criterio de la tripulación o cuando la orden de servicio sea cancelada, lo cual quedará consignado en la misma.<br>• La *atención asistencial de pacientes* en ambulancias es un acto de salud y como tal, debe estar registrada en el récord del servicio prestado o en la historia clínica del paciente, bien sea atención de enfermería y/o de médico. | x | |


Dirección: Cra. 13 no. 14 -64 Barrio San Francisco
– 3124314215 – 3174363438
Email. asistenciamedicadelsurltda@hotmail.com
PUTUMAYO - MOCOA

| ITEMS | DESCRIPCION | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|
| | • Todo paciente que sea trasladado en ambulancia debe contar con la asistencia permanente del equipo de salud, correspondiente a la ambulancia, en el compartimento del paciente.<br>• Las instituciones que oferten el servicio de ambulancia, deberán establecer los procedimientos correspondientes para cumplir con los parámetros definidos dentro del Sistema Penal Acusatorio.<br>• Todo desplazamiento de una ambulancia debe estar registrado inmediatamente, en la central de la entidad a la cual este adscrita.<br>• En *traslados primarios* sin destino específico, la ubicación del paciente será únicamente por el equipo de salud de la ambulancia en coordinación con su central o con el Centro Regulador de Urgencias, de acuerdo con el nivel de atención y grado de complejidad pertinente para la condición actual o potencial del paciente.<br>• El estacionamiento en lugares prohibidos por parte de las ambulancias podrá realizarse siempre y cuando se esté ejecutando una orden de servicio y/o se esté asistiendo un paciente.<br>• Todas las ambulancias deben parquearse, mientras sea posible, en posición de salida independientemente del sitio, conservando las condiciones de seguridad.<br>• Toda ambulancia en *movilización prioritaria* o *no prioritario* utilizará para su desplazamiento, preferencialmente, el segmento central de la calzada, una vez los vehículos se separen hacia el lado izquierdo y derecho de la misma. En caso contrario, se utilizará cualquier carril de la vía.<br>• Toda ambulancia en *movilización prioritaria* (con señales de emergencia visuales y auditivas) se acercará con precaución, reduciendo su velocidad, al cruce de una intersección vial y sólo podrá cruzarla cuando las autoridades o los vehículos le hayan cedido el paso de circulación preferencial. El uso de perifoneo y/o pito tipo "corneta" estará sujeto sólo a este tipo de movilización.<br>• Los conductores de ambulancias en *movilización prioritaria* evitarán el sobrepaso entre sí.<br>• En zonas residenciales se limitará el uso de señales de emergencia auditivas a estrictos casos de seguridad vial.<br>• Toda ambulancia deberá atender la orden de pare o retén de los organismos del estado. Una vez acatada la solicitud y se verifique que está en cumplimiento de un servicio (con o sin paciente), dichos organismos deberán autorizar inmediatamente el reinicio de su movilización. En caso de algún requerimiento, los organismos del estado lo podrán realizar acompañando la ambulancia hasta la terminación de la orden de servicio y cuando ésta quede disponible, la tripulación permitirá las inspecciones o requisas que sean solicitadas. Lo antes descrito para garantizar la seguridad del usuario.<br>• Todo conductor de ambulancia deberá respetar el Código de Tránsito para garantizar la seguridad del usuario, aunque todo conductor deberá ceder el paso a las *ambulancias en movilización prioritaria* (con señales visuales y auditivas de emergencia) *y no prioritaria* (utilizando sólo las señales visuales de emergencia), en concordancia con el artículo 64 de la Ley 769 de Agosto 6 de 2.002 Código Nacional de Tránsito, no modificado con la Ley 1383 de MARZO 16 de 2010, no es óbice para tener las precauciones correspondientes. Las autoridades de tránsito deberán colaborar con este propósito.<br>• El vehículo que circule detrás de una ambulancia en movilización prioritaria y no prioritaria, deberá mantener las distancias mínimas establecidas en el artículo 108 de la Ley 769 de Agosto 6 de 2.002 Código Nacional de Tránsito, modificado con la Ley 1383 de MARZO 16 de 2010, pero esto no es óbice para tener las precauciones correspondientes por parte de la tripulación de las ambulancias, para garantizar la seguridad del usuario.<br>• En casos de accidentes relacionados con el desplazamiento de ambulancias, se procederá de conformidad con lo dispuesto en los artículos No. 143 y 148 de la Ley 769 de Agosto 6 de 2.002 Código Nacional de Tránsito, excepto cuando prime el derecho a la vida.<br>• Una ambulancia podrá atender y trasladar uno o más pacientes, siempre y cuando se garanticen sus condiciones de seguridad y las de la tripulación, y no implique detrimento de la asistencia a los pacientes. Las condiciones de seguridad incluyen la utilización de la camilla principal y una secundaria, cinturones de seguridad y que estén bajo la vigilancia del equipo de salud.<br>• Solo se permitirá un acompañante por paciente en una ambulancia, cuya ubicación se hará a criterio del equipo de salud. Se debe tener en cuenta la limitación de acompañantes con riesgo (mujeres embarazadas, menores de edad, entre otros). En caso de fuerza mayor se podrá exceder en número y no limitar la condición del acompañante, justificándolo debidamente en el récord de servicio prestado o historia clínica del paciente.<br>• Las ambulancias no están autorizadas para el traslado de cadáveres, excepto cuando el fallecimiento suceda durante el cumplimiento de la orden de servicio.<br>• Las ambulancias no deberán transportar materiales, elementos e insumos peligrosos (armas, valores, químicos, biológicos y/o explosivos entre otros).<br>• Las tripulaciones de las ambulancias en caso de ser requerida para un servicio en la vía por accidente de tránsito, deberán informar a las autoridades competentes (tránsito y/o policía y Oficina de Referencia Contrarreferencia UPRES Putumayo) el destino final del paciente una vez verificado el estado del paciente y la gravedad del usuario. En caso que no se pueda informar antes de iniciar el desplazamiento de la ambulancia, la central de la empresa contratista deberá realizar esta labor en forma prioritaria.<br>En caso de ser requerida para un servicio en la vía por accidentes de tránsito con lesionados, la tripulación solicitará a la autoridad a cargo del mismo, se le facilite a la tripulación de la ambulancia la información | | |

| ITEMS | DESCRIPCION | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|
| | correspondiente de los vehículos implicados, antes que se inicie el desplazamiento de la misma y para soportar el ingreso de los pacientes a los centros asistenciales respectivos. La información incluye: nombre de la aseguradora, número y vigencia de la póliza SOAT y documento de identificación del usuario. | | |

**LOS OFERENTES DEBERAN OFERTAR EL 100% DE LOS ITEMS**

Declaramos bajo nuestra responsabilidad personal, y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que cumplimos en su totalidad con las especificaciones técnicas de verificación y de obligatorio cumplimiento.

a. Las especificaciones técnicas requeridas son de obligatorio cumplimiento, de no hacerlo la propuesta se considerará no apta técnicamente.

b. En la columna CUMPLE/NO CUMPLE, se evaluará las especificaciones técnicas ofertadas por la firma

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: **ASISTENCIAMEDICA DEL SUR IPS LTDA**
Identificación (NIT ☒ C.C ☐ C.E ☐): 900337015-2
Nombre Representante Legal: RUBICINTIA BUSUY GUALDRON
Identificación (C.C ☒ C.E. ☐) 23.835.243 de Orocue Casanare
Dirección: CRA 13 No. 14 – 64 B/ San Francisco
Teléfono: 312 4314215
Email: asistenciamedicadelsurltda@hotmail.com