

SOLICITUD SIMPLE DE OFERTAS RHU-SP-0105 -2018

DE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.
AREA: RECURSOS HUMANOS

DIRECCION: CALLE 22 No. 7-93 Parque Bolívar. Conmutador 7333400 EXT 147,148, 202

PARA: PERSONAS NATURALES Y JURÍDICAS, EMPRESAS, ASOCIACIONES,
CONSORCIOS Y UNIONES TEMPORALES

FECHA: 16 de Julio 2018

El Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. en observancia de lo dispuesto en el artículo 25 del estatuto de contratación y considerando que la cuantía del objeto a contratar es inferior a 500 smmlv, invita a presentar oferta para la presente solicitud simple de ofertas.

INVITACION A LAS VEEDURIAS CIUDADANAS: Se invita a las veedurías ciudadanas a verificar la legalidad y transparencia de este proceso de contratación en todas sus etapas.

FECHA LÍMITE DE PRESENTACION DE OFERTA: HASTA EL DÍA MIÉRCOLES 25 DE JULIO 2018, 5:30PM de acuerdo a cuadro subsiguiente y acreditando los requisitos que se relacionan a continuación:

1. **OBJETO:** Se requiere contratar la realización del curso de Soporte Vital Avanzado para 32 funcionarios del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. con el fin de que los profesionales de la salud mejoren y actualicen habilidades y destrezas necesarias para reconocer situaciones clínicas que indiquen inestabilidad hemodinámica y procurar el adecuado manejo de reanimación mediante apoyo vital básico y avanzado, de acuerdo a la aplicación de lineamientos internacionales actualizados.
2. **OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA.**
 - A) Prestar servicios de capacitación en curso de Soporte Vital Avanzado.
 - B) Realizar el respectivo control de asistencia y verificación de inscritos a través del formato único de inscripciones y carnet del funcionario vigente
 - C) Asumir la responsabilidad de todas las actividades relativas a la ejecución de las obligaciones establecidas en esta contratación.
 - D) Participar y apoyar al Hospital en todas las reuniones a las que éste lo convoque relacionadas con la ejecución de esta contratación.
 - E) Disponer de los medios necesarios para el mantenimiento, cuidado y custodia de la documentación objeto de la presente contratación.
 - F) Devolver al hospital, una vez finalizado la ejecución del contrato los documentos que en desarrollo del contrato se hayan producido, e igualmente todos los archivos que se hayan generado en cumplimiento de sus obligaciones y en especial los bienes devolutivos que le hayan sido asignados en custodia.

Juntos por la Excelencia





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



- G) Colaborar con El Hospital en el suministro y respuesta de la información correspondiente, a los requerimientos efectuados por los organismos de control del Estado Colombiano en relación con la ejecución, desarrollo o implementación del presente contrato
- H) Utilizar la imagen del HOSPITAL de acuerdo con los lineamientos establecidos por éste. Salvo autorización expresa y escrita de las partes ningún funcionario, podrá utilizar el nombre, emblema o sello oficial de la otra parte para fines publicitarios o de cualquier otra índole. Realizar los pagos al SISS (salud, pensión y riesgos laborales), de acuerdo con la normatividad vigente aportando los soportes de pago correspondiente.
- I) Disponer los medios técnicos, elementos y material pertinente para el desarrollo de la capacitación, objeto de esta contratación.

3. RIESGOS PREVISIBLES DEL CONTRATO:

- A) Modificación del régimen de impuesto aplicables
- B) Riesgo de suspensión del contrato
- C) Riesgo económico derivado del comportamiento del mercado.
- D) Riesgos sociales y políticos.
- E) Incumplimiento en la entrega y calidad del producto

4. OBLIGACIONES DEL HOSPITAL:

- A) Designar al supervisor del contrato u orden de compra.
- B) Acompañar la ejecución del objeto en los términos y condiciones pactados.
- C) Suministrar la información necesaria relacionada con el objeto del contrato u orden de compra de manera que EL HOSPITAL pueda apoyar adecuadamente el desarrollo del contrato.
- D) Realizar oportunamente los desembolsos financieros establecidos en el presente contrato u orden de compra siempre y cuando EL HOSPITAL cumpla con las condiciones para ello.
- E) Analizar oportunamente la información remitida por EL CONTRATISTA. En caso de requerirse ajustes, solicitarlos por escrito.
- F) Las demás que correspondan a la naturaleza del contrato u orden de compra, de acuerdo a su naturaleza y objeto.

5. **PRESUPUESTO OFICIAL:** El presupuesto oficial total de esta solicitud asciende a la suma de: **DIECIOCHO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE** valor Incluido IVA. (\$18.500.000). Imputable al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 480 del 06 de Julio de 2018.

6. **FORMA DE PAGO:** Se realizara una vez cumplido el objeto del contrato y entregado la certificaciones a los participantes de la capacitación, junto al informe final de la capacitación realizada.

7. **VALIDEZ DE LA OFERTA:** La oferta tendrá una validez desde la presentación hasta la ejecución del contrato.

8. **PLAZO DEL CONTRATO:** Dentro de los 30 días posteriores a la legalización del contrato.

Juntos por la Excelencia

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño
Commutador 7333400 * Fax 7333408 y 7333409
www.hosdenar.gov.co *mail: hudn@hosdenar.gov.co



9. DOCUMENTOS QUE SE DEBEN APORTAR CON LA COTIZACION

Los oferentes deberán presentar con su propuesta económica (ANEXO 2), los siguientes documentos, en caso de no presentarlos se requerirá al oferente por una sola vez y si no los presenta o no cumple con lo establecido en esta solicitud la propuesta será rechazada, siempre y cuando la oferta sea la más favorable a la entidad

- a. Carta de Presentación de la propuesta (ver Anexo 1)
- b. Certificado de existencia y representación legal con fecha de expedición no mayor a tres (3) meses en la que conste que pueda desarrollar el objeto de la presente convocatoria, cuando se trata de persona jurídica.
- c. Registro Único Tributario (RUT)
- d. Fotocopia Cedula de Ciudadanía Representante Legal
- e. Fotocopia de la cedula de ciudadanía para presentación de propuesta por parte de persona natural
- f. Antecedentes disciplinarios, penales, fiscales de la persona natural y jurídica.
- g. Certificación expedida por el oferente de no encontrarse incurso de inhabilidades o incompatibilidades para contratar con el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. y de conocer el nuevo ESTATUTO DE CONTRATACIÓN (Acuerdo 006 de mayo del 2014), publicado en la página web de la institución - www.hosdenar.gov.co
- h. Certificado cuenta bancaria
- i. Certificado Seguridad Social correspondiente al último mes cancelado por la empresa.
- j. Verificación antecedentes en el sistema nacional medidas correctivas.
- k. Formulario SARLAFT diligenciado.
- l. Aceptación anexo técnico para contratación ANJUR 001.

