# ANEXO 4. CUADRO RESUMEN DE LA PROPUESTA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **VALORES MENSUALES Y UNITARIOS DE LOS SERVICIOS** | | | | |
| # | Servicio Solicitado | Valor sin IVA | IVA %  (si aplica) | Valor TOTAL  (incluido IVA si aplica) |
| 1 | Valor mensual de **Área Protegida** |  |  |  |
| 2 | **Valor hora paramédico presencial** diario (promediada diurna, nocturna y festivos) con su medio de comunicación e insumos de atención. |  |  |  |
| 3 | Valor hora de ambulancia básica en día **no festivo y horario nocturno,** incluida la tripulación médico, paramédico y conductor para eventos programados contratados. |  |  |  |
| 4 | Valor hora diurna en día no festivo de personal médico y paramédico, sin ambulancia para eventos programados contratados. |  |  |  |
| 5 | Valor hora nocturna en día no festivo de personal médico y paramédico, sin ambulancia para eventos programados contratados. |  |  |  |
| 6 | Valor hora diurna en día festivo de personal médico y paramédico, sin ambulancia para eventos programados contratados. |  |  |  |
| 7 | Valor hora nocturna en día festivo personal médico y paramédico, sin ambulancia para eventos masivos programados contratados. |  |  |  |
| 8 | Valor hora de ambulancia básica en día no festivo y horario diurno, incluida la tripulación médico, paramédico y conductor para eventos programados contratados. |  |  |  |
| 9 | Valor hora de ambulancia básica en día festivo y horario diurno, incluida la tripulación médico, paramédico y conductor para eventos programados contratados. |  |  |  |
| 10 | Valor hora de ambulancia básica en día festivo y horario nocturno, incluida la tripulación médico, paramédico y conductor para eventos programados contratados. |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **CAPACIDAD DE RESPUESTA PARA EVENTOS** | |
| Número de días consecutivos por mes que pueden cubrir eventos de los referidos en el numeral 17 de la invitación |  |
| Número de horas por día que pueden cubrir para cada evento referidos en el numeral 17 de la invitación |  |
| Total horas de cobertura por mes |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **RECURSOS** | |
| Numero de Ambulancias básicas |  |
| Numero de Ambulancias medicalizadas |  |
| Número de Médicos |  |
| Numero de Paramédicos |  |
| Numero de Auxiliares de enfermería |  |
| Número de Conductores |  |
| Tipo y número de cualquier otro recurso que se ofrezca. |  |

|  |
| --- |
| 1. **COMUNICACIONES** |
| Línea tipo Call Center: NO SI Teléfono(s) |
| Línea Celular: NO SI Teléfono(s) |
| Línea Nacional: 01 8000 NO SI Teléfono(s) |
| Línea Local: NO SI Teléfono(s) |
| Otro: NO SI Describir |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **VALORES AGREGADOS** | |
| Número eventos y horas presenciales ofrecidos en forma gratuita durante la ejecución del contrato realizado dentro de las Áreas Protegidas con: ambulancia, médico y paramédico |  |
| Número de horas de acompañamiento en jornadas de salud en tu dependencia, gratuitas, durante la ejecución del contrato |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **TIEMPO DE RESPUESTA** | |
| Tiempo de respuesta en minutos para acudir en caso de emergencias |  |
| Tiempo de respuesta en minutos para acudir en caso de urgencias |  |