

2

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN		
	SOLICITUD DE COTIZACIÓN O PREVENTA O AVALUO	CÓDIGO	GEC-FT-13-V3
		PÁGINA	1 de 4

Chía, FEB 2025

Señores
E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA
N.I.T. 899.999.156-1
Cra. 10 No. 8-24 Chía, Cund.
(601) 5140707
hchia@esehospitalchia.gov.co

El Municipio de Chía está interesado en adelantar la contratación cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA VALORACIÓN Y EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD DE LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE CHÍA CON ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD**, por lo que le invita a presentar **PREVENTA** de los servicios que se indican en el documento anexo (el cual se constituye como una guía para la elaboración de su preventiva), para lo cual debe tener en cuenta las siguientes condiciones:

- TIPO DE CONTRATO:** Contrato Interadministrativo – Contrato de Prestación de Servicios.
 - CONDICIONES TÉCNICAS PARA EL SERVICIO:** Conforme documento anexo.
 - OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:**
 - Realizar la valoración de las personas remitidas por la Secretaría de Salud Municipal que hubieren solicitado la expedición del Certificado de Discapacidad.
 - Realizar la expedición del Certificado de Discapacidad a cada una de las personas valoradas que cumplan con la totalidad de los requisitos legales establecidos en la Resolución 1197 de 2024 u otra que la adicione, modifique o derogue.
 - Realizar hasta DIEZ (10) segundas valoraciones institucionales, en caso de ser necesario y según la demanda de la población usuaria, previa solicitud de la supervisora del contrato y verificación de esta de que el nuevo equipo multidisciplinario cumple con los requisitos legales y aquéllos establecidos en el Estudio Previo y demás documentos del proceso contractual.
 - Contar con un equipo multidisciplinario conformado por profesionales registrados en el Directorio Nacional de Certificadores de Discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo a lo establecido en el Artículo 3 de la Resolución 1197 de 2024, y demás normatividad que adicione, modifique o sustituya y en las especificaciones técnicas del estudio previo.
 - Disponer de agendas abiertas para la asignación de citas con el equipo multidisciplinario de salud.
 - Permitir que, en la consulta con el equipo multidisciplinario de salud, se cuente con apoyos y ajustes razonables, acorde con las necesidades de cada solicitante, definidas por el médico tratante.
 - Reportar y actualizar los usuarios institucionales que ingresarán a los sistemas de información, mediante la plataforma PISIS Ministerio de Salud y Protección Social, en representación de su entidad.
 - Disponer de la infraestructura técnica, tecnológica y administrativa requerida para el reporte de la información resultante del procedimiento de certificación de discapacidad en el RLCPD.
 - Entregar copia del certificado cuando la persona con discapacidad o excepcionalmente su representante lo requiera.
 - Direccionar a la persona con discapacidad hacia la secretaría de salud o la entidad que haga sus veces, para el suministro de información relacionada con los usos del certificado de discapacidad.
 - Disponer del equipo de trabajo requerido durante todo el plazo de ejecución contractual y, en el caso de requerir algún cambio de personal, se deberá acreditar que el personal de reemplazo cuenta con iguales requisitos de los exigidos por la Secretaría de Salud en el estudio previo. Dicho cambio debe ser aprobado por el supervisor del contrato.
 - PLAZO DE EJECUCIÓN:** El plazo de ejecución del contrato será de nueve (09) meses contados a partir de la fecha de inicio en la plataforma SECOP II, o hasta el agotamiento del presupuesto oficial.
 - FORMA DE PAGO QUE OFRECE EL MUNICIPIO:**

El valor del contrato será por la suma de El Municipio cancelará el total del valor del contrato así: nueve (09) pagos mensuales, vencidos y sucesivos, por el valor correspondiente a la cantidad de valoraciones realizadas y certificados de discapacidad efectivamente expedidos y cargados a la plataforma SISPRO, o hasta el agotamiento de la partida presupuestal. Lo primero que ocurra.
- Dichos pagos se realizarán previo el lleno de los siguientes requisitos:
- Presentación de informe de actividades y/o de ejecución del contrato.
 - Acreditación de pagos de salud, pensión y ARL como corresponda.
 - Certificación de cumplimiento expedida por parte del supervisor del contrato.
 - Presentación de Factura y/o cuenta de cobro cuando corresponda.
- LUGAR DE ENTREGA DE LOS SERVICIOS DESCRITOS:** Municipio de Chía.
 - GARANTÍAS REQUERIDAS:** Teniendo en cuenta la modalidad de contratación, el objeto del contrato, plazo de ejecución y valor de este, y de conformidad a lo consagrado en los artículos 2.2.1.2.1.4.4. y 2.2.1.2.1.4.5 del Decreto 1082 de 2015, no se exige garantías para el contrato resultante del presente proceso de Contratación Directa – Contrato Interadministrativo.

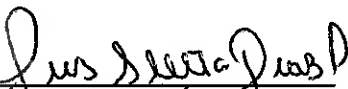
3

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN		
	SOLICITUD DE COTIZACIÓN O PREVENTA O AVALUO	CÓDIGO	GEC-FT-13-V3
		PÁGINA	2 de 4

Su **PREVENTA** puede ser entregada en formato físico en las instalaciones de la Secretaría de Salud de Chía, en la dirección Cra. 10 No. 8-74, o en formato digital por medio de documento .pdf al correo sec.salud@chia.gov.co

Finalmente, se le solicita que al momento de elaborar el documento de preventa **tenga en cuenta TODOS los costos directos e indirectos** en que se pueda incurrir, así como los impuestos, tasas y contribuciones municipales, departamentales y nacionales que aplican para este tipo de contratos.