10. CRONOGRAMA DE PRESENTACION DE LA OFERTA

| ACTIVIDAD | FECHA | LUGAR |
|---|-----------------------------------|--|
| Publicación de la presente solicitud | 18 de Julio de 2018 | Página web del hospital www.hosdenar.gov.co y SECOP |
| Entrega de oferta | 25 de Julio de 2018 5:30 p.m. | Subgerencia Administrativa y Financiera o correo electrónico: documentacionhosdenar@gmail.com |
| Sustentación de la propuesta por parte de proveedores | 26 de Julio de 2018 10:00 a.m. | Sala de Juntas de Gerencia ante Comité de Capacitación. |
| Publicación de la Evaluación | 30 de Julio de 2018 | Página web del hospital www.hosdenar.gov.co y SECOP |

Juntos por la Excelencia



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



| | | |
|--|--|--|
| Subsanación | 1 de Agosto de 2018 12:00 del mediodía. | ccaicedo@hosdenar.gov.co , documentoscontratacionhudn@gmail.com |
| Acta de selección de acuerdo al comité de contratación | NO APLICA | |
| Publicación definitiva | 5 de Agosto de 2018 | Página web del hospital www.hosdenar.gov.co y SECOP |
| Elaboración de orden de compra y/o contrato | 8 de Agosto de 2018 | Talento Humano y/o Jurídica |

11. FECHA LÍMITE DE PRESENTACION DE OFERTA: Hasta el día LUNES 23 DE JULIO 2018 - HORA 5:30 p.m., de acuerdo al cronograma.

12. CAUSALES PARA DECLARAR DESIERTO EL PROCESO DE SELECCIÓN

El proceso de selección podrá declararse desierto en los siguientes casos:

- a) Cuando ninguna de las propuestas cumpla con los requerimientos de la solicitud simple de oferta
- b) Cuando no se presente ninguna oferta.
- c) Cuando se presenten motivos que impidan la escogencia objetiva.

En todos los casos la declaratoria de desierto deberá hacerse mediante comunicación motivada.

LUGAR PRESENTACION DE OFERTA: La oferta puede presentarse en medio electrónico correo: documentacionhosdenar@gmail.com, o en original sobre cerrado a la Subgerencia administrativa y Financiera – primer piso E.S.E. – Calle 22 No. 7-93 Parque Bolívar, especificando en el sobre el número de solicitud a ofertar de acuerdo con la información del encabezado de esta solicitud y acreditando los requisitos que se relacionan en la presente solicitud.

13. RECHAZO DE LAS OFERTAS

Las propuestas que no se entreguen en la Subgerencia Administrativa y Financiera del Hospital Universitario Departamental de Nariño ESE o se remitan al correo electrónico señalado, en la fecha y hora fijadas se considerarán extemporáneas por lo tanto serán rechazadas y devueltas al proponente en las mismas condiciones en que fueron recibidas. A ese efecto, se tendrá en cuenta la hora señalada en la página Web de la Superintendencia de Industria y Comercio – Hora Legal.

Serán objeto de rechazo las propuestas cuya oferta económica supere el presupuesto oficial previsto.

Juntos por la Excelencia

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño
Commutador 7333400 * Fax 7333408 y 7333409
www.hosdenar.gov.co *mail: hudn@hosdenar.gov.co



Serán objeto de rechazo, las propuestas que se presenten sin tener previstas las especificaciones técnicas, contempladas en el presente documento y no se allegue los documentos solicitados.

14. EVALUACION DE LAS OFERTAS

Las ofertas presentadas se evaluarán, aplicando el siguiente criterio:

| Criterio a evaluar | Total de puntos |
|-------------------------------|-------------------|
| Propuesta técnica | 60 puntos |
| Propuesta Económica | 40 puntos |
| TOTAL PUNTAJE ASIGNADO | 100 Puntos |

PROCEDIMIENTO DE PONDERACIÓN

Las ofertas que superen los requisitos habilitantes para participar en este proceso serán evaluadas de la siguiente manera:

a.) PRECIO = 40 PUNTOS

Al factor precio se le asignara cuarenta (40) puntos, los cuales se otorgarán de acuerdo con el siguiente procedimiento:

Se obtiene el promedio aritmético del valor básico de las cotizaciones presentadas (Pp), en donde (Pn) es cada una de las cotizaciones a evaluar.

Al promedio de las cotizaciones presentadas (Pp) se les suma el presupuesto oficial (Po) y se obtiene el promedio básico (Pb), al cual se le asignan los ochenta puntos establecidos para la ponderación del precio

$$Pb = \frac{Pp + Po}{2}$$

A las cotizaciones que se encuentran por debajo del valor del promedio (Pb) se les asignará el puntaje de acuerdo con el siguiente criterio:

$$Cpn = (Pn/Pb) \times 40 \text{ puntaje obtenido}$$

Juntos por la Excelencia





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



A las cotizaciones que se encuentren por encima del valor promedio (Pb) se les asignará el puntaje de acuerdo con el siguiente criterio:

$$\text{Cpn} = 120 - ((\text{Pn} / \text{Pb}) \times 40) \text{ puntaje obtenido.}$$

c) La Propuesta Técnica se calificará de la siguiente manera:

| TECNICA | PUNTOS |
|---|--------|
| Entrega de material y contenido de los módulos actualizado y ajustado a la normatividad vigente. | 20 |
| Presenta de 2 a 3 capacitadores con hoja de vida que refleje formación, experiencia y especialidad del manejo como docente. | 20 |
| Infraestructura de software y hardware adecuada para adultos con prácticas adecuadas a los requerimientos del curso | 20 |

15. DESEMPATE

Para la eventualidad de empate en puntos se elegirá mediante sorteo, en audiencia pública a través del sistema de balotas. Para ello se introducirán a un recipiente tantas balotas como propuestas empatadas hubiere, a continuación cada uno de los representantes de los oferentes empatados como mejor oferta, en el orden de radicación de la propuesta, procederá a extraer de dicho recipiente una sola balota adjudicándose el contrato al proponente que extraiga la balota definida como opción ganadora la cual corresponde a la balota de color anaranjado.

16. EROGACIONES TRIBUTARIAS Y PUBLICACIÓN

Todas las erogaciones tributarias que deban cancelarse con ocasión de la celebración del contrato u orden de compra, serán exclusivamente a cargo del contratista. Los impuestos territoriales por concepto de estampillas asciende al 4.5% del valor del contrato.

17. REGIMEN APLICABLE:

La presente solicitud a cotizar y proceso de contratación se rige por lo dispuesto en el Estatuto Interno de Contratación adoptado mediante acuerdo 06 del 23 de mayo de 2014 de la Junta Directiva.

18. CONSTITUCIÓN DE GARANTÍAS

El oferente que resulte favorecido con la adjudicación del contrato deberá constituir ante una Compañía Aseguradora legalmente constituida en el país, las siguientes garantías de acuerdo con lo establecido en el Manual de Contratación:

Juntos por la Excelencia

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño
Commutador 7333400 * Fax 7333408 y 7333409
www.hosdenar.gov.co *mail: hudn@hosdenar.gov.co

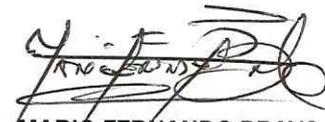




**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



- CALIDAD: EN CUANTIA EQUIVALENTE AL 10% DEL VALOR DEL CONTRATO CON VIGENCIA IGUAL A LA DEL CONTRATO Y SEIS MESES MAS.
- CUMPLIMIENTO: EN CUANTIA EQUIVALENTE AL 10% DEL VALOR DEL CONTRATO CON VIGENCIA IGUAL A LA DEL CONTRATO Y SEIS MESES MAS.


MARIO FERNANDO BRAVO
Gerente (E)

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

Revisó: Dr. Jorge Bautista Duran, Jefe Oficina jurídica
Proyectó: Dr. Alfonso Hidalgo - Profesional Esp. Recursos Humanos (E) 

Juntos por la Excelencia

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño
Conmutador 7333400 * Fax 7333408 y 7333409
www.hosdenar.gov.co *mail: hudn@hosdenar.gov.co



ANEXO 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

Ciudad, fecha

Doctor

MARIO FERNANDO BRAVO

Gerente (E)

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

La ciudad

Ref.: SOLICITUD SIMPLE DE OFERTAS _____ objeto:

El presente escrito tiene por objeto presentar la cotización para el suministro de los productos correspondientes a la solicitud simple de ofertas _____ de acuerdo con los términos y condiciones y de conformidad con lo establecido en este documento y los anexos de la propuesta adjunta.

Así mismo, el suscrito declara que:

Tiene capacidad legal para firmar y presentar la cotización.

El o los contratos que se llegare a celebrar en caso de adjudicación, compromete totalmente a la sociedad que legalmente represento.

He revisado cuidadosamente los documentos de la solicitud, incluidas sus aclaraciones y renuncio a cualquier reclamación por desconocimiento o errónea interpretación de los mismos.

La sociedad que legalmente represento no está impedida por causa de inhabilidades y/o incompatibilidades establecidas en las leyes colombianas para contratar con el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

He recibido toda información necesaria para presentar debidamente la cotización.

En la eventualidad de que sea adjudicada la solicitud en referencia, me comprometo a realizar, dentro del plazo máximo que fije el HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E., todos los trámites necesarios para legalización y adquisición de las pólizas solicitadas.

Que conozco el estatuto de contratación del Hospital Universitario Departamental de Nariño, acuerdo No. 006 de 2014 proferido por la Junta Directiva del Hospital.

Juntos por la Excelencia



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



Que conozco el código de buen gobierno y código de ética del Hospital Universitario Departamental de Nariño

Que no soy deudor moroso del Estado o tengo acuerdo de pagos urgentes.

Aceptamos las condiciones de recepción técnica y administrativa de los productos suministrados.

Valor Total de la propuesta (incluido valor del IVA): \$

Validez de la oferta:

No. de folios Propuesta:

Atentamente,

(Nombre Completo del representante legal)

Cédula de Ciudadanía No.

(Nombre completa de la firma proponente)

NIT

Dirección, Teléfono, Fax

Juntos por la Excelencia

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño
Conmutador 7333400 * Fax 7333408 y 7333409
www.hosdenar.gov.co *mail: hudn@hosdenar.gov.co





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

"Un Hospital Seguro con Alma y Corazón para el Buen Vivir"

ANEXO 2

FORMATO DE PROPUESTA ECONÓMICA

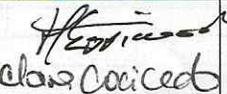
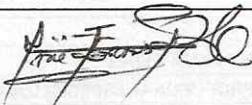
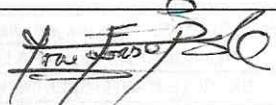
OBJETO:

| DESCRIPCION | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR UNITARIO | VALOR INCLUIDO IVA |
|-------------|----------|------------------|----------------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

