ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Secretaría Integración Social	**Estudio de Mercado** NO CONTROLADO	DEFINIR EL PROGRAMA:
		Centro día:
		Centro noche:
		Centros de protección social:

Confidencial: *Los datos que se solicitan en este formato son estrictamente confidenciales no tienen fines fiscales ni pueden usarse como prueba judicial y su uso es exclusivamente estadístico (Ley 79 del 20 de octubre de 1993, Art. 5) y Ley 1581 de 2012*

I. IDENTIFICACIÓN

1.1. Nombre de la empresa/entidad/organización:	1.2. NIT
1.3. Dirección:	1.4 Teléfono:
1.5. Departamento:	1.6 Ciudad/Municipio:
1.7. Correo electrónico:	1.8 Sitio web:

1.9. Nombre del representante legal:

1.10: Objeto social de la empresa/entidad/organización:
_____
_____

1.11 Describa el servicio como usted lo presta: _____
_____
_____
_____
_____

II. CARACTERISTICAS DE LA EMPRESA/ENTIDAD/ORGANIZACIÓN

2.1. Hace cuánto tiempo existe esta empresa/entidad/organización: Años _____ Meses: _____

2.2. Hace cuánto tiempo opera este servicio: Años _____ Meses: _____

2.3. Que localidades atiende: a. Toda la ciudad ◯ b. (lista de localidades y que marque las que corresponda)

2.4. Qué capacidad de atención (cupos) tiene: _____	2.5. En promedio cuantos cupos atiende al mes: _____
2.6. Tiene planes de expansión de esa capacidad de atención (cupos): Si ◯ No ◯	2.7. Hasta cuántos cupos al mes: _____
2.8 Ha prestado servicios Sociales con otras Entidades: Si ◯ No	2.9 Cuales: _____

3. INSTALACIONES

3.1 En la siguiente tabla, por favor señale de cuántos predios dispone para prestar el servicio:

Localidad	Número de predios por estrato					
	1	2	3	4	5	6

3.2 Para los predios que usted enlistó por favor diligencie la siguiente tabla:

Localidad	Predio / Estrato	Área total	No de Habitaciones	No de Camas	No de baños	Otros espacios (describa)	Tipo de ocupación		
							Propio	Arrendado	Otra

3.3. Si dispone de predios fuera de la ciudad de Bogotá, para prestar este tipo de servicios por favor indique en que municipios:

Departamento	Municipio	Corregimiento	Vereda	Área Total	Área Construida	DISPONIBILIDAD SERVICIOS PUBLICOS				
						Ac. y Al.	En. El.	Gas D.	Teléfono	Internet

IV. TALENTO HUMANO

4.1 En La siguiente tabla indique por favor el número de personas que trabajan en su empresa/entidad/organización para atender los servicios similares a los que se solicita cotizar, según la descripción de la necesidad que se encuentra en el documento de pedido de cotizaciones.

AREA	CARGO / PERFIL	CANTIDAD	EXPERIENCIA MEDIA (AÑOS)	DEDICACIÓN EN EL PROGRAMA (%)
DIRECCION	DIRECTOR, COORDINADOR, GERENTE			
PROFESIONALES DE LA SALUD	MEDICOS			
	PSICOLOGOS			
	ENFERMERAS			
	TERAPISTAS OCUPACIONALES			
	FISIOTERAPEUTAS			
	NUTRICIONISTAS			
	OTROS ESPECIALISTAS. Cuáles_____			
PROFESIONALES SOCIALES	TRABAJADORES SOCIALES			
	SOCIOLOGOS			
	OTROS PROFESIONALES			
PROFESIONALES APOYO ADMINISTRATIVO	P1			
	P2			
	P3			
OTRAS AREAS	PERSONAL DE APOYO LOGISTICO			
	PERSONAL DE APOYO OPERATIVO			
	OTRO PERSONAL: (Detalle)			

VI. INFORMACIÓN FINANCIERA y OPERACIONAL

4.1 En la siguiente tabla indique por favor el precio mensual del servicio, por persona, detallando los rubros según corresponda:

TIPO DE GASTO	ESPECIFICO	PRECIO / MES
PREDIO (Arriendo / Costo de oportunidad)		$
TALENTO HUMANO		$
SERVICIOS PUBLICOS		$
TRANSPORTE		$
ALIMENTACION		$
VIGILANCIA Y SEGURIDAD		$
ADMINISTRATIVOS	Dotación institucional	$
	Dotación personal	$
	Aseo institucional	$
	Aseo personal	$
	Material didáctico	$
	Gastos funerarios	$
	Absorbentes, botiquín, báscula	$
EVENTOS ESPECIFICOS DEL SERVICIO		$
ACTIVIDADES RECREATIVAS, CULTURALES, DEPORTIVAS Y EVENTOS ESPECIALES		$
OTROS		$
IMPUESTOS		$
TOTAL		$

4.2. Por favor diligencie la siguiente tabla, con datos de diciembre de cada año según corresponda:

Rubro	2016	2015
Activo Total	$	$
Activo Corriente	$	$
Pasivo Total	$	$
Pasivo Corriente	$	$
Patrimonio	$	$
Utilidad Operacional	$	$
Gasto en intereses	$	$

4.3. Que tipo de transporte utiliza para prestar el servicio

a. Bus _____ b. Buseta _____ c. Camioneta Van _____

d. Automóvil particular _____ e. Otro (¿cuál) _____

f. No utiliza _____

4.4. El medio de transporte que utiliza para prestar el servicio es:

a. Propio _____ b. Arrendado_____ c. Contratado _____

Observaciones: Si lo encuentra necesario, por favor enuncie las características que distinguen el servicio que usted ofrece, del que se describe en el documento de cotización adjunto a este formato, y si lo desea adjunte el brochure correspondiente: