FORMATO No. 12

ESPECIFICACIONES TECNICAS

[Nombre del representante legal del Proponente], identificado como aparece al pie de mí firma, en mi calidad de representante legal de *[nombre del Proponente]*, me comprometo a cumplir con las condiciones, especificaciones técnicas exigidas en el proceso No._____; cuyo objeto es: _____

El Contratista deberá prestar los servicios de acuerdo con las necesidades de la Administración Municipal, dirigidas por la Dirección de Programas Sociales y Grupos Poblacionales, quien deberá tener en cuenta las siguientes condiciones técnicas para la realización del procedimiento de certificación de discapacidad.

El Contratista debe contar con la infraestructura adecuada, ubicada en el municipio de Chiquinquirá, con la dotación y habilitación por parte de la Secretaría de Salud departamental requerida para realizar la valoración clínica multidisciplinaria y expedir la certificación de discapacidad, tanto en la modalidad intramural como en la modalidad domiciliaria, esta última exclusiva para las personas que se encuentren postradas en cama.

Ítem	Modalidad de Atención	Unidad de Medida	Cantidad
1	Valoraciones Institucionales (Intramurales)	UNIDAD	30
2	Valoraciones Domiciliarias (Extramurales)	UNIDAD	16
TOTAL			**46**

Nota 1: Las cantidades de los servicios requeridos consignadas en el cuadro anterior son aproximadas y por tanto el Municipio podrá a su juicio y para evitar la paralización o afectación grave del servicio que se pretende satisfacer con el objeto contratado disponer sobre la interpretación del contrato y la realización de modificaciones a las mismas u ordenar la ejecución de servicios no previstas pero comprendidas dentro de su objeto, conforme al procedimiento previsto para la interpretación y modificación unilaterales de los contratos estatales de la ley 80 de 1993, artículos 15 y 16, o suscribir contratos adicionales cuando dichas modificaciones impliquen variación al plazo o valor convenido de conformidad con lo dispuesto en el parágrafo del artículo 40 de la ley 80 de 1993.
Nota 2: Por tratarse de un contrato de tracto sucesivo, es decir, que el cumplimiento de las obligaciones se va sucediendo de manera escalonada en el tiempo, se verificará su cumplimiento total hasta el vencimiento del término previsto para su ejecución, pero, el cumplimiento parcial de las obligaciones se verificará de acuerdo con los informes periódicos de cumplimiento presentados por supervisor del contrato.
Nota 3: Se debe garantizar por parte del contratista que todos los servicios requeridos sean prestados dentro del perímetro urbano del Municipio de Chiquinquirá, Boyacá y garantizar la prestación de todos los servicios y ubicación de los consultorios en una misma edificación de tal manera que se evite el desplazamiento de los examinados y se permita el desarrollo armónico de cada una de las actividades objeto del contrato, para evitar el desplazamiento de los funcionarios a otras sedes. Garantizando prestación continúa de los servicios de lunes a viernes en un horario de 8 AM a 6 PM y sábados de 8 AM a 1 PM.
Nota 4: El Proponente deberá acreditar, como mínimo, tres (3) servicios habilitados y vigentes ante la Secretaría Departamental de Salud en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS, cuya sede de prestación se encuentre ubicada en el municipio de Chiquinquirá,

correspondientes a las disciplinas que integrarán el equipo multidisciplinario para la certificación de discapacidad, de entre las siguientes

- Medicina General
- Terapia Física (Fisioterapia)
- Terapia de Lenguaje (Fonoaudiología)
- Terapia Ocupacional
- Psicología
- Enfermería

Dichos servicios deberán encontrarse habilitados en ambas modalidades de atención — intramural y domiciliaria (extramural) —, de conformidad con lo establecido en el artículo 5° de la Resolución 1197 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social, en razón a que el objeto contractual contempla la prestación del servicio bajo las dos modalidades: intramural para la generalidad de la población, y domiciliaria exclusivamente para las personas que se encuentren postradas en cama.

La acreditación de un servicio habilitado únicamente en modalidad intramural, sin contar con la habilitación correspondiente en modalidad domiciliaria (o viceversa), no será tenida en cuenta para efectos del cumplimiento de este requisito.

REPRESENTANTE LEGAL
C.C.
NOMBRE DEL PROPONENTE
NIT o C.C.