(Nombre Completo del representante legal)
Cédula de Ciudadanía No.
(Nombre completa de la firma proponente)
NIT
Dirección, Teléfono, Fax



| | | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|---|
|  | ESTUDIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD Y FICHA TÉCNICA PARA CONTRATOS MENORES O IGUALES A 150 SMLV Y CONTRATACIÓN DIRECTA | CÓDIGO: | FECHA DE ELABORACIÓN: |  |
| | | FRJUR-007 | 30 DE SEPTIEMBRE DE 2014 | |
| | | VERSIÓN: | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: | |
| | | 03 | 22 DE AGOSTO DE 2016 HOJA: 1 DE: 1 | |
| FECHA DE SOLICITUD: 13 de julio de 2018 | | | | |
| NOMBRE DEL SOLICITANTE: CLARA LUZ CAICEDO MAYA-NOHORA ESPINOZA PEREZ | | | | |
| CARGO DEL SOLICITANTE: SUBGERENTE PRESTACION SERVICIOS- PROFESIONAL ESPECIALIZADO TALENTO HUMANO | | | | |
| Diligencie a continuacion de acuerdo al tipo de contratacion requerida (Bienes o Servicios) | | | | |
| SOLICITUD DE BIENES _____ SOLICITUD DE SERVICIOS <u> X </u> OBRA _____ | | | | |
| ESTUDIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD | | | | |
| DESCRIPCION DETALLADA DEL OBJETO A CONTRATAR: Se require contratar la realización del curso de soporte vital avanzado para 32 funcionarios del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. con el fin de que los profesionales de la salud mejoren y actualicen habilidades y destrezas necesarias para reconocer situaciones clínicas que indiquen inestabilidad hemodinámica y procurar el adecuado manejo de reanimación mediante apoyo vital básico y avanzado, de acuerdo a la aplicación de lineamientos internacionales actualizados. | | | | |
| JUSTIFICACION DE LA NECESIDAD: El Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. para la vigencia 2018 debe cumplir con la formación del personal en el curso de Soporte vital avanzado orientada al cumplimiento de la Resolución de habilitación 2003 de 2014 para profesionales del área de la salud, cursos cuya vigencia de 2 años y los avances de la medicina en el tiempo, requieren que los conocimientos se actualicen, con el propósito de prevenir, reconocer y manejar adecuadamente aquellas emergencias que comprometen y ponen en riesgo la vida del paciente. | | | | |
| VALOR DEL CONTRATO : \$ 18,500,000 | RUBRO: | B13509- CAPACITACION ASISTENCIAL | N° CDP: | VoBo PRESUPUESTO:  |
| JUSTIFICACIÓN DEL VALOR DEL CONTRATO: El valor contractual se determina de acuerdo con los precios del mercado según las cotizaciones requeridas a diferentes centros donde se presta este servicio | | | | |
| RIESGOS PREVISIBLES DEL CONTRATO: Se anexa lista de riesgos | | | | |
| GARANTIAS: SI <u> X </u> NO _____ QUE CLASE DE GARANTIA? CALIDAD: EN CUANTIA EQUIVALENTE AL 10% DEL VALOR DEL CONTRATO CON VIGENCIA IGUAL A LA DEL CONTRATO Y SEIS MESES. CUMPLIMIENTO: EN CUANTIA EQUIVALENTE AL 10% DEL VALOR DEL CONTRATO CON VIGENCIA IGUAL A LA DEL CONTRATO Y SEIS MESES. | | | | |
| BIENES A CONTRATAR (Diligencie unicamente para el caso de contratación de bienes) | | | | |
| DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS | | | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA |
| DICTAR EL CURSO DE SOPORTE VITAL AVANZADO PARA 32 FUNCIONARIOS DEL HUDN | | | | |
| OBLIGACIONES O ACTIVIDADES A DESARROLLAR DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL: | | | | |
| LA TEMATICA A ABORDAR SERA: | | | | |
| Guías actualizadas de reanimación. | | | | |
| RCCP Básica. | | | | |
| RCP Pediatrico | | | | |
| Manejo de la Obstrucción de la Vía aérea superior por cuerpo extraño (OVACE) en niños, adultos, gestantes, y autodesobstrucción | | | | |
| Manejo del Desfibrilador Externo Automático (DEA) | | | | |
| Manejo de la Vía aérea | | | | |
| Arritmias (reconocimiento electrocardiográfico) | | | | |
| Síndromes coronarios. | | | | |
| Terapia eléctrica: Cardiodesfibrilación (TV y FV). | | | | |
| Bradiarritmias y manejo del marcapaso. | | | | |
| Asistolia y actividad eléctrica sin pulso (5T y 5H) | | | | |
| Código azul | | | | |
| Casos clínicos de shock: administración de líquidos endovenosos y farmacología asociada. | | | | |
| Manejo del paciente Politraumatizado | | | | |
| Trauma de torax- vascular y oseo vía aérea, | | | | |
| trastornos hidroelectroliticos | | | | |
| TEP gases arteriales | | | | |
| ACV | | | | |
| Se trata de un entrenamiento en el que se reúnen tres cursos en uno: reanimación cerebro cardio pulmonar básica, reanimación avanzada, taller de arritmias. | | | | |
| Desarrollado bajo el modelo educativo 16 horas presenciales, Para 32 participantes. Debe ser dictado por especialistas con reconocida experiencia, con certificación de instructor por la AHA (Asociación americana del corazón) | | | | |
| Libros y/o documentos de apoyo para estudio de los participantes. | | | | |
| LISTADO DE POSIBLES OFERENTES | | | | |
| FUNDACION FENIX | | | | |
| UNIVERSIDAD MARIANA | | | | |
| FEPASDE | | | | |
| SCARE | | | | |
| CE-RCP | | | | |
| VIGENCIA Y PLAZO DE EJECUCION: | | 1 mes contados a partir de la legalización del contrato | | |
| SUPERVISION / INTERVENTORIA SUGERIDA: | | Profesional Especializado Docencia Universitaria | | |
| Anexos (si los tiene): | | | Numero de folios anexos: | |

| | | | | | |
|-----------------------------|---|--|---|---------------------------|---|
| DEPENDENCIA SOLICITANTE: | SUBGERENCIA PRESTACION SERVICIOS (E) RECURSOS HUMANOS | VIABILIDAD SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA | | APROBACIÓN GERENCIA (E) | |
| NOMBRE JEFE DE DEPENDENCIA: | NOHORA ESPINOSA PEREZ CLARA CAICEDO MAYA | NOMBRE FUNCIONARIO: | MARIO FERNANDO BRAVO | NOMBRE FUNCIONARIO: | MARIO FERNANDO BRAVO |
| FIRMA JEFE DE DEPENDENCIA: |  | FIRMA FUNCIONARIO: |  | FIRMA FUNCIONARIO: |  |