Cordialmente,



LUZ STELLA DÍAZ JALLER
Secretaria de Salud de Chía

4

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN		
	SOLICITUD DE COTIZACIÓN O PREVENTA O AVALUO	CÓDIGO	GEC-FT-13-V3
		PÁGINA	3 de 4

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:

1. SERVICIOS REQUERIDOS:

ITEM	SERVICIO	CANTIDAD
1	Valoración institucional	1
2	Valoración domiciliaria	1

2. REQUERIMIENTO TÉCNICO Y PERSONAL MÍNIMO:

En virtud del objeto contractual y de la descripción que se ha realizado, es menester para la Secretaría de Salud Municipal de Chía que el contratista garantice que cuenta con, al menos, UN (1) equipo multidisciplinario para la realización del procedimiento de certificación de discapacidad, conformado así:

- TRES (3) profesionales de alguna de las siguientes áreas; fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, enfermería, optometría o trabajo social.
- UN (1) profesional en Medicina General o Especialista.

Cualquiera de los integrantes del (los) equipo(s) multidisciplinario(s) deberá adjuntar lo siguiente:

- Copia de los respectivos diplomas y/o actas de grado correspondiente, con su respectiva Tarjeta Profesional e inscripción en el RETHUS.
- Copia de la certificación o registro en el Directorio Nacional de Certificadores de Discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social.

Lo anterior, será revisado minuciosamente por la supervisora del contrato o quien haga sus veces.

Adicionalmente, deberá contar con los servicios habilitados de: fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, enfermería, optometría o trabajo social, de acuerdo con las disciplinas que compongan el (los) equipo(s) multidisciplinario(s). Para acreditar el cumplimiento de este requisito, el contratista deberá adjuntar documento de habilitación de los servicios que pretenda acreditar.

Así mismo, deberá garantizar los ajustes y apoyos razonables acordes con las necesidades de los solicitantes de acuerdo con las siete (7) categorías de discapacidad contempladas en el procedimiento para la certificación de discapacidad.

Por otro lado, debe contar con la infraestructura técnica, tecnológica y administrativa para el reporte de la información resultante de la valoración para certificación de discapacidad en el RLCPD, referidas al conocimiento y apropiación del procedimiento de certificación de discapacidad y las disposiciones de la Resolución 1197 de 2024 por parte del talento humano. Asimismo, la disposición de computadores y conectividad óptima para el cargue de información; el personal, insumos y procesos administrativos que permitan llevar a cabo el procedimiento contratado.

Finalmente, debe contar con capacidad operativa. Es decir, equipo técnico de apoyo integrado por profesionales y/o auxiliares para la implementación de la certificación de discapacidad y el RLCPD, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1197 de 2024, así como para realizar el reporte y soporte de la ejecución de los recursos asignados.

FORMATO DE LA PREVENTA:

La PREVENTA deberá ser presentada siguiendo íntegramente el cuadro subsiguiente, en donde se deberán relacionar todos los costos operativos, de personal y específicos de los servicios a contratar.

ÍTEM	SERVICIO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	%IVA	VALOR IVA	IVA + VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Valoración institucional	1					
2	Valoración domiciliaria	1					

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	PROCESO GESTIÓN EN CONTRATACIÓN		
	SOLICITUD DE COTIZACIÓN O PREVENTA O AVALUO	CÓDIGO	GEC-FT-13-V3
		PÁGINA	4 de 4

INFORMACIÓN ADICIONAL REQUERIDA

Existen descuentos por volumen de los (especificar si es bienes o servicios)? (Aclarar)

El oferente, en relación con estos bienes es: (Fabricante, mayorista, minorista, intermediario, distribuidor autorizado, vende al detal) (Aclarar)*

Para la prestación del servicio de qué recursos (adicionales y necesarios) dispone? (Especificar)

Para la entrega de estos bienes de qué recursos (adicionales y necesarios) dispone? (Especificar)*

Si en la entrega de los bienes, requiere del suministro de transporte, aclarar si cuenta con transporte propio suficiente y adecuado o como dispondrá de este; en caso de subcontratar, establecer costos del servicio de transporte.*

Si en la prestación del servicio, requiere del suministro de transporte, aclarar si cuenta con transporte propio y en la cantidad suficiente o como dispondrá de este; en caso de subcontratar, establecer costos.

En caso de adiciones y/o prorrogas al contrato, dispone de suficiente inventario y recursos suficientes para atender una mayor demanda. (Aclarar)*

En caso de adiciones y/o prorrogas al contrato, dispone de recursos y tiempo suficiente para atender una mayor demanda. (Aclarar)

(Incluir la información adicional que se requiera para determinar con claridad la forma en que se ejecutara el servicio, así mismo suprimir la información que no se requiera)

Firma: _____

Rep. Legal o Autorizado:

Empresa:

Dirección:

Teléfono:

E-mail:

Fecha de la cotización: