FORMATO
OFERTA ECONÓMICA

Proceso de Contratación **MC-RDC-CNHTA-0039-2026**

YO: ANGELA PATRICIA MATALLANA CASTAÑO , identificado como aparece al pie de mi firma, en **mi calidad de representante legal de LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS SAS,**
manifiesto que el valor total de la propuesta es por la suma de VEINTITRES MILLONES SETECIENTOS QUINCE MIL PESOS M/CTE ($ 23.715.000), Valor que incluye todos los gastos e impuestos a que haya lugar.
Dicho valor obedece a los siguientes conceptos, en los cuales se relacionan todos los costos, gastos y valores que conforman el contrato a ejecutar:

ITEM	CÓDIGO UNSPSC	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ADICIONALES DEL SERVICIO	PRESENTACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	VALOR UNITARIO ANTES DE IVA	TARIFA DE IVA O IMPUESTO EQUIVALENTE	IVA POR UNIDAD	VALOR UNITARIO POR ITEM CON IVA	VALOR TOTAL POR ITEM CON IVA
1	92101502	**Contratar el servicio de áma protegida para el Centro Nacional de Hotelería Turimos y Alimentos**	•Atención prehospitalaria de urgencias y emergencias en sitio: De acuerdo con la necesidad mensual del Centro de Formación. Tiempo de respuesta promedio máximo de quince (15) minutos. Incluye valoración inicial, estabilización del paciente, personal de salud calificado, equipos biomédicos, medicamentos e insumos necesarios para la atención de urgencias y emergencias médicas. •Orientación telefónica Prehospitalaria: De acuerdo con la necesidad mensual del Centro de Formación. El Proponente dispondrá una Linea de atención permanente (24/7), atendida por personal de salud. •Traslado asistido a centros hospitalarios: De acuerdo con la necesidad mensual del Centro de Formación. Traslado asistido en ambulancia básica o medicalizada, según criterio técnico y condición clínica del paciente, con personal entrenado y habilitado para atención prehospitalaria. •Recursos físicos y humanos para la atención de emergencias: Disponibilidad permanente de ambulancia(s) básica(s) y/o medicalizada(s), dotadas con equipos biomédicos, medicamentos e insumos conforme a la normatividad vigente, así como talento humano en salud habilitado y con entrenamiento certificado en atención prehospitalaria y manejo de emergencias. •Atención sin exclusiones: Cobertura integral sin preexistencias, sin límites por patología, edad o condición, para todas las personas que se encuentren dentro de las instalaciones del Centro Nacional de Hotelería, turismo y Alimentos, incluyendo la comunidad SENA y visitantes. •Atención integral en eventos críticos: Valoración clínica inicial, diagnóstico presuntivo, estabilización del paciente, manejo prehospitalario y traslado asistido hasta la entrega formal en la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) receptora, con registro del evento atendido. •Cobertura geográfica del servicio: Cobertura permanente dentro de las instalaciones del Centro Nacional de Hotelería, Turismo y Alimentos y sus Sedes; Sede Principal: Sena Hotel Cra.30 #15-53 Sede Alterna: INSTITUTO COLOMBIANO DE APRENDIZAJE (INCAP) SAS Carrera 13 N 65_10 Bogotá Distrito Capital. Sede Alamos: Carrera 89 A no. 64c-41 Incluyendo áreas administrativas, formativas, productivas. •Recursos tecnológicos y de comunicación: Disponibilidad de línea telefónica exclusiva de emergencias y sistema de comunicación para la activación, despacho y seguimiento de los servicios, operativa las veinticuatro (24) horas del día durante la vigencia del contrato. •Registro y reporte de servicios: Presentación de informe mensual (mínimo 10) detallado que incluya número de eventos atendidos, tipo de atención brindada, traslados realizados, acompañamientos en eventos masivos, visitas de inspección efectuadas y recomendaciones preventivas. •Capacitaciones en atención de emergencias: Dos (2) jornadas anuales de capacitación en primeros auxilios básicos y activación inicial ante emergencias, dirigidas al personal designado del Centro, como actividad complementaria y sin sustituir la atención médica especializada. •Acompañamiento prehospitalario a eventos masivos institucionales: Acompañamiento en mínimo seis (6) eventos masivos institucionales durante la vigencia contractual, con presencia de ambulancia, personal de salud calificado y equipos necesarios para la atención inmediata de urgencias yemergencias médicas	A NECESIDAD	SERVICIO	9	$ 2.635.000,00	0%	$ -	$ 2.635.000,00	$ 23.715.000,00

Indicaciones de diligenciamiento Formato oferta económica

Ingrese el valor unitario antes de IVA de los ítems a ofrecer.
Seleccione la tarifa de IVA que se aplica a cada uno de los ítems. El formato tiene lista desplegable de tarifas de IVA.
El formato calculará con base en las cantidades, valores sin IVA y tarifa de IVA seleccionado y se autocompletará.
Verifique que la información esté completa y guarde el documento en formato EXCEL para presentación de la oferta.

Tarifas de IVA
19%
8%
5%
0%

BASE IVA 19%	$ -
BASE IVA 8%	$ -
BASE IVA 5%	$ -
EXENTO	$ 23.715.000,00
SUBTOTAL	**$ 23.715.000,00**
IVA 19%	$ -
IVA 8%	$ -
IVA 5%	$ -
VALOR TOTAL	**$ 23.715.000,00**

Declaración sobre la información registrada en el formato.

La información registrada en el presente formato coincide con el valor de la oferta presentada en SECOP II de acuerdo con lo solicitado por la entidad.
Las cantidades de elementos y/o servicios ofrecidos, así como los valores indicados en el formato se verificaron para evitar rechazos por correcciones aritméticas que realice la entidad en la evaluación económica de esta oferta.
Las tarifas de IVA aplicadas a cada elemento ofertado se verificaron y corresponden con la clasificación tributaria vigente a la fecha de presentación de la presente oferta económica.

Los valores de la oferta económica permanecerán constantes durante el plazo de ejecución del contrato. Se entenderán incluidos todos y cada uno de los impuestos a que haya lugar con ocasión de la ejecución del contrato.

Teniendo en cuenta que este punto es la esencia de la oferta, no podrá estar condicionado, ni ser adicionado, modificado o completado después de presentada la oferta. El SENA podrá efectuar las correcciones aritméticas a que haya lugar.

Firma: _____

Nombre y razón social del proponente: __LINEA MEDICA DE AMBULANCIAS SAS_____

Nit:_____830.120.825-5_____

Nombre del representante legal: ____ANGELA PATRICIA MATALLANA CASTAÑO_____

C.C. N°. _____52.266.734_____ De:____Bogotá D.C._____

Dirección y teléfono: _____CALLE 25 C 85 C 44 PISO 1,2 Y 3 - 3175108629_____

Ciudad: _____Bogotá D.C._____

Este formato deberá entregarse firmado por el proponente persona natural, por el representante legal de la persona jurídica y en el caso de consorcios o uniones temporales, deberá ser firmado por cada uno de sus integrantes