* PARA LA CONTRATACIÓN DIRECTA DE PERSONAL ASISTENCIAL SE REQUIERE VoBo DE SUBGERENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

VoBo Subgerente de Prestación de Servicios



HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

N.I.T. 891200528

Calle 22 No. 7-93 Parque Bolivar. San Juan de Pasto (Nariño)

**CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No. 490
VIGENCIA FISCAL 2018**

FECHA DCP: 18 de julio de 2018

FECHA DE VENCIMIENTO: 31 de diciembre de 2018

ESTADO: Confirmado

**EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO
CERTIFICA**

Que una vez revisado el libro de control de presupuesto, correspondiente a la vigencia fiscal del año 2018 se encontró que existe Disponibilidad Presupuestal para cubrir el gasto:

| GASTO | RUBRO | RECURSO | CONCEPTO | VALOR |
|---------------|--------|---------|--------------|------------------------|
| B | B13509 | 01 | CAPACITACION | \$18,500,000.00 |
| TOTAL: | | | | \$18,500,000.00 |

OBJETO CDP: SE REQUIERE CONTRATAR LA REALIZACION DEL CURSO DE SOPORTE VITAL AVANZADO PARA 32 FUNCIONARIOS DEL HUDN PARA MEJORAR DESTREZAS Y HABILIDADES PARA RECONOCER SITUACIONES CLINICAS QUE INDIQUES INESTABILIDAD HEMODINAMICA

VICTOR HUGO BETANCOURT
Profesional Universitario Presupuesto



FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT

CÓDIGO: FRTES - 011
FECHA DE ELABORACIÓN: 15 DE MARZO DE 2018
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 15 DE MARZO DE 2018
VERSIÓN: 01
HOJA: 1 DE 2



Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a la Circular Externa 000009 del 21 de Abril de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Form section with fields: Fecha de diligenciamiento (DD, MM, AAAA), Tipo de Cliente o Contraparte (Cliente, Contratista, Prestador IPS, Proveedor, Otro), Tipo de Solicitud (Vinculación, Actualización), Consecutivo, Ciudad (Regional, Zonal)

I. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL

Form section for PERSONA NATURAL with fields: Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre, Tipo de documento (CC, CE, TI, PAS, CD), N° Identificación, Lugar de expedición, Fecha de expedición, Lugar de nacimiento, Fecha de nacimiento, Dirección, Teléfono, Celular, Ciudad, Departamento, Profesión, Ocupación (código CIIU)

Responda sí o no a las siguientes preguntas

Form section with questions: ¿Administra recursos públicos?, ¿Tiene reconocimiento público?, ¿Tiene grado de poder público?, ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?

PERSONA JURÍDICA

Form section for PERSONA JURÍDICA with fields: Razón Social, NIT, Correo electrónico, Tipo de sociedad (Anónima, Limitada, S.A.S., Otra), Tipo de empresa (Privada, Pública, Mixta), Actividad económica principal (Salud, Transportes, etc.), ¿Cuál?, Código CIIU

Form section for Descripción de la actividad económica with fields: Dirección oficina principal, Teléfono, Celular, Ciudad, Departamento; Dirección agencia o sucursal, Teléfono, Celular, Ciudad, Departamento

Representante Legal

Form section for Representante Legal with fields: Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre, Tipo de documento (CC, CE, PAS, CD), N° Identificación, Lugar de expedición, Dirección, Teléfono, Ciudad

Responda sí o no a las siguientes preguntas

Form section with questions: ¿Administra recursos públicos?, ¿Tiene reconocimiento público?, ¿Tiene grado de poder público?, ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?

Relación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (adjuntar relación si los campos son insuficientes)

Table with columns: Razón social o nombres y apellidos, Tipo de documento, N° Documento, % de Participación, and sub-section for questions: ¿Administra recursos públicos?, ¿Tiene reconocimiento público?, ¿Tiene grado de poder público?, ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?



FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT

| | |
|-------------|-------------------------|
| CÓDIGO: | FECHA DE ELABORACIÓN: |
| FRTES - 011 | 15 DE MARZO DE 2018 |
| VERSIÓN: | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: |
| 01 | 15 DE MARZO DE 2018 |
| | HOJA: 2 DE: 2 |



JUNTA DIRECTIVA (ADJUNTAR RELACIÓN SI LOS CAMPOS SON INSUFICIENTES)

| Nombres y apellidos | Tipo de documento | N° Documento | Principal o suplente | Responda sí o no a las siguientes preguntas | | | |
|---------------------|-------------------|--------------|----------------------|---|--------------------------------|--------------------------------|---|
| | | | | ¿Administra recursos públicos? | ¿Tiene reconocimiento público? | ¿Tiene grado de poder público? | ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

II. INFORMACIÓN FINANCIERA

| | | |
|----------------------------|------------------------------------|-------------------|
| Total activos \$ | Total pasivos \$ | Patrimonio \$ |
| Ingresos mensuales \$ | Egresos mensuales \$ | Otros ingresos \$ |
| Concepto de otros Ingresos | Información financiera a corte de: | |

III. INFORMACIÓN BANCARIA

| Tipo de Cuenta | | Entidad Financiera | Sucursal | Teléfono |
|----------------|---------|--------------------|----------|----------|
| Corriente | Ahorros | | | |
| | | | | |
| | | | | |

IV. REFERENCIAS COMERCIALES

| Nombre | Teléfono | Dirección | Ciudad |
|--------|----------|-----------|--------|
| | | | |
| | | | |

V. OPERACIONES INTERNACIONALES

| | | | | | | | |
|--|-----------------------|---------------|-------------|-----------|-------------------|----------------|-------|
| ¿Realiza negocios en moneda extranjera? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Tipo de transacciones | | | | | | |
| | Importaciones | Exportaciones | Inversiones | Préstamos | Pago de servicios | Transferencias | Otros |
| ¿Cual? | | | | | | | |

Productos financieros en moneda extranjera

| Tipo de producto | No. de producto | Entidad | Monto | Ciudad | País | Moneda |
|------------------|-----------------|---------|-------|--------|------|--------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VI. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.
- La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obliga a actualizarla anualmente.
- De manera irrevocable autorizo al HUDN E.S.E., para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Eximimos al HUDN E.S.E., sus representantes legales y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

VII. DECLARACIONES ADICIONALES

| | | |
|--|----|----|
| 1. Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo? | Sí | No |
| 2. La Entidad o alguno de sus accionistas han sido incluidos en listas inhibitorias como la lista Clinton? | Sí | No |
| 3. Si es persona natural ha sido incluido en listas inhibitorias como la lista Clinton? | Sí | No |

VIII. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:

Firma Huella
(Persona natural o Representante Legal si es persona jurídica)

DILIGENCIAR SI CORRESPONDE A UNA PERSONA JURÍDICA

| | | | | | |
|--|-------------------|----|-----|--------------------------|--|
| Nombre de la persona que lo diligencia | Tipo de documento | | | Número de identificación | |
| | CC | CE | PAS | | |
| Lugar de expedición | Firma | | | | |

| | | | | |
|---|--|---------------|-------------------------|---|
|  | ANEXO TÉCNICO PARA CONTRATACIÓN | CÓDIGO: | FECHA DE ELABORACIÓN: |  |
| | | ANJUR-001 | 7 DE DICIEMBRE DE 2012 | |
| | | VERSIÓN: | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: | |
| | | 03 | 30 DE DICIEMBRE DE 2016 | |
| | | HOJA: 1 DE: 9 | | |

DESCRIPCION DE PRÁCTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y MEDIO AMBIENTE DEFINIDOS PARA ANEXAR A LOS DOCUMENTOS CONTRACTUALES DE LOS CONTRATISTAS

Todo contratista del Hospital debe cumplir con las siguientes condiciones, según le aplique de acuerdo con la modalidad de contrato y con las condiciones o limitaciones que en este se establezcan:

1. FORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN

- Socializar el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, Medio Ambiente (si se encuentra establecido) y Calidad de la empresa contratista y Hospital, conservar registros y enviar copia de los mismos a las oficinas responsables de cada proceso al interior del HUDN.
- Todos los contratistas bajo cualquier modalidad de contrato deben garantizar el conocimiento y realizar la difusión a sus empleados de los temas relacionados a la prevención de sus riesgos prioritarios y conservar los registros correspondientes
- Participar de carácter obligatorio en las actividades de sensibilización en Seguridad y Salud en el Trabajo, Medio Ambiente, Calidad y S.O.G.C.S programadas por el Hospital, llevar registros propios de la asistencia a estas actividades en caso de ser requeridos por el HUDN.
- Sensibilizar y dar formación al personal en los aspectos e impactos ambientales relacionados con las actividades que desarrolla.
- Sensibilizar y dar formación al personal en Identificación de Peligros Evaluación de Riesgos y Determinación de Controles relacionados con su actividad económica y áreas a intervenir dentro del hospital
- Socializar las Tarjetas de Emergencia y Hojas de Seguridad de las sustancias químicas utilizadas en el desarrollo de sus labores.
- Participar de las capacitaciones y prácticas de respuesta ante emergencias, formación en primeros auxilios, manejo de extintores, transporte de pacientes, evacuación y rescate y participar en los simulacros programados por el HUDN y realizar de manera activa simulacros al interior de su empresa, conservando los registros en caso de ser requeridos por el Hospital.
- Todo contratista debe sensibilizar periódicamente a sus empleados con respecto a las normas internas del Hospital para el uso eficiente de los recursos que se requieran para ejecutar las actividades objeto del contrato.

| | | | | |
|---|--|---------------|-------------------------|---|
|  | ANEXO TÉCNICO PARA CONTRATACIÓN | CÓDIGO: | FECHA DE ELABORACIÓN: |  |
| | | ANJUR-001 | 7 DE DICIEMBRE DE 2012 | |
| | | VERSIÓN: | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: | |
| | | 03 | 30 DE DICIEMBRE DE 2016 | |
| | | HOJA: 2 DE: 9 | | |

- Demostrar las competencias del personal de acuerdo a la tarea específica de ejecución.

2. CONTROLES OPERACIONALES

Para lograr un control adecuado de los aspectos ambientales y de los peligros ocupacionales asociados al desarrollo de las actividades del contratista, este debe cumplir las indicaciones que se establecen para las buenas prácticas de control que se describen a continuación, a través de la implementación procedimientos acordes a la naturaleza de los riesgos.

2.1 Manejo Integral de Residuos

- Separación en la fuente de residuos utilizando adecuadamente los recipientes ubicados en las diferentes áreas del hospital, guiándose por la señalización y rotulado de estos.
- En los lugares donde se almacenen residuos líquidos de origen peligroso deben mantener diques o barreras de protección de desagües, tarjetas de emergencia y material absorbente para atención de derrames.
- No arrojar residuos sólidos, ni líquidos a los drenajes.
- Llevar el registro definido por el HUDN de las cantidades de residuos discriminando los peligrosos de los no peligrosos y los aprovechables de los no aprovechables.
- Mantener señalizados, ordenados y aseados los sitios de almacenamiento de residuos, según su naturaleza o destino.
- Evitar arrojar solventes, combustibles o sustancias químicas peligrosas a los drenajes.
- Entregar los residuos separados en los horarios y frecuencias establecidas en el hospital.
- Elaborar y presentar al supervisor o interventor el procedimiento de manejo y disposición de residuos especial o peligrosos que generan sus actividades, el cual puede ser independiente o integrado al manejo del hospital (Hospitalarios, sustancias químicas, solventes sucios, aceites gastados, baterías gastadas, residuos de derrames entre otros).

2.2 Manejo Seguro de Sustancias Químicas

- Mantener un inventario de las sustancias químicas o productos químicos utilizados en el desarrollo de las actividades dentro del hospital y entregarlo al área de gestión ambiental. Para ello utilizar el formato del hospital: Inventario de Sustancias Químicas MAAMB-003

| | | | | |
|---|--|---------------|-------------------------|---|
|  | ANEXO TÉCNICO PARA CONTRATACIÓN | CÓDIGO: | FECHA DE ELABORACIÓN: |  |
| | | ANJUR-001 | 7 DE DICIEMBRE DE 2012 | |
| | | VERSIÓN: | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: | |
| | | 03 | 30 DE DICIEMBRE DE 2016 | |
| | | HOJA: 3 DE: 9 | | |

- Coordinar con el área de gestión ambiental el control de los productos químicos que ya tienen un manejo dentro del inventario del hospital.
- Mantener disponibles en el lugar donde se encuentren estos productos las Tarjetas de Emergencia y Hojas de Seguridad.
- Señalizar y rotular las áreas y los recipientes que contengan productos químicos siguiendo los lineamientos dispuestos en el PROGRAMA MANEJO SEGURO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS PGAMB-004.
- Revisar las condiciones de transporte de productos químicos solicitados por el contratista y dejar registro. Esta actividad puede realizar en coordinación con los procedimientos establecidos en el Hospital utilizando los formatos definidos.
- Se encuentra prohibido hacer uso de sustancias químicas consideradas como peligrosas para actividades de limpieza o desinfección que atenten contra la salud y el medio ambiente, sin previo aviso a la oficina de Gestión Ambiental.
- Reportar cualquier incidente o accidente de sustancias o productos químicos a las áreas de gestión ambiental y/o Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Si utiliza cilindros de gas comprimido, estos deben estar cargados contra caídas, con las válvulas protegidas con capucha, alejados de fuentes de calor, debidamente rotulados con la condición de llenado (lleno/vacío), pictograma de peligrosidad y tarjeta de emergencia ubicada cerca los vacíos separados de los llenos. Esta condición aplica para el almacenamiento, transporte y manipulación de cilindros. Para completar las condiciones de seguridad el contratista debe solicitar esta información al área de gestión ambiental.
- Documentar prácticas de respuesta ante emergencias por sustancias químicas coherentes con las practicas definidas en el Hospital dentro del plan de emergencias o demostrar el conocimiento de los procedimientos del hospital (Fugas de gas, derrames de sustancias o combustibles, intoxicación alimentaria).

2.3 Control de Vertimientos: El objetivo es minimizar el impacto ambiental al recurso hídrico a través del cumplimiento de la normatividad ambiental vigente y de los procedimientos establecidos en el hospital.

- Utilizar detergentes o agentes de limpieza con alto nivel de biodegradabilidad, manteniendo disponible en el punto de uso la ficha técnica y tarjeta de emergencia del producto y enviar copia de éstas al área de gestión ambiental.

2.4 Orden y Aseo: Esta práctica tiene el propósito de minimizar los incidentes y accidentes, la contaminación visual y mejorar la productividad.

| | | | | |
|---|--|-----------|-------------------------|---|
|  | ANEXO TÉCNICO PARA CONTRATACIÓN | CÓDIGO: | FECHA DE ELABORACIÓN: |  |
| | | ANJUR-001 | 7 DE DICIEMBRE DE 2012 | |
| | | VERSIÓN: | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: | |
| | | 03 | 30 DE DICIEMBRE DE 2016 | |
| | | | HOJA: 6 DE: 9 | |

1. Persona responsable del SGSST que cuente con licencia en SST vigente o certificado de 50 horas en formación en SST para ejecución del SGSST.
 2. Política de Seguridad y Salud en el Trabajo
 3. Identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles.
 4. Soportes de Convocatoria, conformación y elección del COPASST con sus respectivas actas de reunión mensual a partir de la fecha de conformación.
 5. Certificados Médico Laborales.
 6. Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial.
 7. Afiliación Seguridad Social (EPS, ARL y AFP)
 8. Cronograma de Actividades del SGSST Firmado por Representante Legal
 9. Elementos de primeros Auxilios. (Botiquín, camilla rígida).
 10. Trabajos de Alto Riesgo: Cualquier contratista que requiera ejecutar actividades de alto riesgo como el trabajo en alturas, en espacios confinados, uso y manejo de plaguicidas o sustancias químicas, energía peligrosa, trabajos en caliente, debe aplicar legislación vigente exigida para la ejecución de este tipo de trabajos con sus respectivos soportes o licencias que acrediten la idoneidad para ejecutar la labor.
 11. El contratista deberá demostrar la idoneidad de sus trabajadores de acuerdo a la actividad definida en su contrato laboral de acuerdo a la naturaleza de la organización, presentado los soportes requeridos como:
 - a. Certificado de trabajo seguro en alturas actualizado
 - b. Certificado de Coordinador de Trabajo Seguro en Alturas
 - c. Certificado o asistencia de capacitación sobre espacios confinados
 - d. Certificado de examen Psicofísico para porte de arma (empresa de seguridad)
 - e. Programa de Protección Contra Caídas cuando se genere actividades por encima de 1.50 metros de altura.
 12. Para los desplazamientos que se deban realizar en vehículos motorizados o no motorizados por el personal contratista al interior del HUDN, la empresa debe demostrar el cumplimiento del Plan estratégico de seguridad vial de acuerdo a la Resolución 1565 de 2014.
 13. En caso de actividades que requieran el uso de andamios o escaleras, esta deberán ser certificados por personas competentes en el área o el proveedor que los suministró.
 14. Procedimiento para seguimiento de Contratistas, Proveedores, Compras.
- Requerimientos en SST para contratistas posterior a su ingreso, una vez firmado el contrato.
- Informar con anticipación, a Seguridad y Salud en el Trabajo, cada vez que ingrese un trabajador.
 - Presentar el nuevo trabajador: Examen laboral de ingreso, Afiliación a su ARL, Acta de Entrega de elementos de Protección personal, evidencia del proceso de inducción.

| | | | | |
|---|--|-----------|-------------------------|---|
|  | ANEXO TÉCNICO PARA CONTRATACIÓN | CÓDIGO: | FECHA DE ELABORACIÓN: |  |
| | | ANJUR-001 | 7 DE DICIEMBRE DE 2012 | |
| | | VERSIÓN: | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: | |
| | | 03 | 30 DE DICIEMBRE DE 2016 | |
| | | | HOJA: 7 DE: 9 | |

- Remitir certificado de pago se Seguridad Social de manera mensual.

2.11 Emergencias

- Todos los contratistas deberán conocer el plan de emergencias que tiene el Hospital para atender eventos de este tipo tanto de origen interno como externo.
- Asegurar que los trabajadores conozcan las rutas de evacuación, las salidas de emergencia, los puntos de encuentro y conocimiento de las personas que hacen parte de la Brigada para dar respuesta ante emergencias.
- De igual manera deberán contar con la siguiente información: Plan empresarial de emergencias que contemple:
 - a. Análisis de Amenazas
 - b. Inventario de Recursos
 - c. Análisis de Vulnerabilidad
 - d. Plan de Acción: emergencias específicas, alturas, espacios confinados y eléctricos.
 - e. Preparación y ejecución ejercicio de simulacro.
 - f. Plan de emergencias por derrame de productos químicos siempre y cuando hagan uso de alguna sustancia que genere riesgo.

2.12 Señalización y Demarcación

- Cada vez que aplique el contratista deberá utilizar señales de advertencia de peligros y de normatividad en seguridad y medio ambiente a cumplir por sus trabajadores o cualquier persona que ingrese al área donde se desarrollan las actividades.
- Igualmente deberá demarcar áreas de circulación, almacenamiento, operación de equipos y otras que se consideren necesarias para la seguridad de las personas durante la ejecución de sus actividades.

2.13 Mantenimiento Preventivo y Correctivo

- Según aplique el contratista deberá tener un plan de mantenimiento preventivo para maquinas, equipos, herramientas, dispositivos de control de la contaminación, recursos de atención de emergencias y demás elementos que lo requieran y que se utilicen dentro del area de ejecución del objeto del contrato, con el propósito de prevenir consecuencias que podrían resultar del uso inadecuado y en mal estado de cualquier elemento de trabajo.
- Se deben conservar los registros de ejecución este plan de mantenimiento por la empresa contratista en cuanto a sus equipos, herramientas y elementos de protección individual en caso de ser requeridos por el HUDN.

| | | | | |
|---|--|---------------|-------------------------|---|
|  | ANEXO TÉCNICO PARA CONTRATACIÓN | CÓDIGO: | FECHA DE ELABORACIÓN: |  |
| | | ANJUR-001 | 7 DE DICIEMBRE DE 2012 | |
| | | VERSIÓN: | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: | |
| | | 03 | 30 DE DICIEMBRE DE 2016 | |
| | | HOJA: 8 DE: 9 | | |

3. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

3.1 Jornadas y recargos

- El contratista deberá respetar la jornada máxima de trabajos establecida por la legislación Colombiana.
- Igualmente deberá remunerar, de acuerdo con la ley, los recargos por trabajos en tiempo extra a la jornada laboral, o por actividad en horarios nocturnos y festivos.
- El Hospital vigilara, al igual que todas las exigencias de este anexo, el cumplimiento de este requisito con especial cuidado, para lo cual se basara en los registros de asistencia a la jornada laboral y desprendibles de pago.

3.2 Seguridad Social Integral

- Todo contratista debe demostrar vigencia en los pagos a la seguridad social en salud, pensiones y riesgos laborales, los primeros 10 días de cada mes de la totalidad de sus empleados o de manera individual según aplique.

3.3 Exámenes Médicos

- Los empleados de contratistas e independientes deben acreditar exámenes médicos de ingreso antes de iniciar la actividad, los cuales deben estar en función del tipo de actividad y del riesgo asociado, igualmente al egreso.

3.4 Estadísticas

- El contratista deberá tener registro de la estadística de accidentes de trabajo por lo menos de dos años anteriores, incluidos indicadores como frecuencia, índice de lesión incapacitante e índice de severidad con su respectivo análisis y si es el caso acciones correctivas y seguimiento de las mismas. El registro del año en curso deberá ser remitido dentro de los 5 días al iniciar mes a la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo del HUDN.

3.5 Trabajos nocturnos

- Cuando sea necesario realizar trabajos en jornada nocturna, el contratista debe identificar, evaluar y difundir los peligros y tipos de emergencia, suministrar los elementos de protección personal y demás disposiciones de seguridad y salud en el trabajo para los trabajos a realizar.
- Los trabajadores que se asignen a trabajos nocturnos se les debe evaluar su estado de salud periódicamente por medicina laboral con el fin de identificar posibles afecciones en su

| | | | | |
|---|--|---------------|-------------------------|---|
|  | ANEXO TÉCNICO PARA CONTRATACIÓN | CÓDIGO: | FECHA DE ELABORACIÓN: |  |
| | | ANJUR-001 | 7 DE DICIEMBRE DE 2012 | |
| | | VERSIÓN: | FECHA DE ACTUALIZACIÓN: | |
| | | 03 | 30 DE DICIEMBRE DE 2016 | |
| | | HOJA: 9 DE: 9 | | |

estado de salud, realizar seguimiento de los mismos y asesorarlos sobre la manera de evitar problemas de salud relacionados con su trabajo.

- Se deberá informar a la Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo o Emergencias sobre las actividades a desarrollar en horario nocturno cuando estas sean consideradas de alto riesgo o correspondan a actividades no rutinarias generadas por el contratista.

4. REQUISITOS ADICIONALES

- A criterio del área de Gestión de Calidad, se podrá solicitar, a través de oficio o durante las auditorias de segunda parte, el cumplimiento de estándares de calidad necesarios para el mantenimiento del S.U.A y/o del SIGC - HSEQ.
- Estar en disposición de recibir auditorias de segunda parte, programadas por el HUDN, de manera concertada para evaluar el cumplimiento de requisito y o disposiciones reglamentarias.

COPIA NO CONTROLADA

| | | | |
|---|--|--------------------------------------|---|
| <p>Realizado por: PROFESIONAL ESPECIALIZADO SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</p> | <p>Revisado Por: ASESOR JURIDICO</p> | <p>Aprobado por: GERENTE (E)</p> | <p>30-12-2016 Fecha de aprobación</p> |
|---|--|--------------------------------------|---|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |