ANEXO 2

CONDICIONES TECNICAS

Nº	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLE	
		SI	NO
1	**Experiencia Proponente en producir o comercializar el bien y/o ofrecer el servicio** Con el fin de garantizar la calidad de los servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere que el proponente acredite experiencia en proyectos con objetos iguales o similares al presente proceso "***PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE TERAPIA FÍSICA, TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA Y TERAPIA RESPIRATORIA, EN CONSULTORIO Y DOMICILIARIA, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE***", tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos que acrediten la realización de proyectos cuya sumatoria sea igual o mayor al 70% del presupuesto asignado al presente proceso, con entidades públicas o privadas, para lo cual el oferente deberá presentar máximo tres (3) certificaciones. Las certificaciones deberán acreditar los siguientes aspectos: • Nombre o Razón Social del Contratante • Nombre o Razón Social del Contratista • Objeto Contractual • Fecha de Inicio • Fecha de Terminación • Valor del Contrato • Calificación del Servicio (La cual deberá ser mínimo buena, si la calificación otorgada a los contratistas es aceptable o mala no se tendrá en cuenta la experiencia) • Nombre y datos de contacto de quien expide la certificación • Fecha de expedición En caso de no contar con las certificaciones de los contratos ejecutados, el proponente podrá presentar copia del contrato acompañada del acta terminación y/o de liquidación con el fin de que la entidad pueda verificar la información relacionada anteriormente.	X	

	Cuando se certifiquen contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o de Unión Temporal, la Regional de Aseguramiento en Salud N° 7 tomará para efectos de la verificación de este requisito habilitante, el porcentaje de participación del oferente en la ejecución del contrato. De acuerdo con lo anterior, el proponente deberá presentar el documento de conformación del Consorcio o de la Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes de la figura plural en la ejecución del contrato. Además debe tenerse en cuenta que: - No se admiten certificaciones de subcontrataciones o convenios. - No se acepta ningún otro documento diferente a los enunciados para soportar la experiencia. - No se tendrán en cuenta contratos en ejecución. - No se aceptan certificaciones con enmendaduras y que no contengan como mínimo la información solicitada o que presenten inconsistencias. **Justificación:** La experiencia específica del proponente es importante por cuanto le asegura a la entidad que el contrato será ejecutado por una firma con la suficiente experiencia en contratos de similares características, que garantice la calidad final de los bienes del contrato y el cumplimiento del tiempo de ejecución establecido para el mismo.		
Nº	**CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS**	**CUMPLE**	
		SI	**NO**
1	**Capacidad Operativa** **Capacidad de Instalaciones:** Se requiere que el proponente cuente con instalaciones ubicadas en el perímetro urbano de la ciudad de Yopal, que cuente con la infraestructura necesaria para la prestación de los servicios solicitados con las normas mínimas de seguridad industrial, debiendo anexar la documentación requerida para su funcionamiento. Este servicio debe ser prestado por una entidad de salud debidamente habilitada para ello por la autoridad de salud competente. Se requiere del cumplimiento de las normas vigentes en el Sistema de Garantía de Calidad expedidas por el Ministerio de Protección Social, los requisitos mínimos esenciales y las condiciones sanitarias, que fijen las autoridades competentes tanto del orden nacional como territorial. ***Aspectos que serán verificados mediante visita a las instalaciones del oferente.***	**X**	

<table>
<tr><td>2</td><td>Certificado De Inscripción O Habilitación. El oferente debe adjuntar la certificación de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Salud de Acuerdo a lo estipulado en el Decreto 780 del 06 de Mayo de 2016 y Resolución No. 2003 de 2014.</td><td>X</td><td></td></tr>
<tr><td>3</td><td>Recurso humano: El Oferente mediante certificación suscrita por el representante legal deberá acreditar que cuenta como mínimo con el siguiente personal asistencial durante toda la presentación de la propuesta y ejecución del contrato, para lo cual deberá diligenciar el formulario de Idoneidad del Recurso Humano (Anexo No.7),

<table>
<tr><th>ITEM</th><th>PERFIL</th><th>CANTIDAD</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Terapeuta Físico</td><td>1</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Terapeuta Ocupacional</td><td>1</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Terapeuta Respiratorio</td><td>1</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Fonoaudiólogo (a) (Terapia de Lenguaje)</td><td>1</td></tr>
<tr><td>5</td><td>Funcionario de Asignación de citas</td><td>1</td></tr>
<tr><td>6</td><td>Funcionario Facturador</td><td>1</td></tr>
</table>

Aspectos que serán verificados mediante visita a las instalaciones del oferente.</td><td>X</td><td></td></tr>
<tr><td>4</td><td>Disponibilidad para la atención:

Se requiere que las entidades de salud oferentes, certifiquen mediante escrito que cuentan con la capacidad administrativa y operacional propia o contratada, necesaria para prestar los servicios ofertados en el portafolio de servicios en los siguientes horarios:

Lunes a viernes de 07:00 horas hasta las 12:00 horas y de las 14:00 horas hasta las 18:00 horas.

Sábado de 08:00 horas hasta las 12:00 horas

Oportunidad citas

Se requiere que las entidades de salud oferentes, certifiquen mediante escrito que cuentan con la capacidad administrativa y operacional propia o contratada, necesaria para prestar los servicios cotizados con la siguiente oportunidad:

Oportunidad para la asignación de citas: de 1 a 3 días</td><td>X</td><td></td></tr>
<tr><td>5</td><td>FORMA DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

El contratista prestará los servicios de Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia Fonoaudiológica y Terapia Respiratoria a los afiliados y beneficiarios de la Unidad Prestadora de Salud Casanare de la siguiente forma:</td><td>X</td><td></td></tr>
</table>

DEMOSTRACIÓN DE DERECHOS Y AUTORIZACIÓN:

- Exigir a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional que soliciten el servicio, el formato de autorización del servicio firmado y sellado por el médico líder de referencia y contra referencia.
- Usuarios que no cumplan estos requisitos, no deben ser atendidos, salvo los casos expresamente autorizados de acuerdo a la normatividad legal vigente (Atención de urgencias vitales y atención inicial de urgencias).
- Todo procedimiento adicional que no haga parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado, y que el proveedor estime conveniente en un momento dado para atender al usuario, así se encuentre entre el listado contractual y tarifado, requerirá el aval por parte de la central de referencia, contra-referencia y autorizaciones de la Unidad Prestadora de Salud Casanare, siempre y cuando ello no se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente.
- Todo bien o servicio fuera del plan de beneficios del SSPN, debe ser tramitado para estudio de aprobación ante el Comité Técnico Científico (CTC del nivel central DISAN), para lo cual el especialista tratante debe diligenciar completamente el formato de justificación diseñado para tal fin por parte del SSPN y remitirlo a la central de autorización de la USP, para que ésta adelante el trámite ante el CTC del nivel central. No se admiten formatos institucionales del contratista. Solo cuando una orden judicial, tutela, o la condición clínica del paciente amerite la administración urgente, se debe dar cumplimiento a la prestación o suministro con la inmediatez requerida, único caso en el cual la justificación técnica del suministro será reportada a la USP con posterioridad, en el formato de justificación ante CTC diseñado para tal fin por parte del SSPN. El no reporte ante el CTC será causal de glosa, más no el concepto favorable o desfavorable del CTC.

REFERENCIA:

- Para todos los demás servicios ambulatorios (primera vez o control) u hospitalarios, se requerirá remisión en formato oficial SSPN y autorización expedida por la central de autorizaciones de la USP.
- Los formatos de referencia y autorización impresos deberán estar debidamente diligenciados, firmados y sellados. Los formatos de autorización generados por medios electrónicos pueden digitalizar firmas (facsímil) y sellos, sometiéndose a lo establecido en la Ley 527 de 1999 y normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan

El número habilitado para la oficina de referencia y contra-referencia de la Unidad Prestadora de Salud Casanare es el 350-7113809.

	El correo electrónico habilitado para el envío de las solicitudes de autorización es, decas.upres-aut@policia.gov.co.		
6	El contratista deberá informar al jefe de la unidad prestadora de salud Casanare y al supervisor del contrato, mensualmente sobre la ejecución del contrato y cuando el mismo se encuentre en un cincuenta 50%, un setenta (70%), un noventa (90%) y un cien (100%) por ciento, con el fin de no sobre ejecutar el contrato.	**X**	
7	El contrista garantizara el contacto permanente con el supervisor designado por la Unidad Prestadora de Salud Casanare, con el fin de favorecer el cumplimiento del objeto del contrato, para lo cual deberá asignara un empleado con capacidad de toma de decisiones, con acceso a línea telefónica directa y disponible, que servirá para el intercambio de comunicación y solución de problemas, en el mínimo de tiempo. Por lo tanto se deberá diligenciar el formato de idoneidad del personal y en caso de cambio se deberá dar previo aviso al supervisor y garantizar la actualización de este formato.	**X**	
8	El oferente debe tener el manual de bioseguridad, manual de limpieza y desinfección y manual de manejo de desechos, esta documentación será verificada por el médico de garantía de la calidad de la Unidad Prestadora de Salud Casanare antes de adjudicar el contrato, ya que el no tener estos procesos prioritarios, representa un riesgo en la atención de los usuarios. Si la entidad oferente es una I.P.S deberá tener el PAMEC, este documento será verificado por el médico de garantía de la calidad de la Unidad Prestadora de Salud Casanare antes de adjudicar el contrato, ya que el no tenerlo, representa un riesgo en la atención de los usuarios. (**ESTA INFORMACION SE DEBE SUBIR AL SECOP II PARA QUE EL AUDITOR MEDICO DE CALIDAD LA PUEDA REVISAR)**	**X**	
9	**EL SERVICIO DEBE SER PROPORCIONADO BAJO RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR CONTRATADO,** con cumplimiento de Requisitos según lo contemplado por el Ministerio de la Protección Social, en el Decreto 1011 del 2006; Resolución 3100 del 2019 y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares de calidad en prestación de servicios de salud. Estos pueden ser verificados en cualquier momento por parte de grupo de Auditores de la Unidad Prestadora de Salud Casanare, incluyendo "***LA ATENCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS GENERADOS DURANTE EL MANEJO DEL PACIENTE ENTENDIDO COMO "EL DAÑO NO INTENCIONAL CONSECUENCIA DEL CUIDADO MÉDICO O TODO AQUEL DERIVADO DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y NO DE LA ENFERMEDAD MISMA DEL PACIENTE, SITUACIÓN QUE CORRERÁ POR CUENTA DEL CONTRATISTA PREVIO ANALISIS DEL CASO ENTRE AUDITORIA DE ENTIDADES, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA SERA ASUMIDA BAJO ORDEN JUDICIAL QUE ASI LO DETERMINE",*** **dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-006 REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS**.	**X**	
10	Etapa precontractual, celebración y ejecución del contrato: la documentación que se relaciona a continuación deberá presentarse al momento radicar la propuesta frente al pliego de condiciones según cronograma. Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada	**X**	

	empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato		
11	El oferente deberá diligenciar el Formulario de compromiso firmado por el representante legal de la entidad, de acuerdo al anexo No. 8	**X**	
12	El oferente deberá cumplir con las condiciones descritas.	**X**	
13	El oferente deberá diligenciar el anexo No. 9. SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL firmado por el representante legal de la entidad.	**X**	
14	El oferente deberá diligenciar el anexo No 10 DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN, firmado por el representante legal de la entidad.	**X**	

OTRAS CONDICIONES TECNICAS MÍNIMAS HABILITABLES

ÍTEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
EN CONSULTORIO				
1	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL Incluye: ACTIVIDADES PROPIAS A EJECUTAR EN LOS COMPONENTES SENSORIOMOTORES DEL DESEMPENO; EJERCICIOS TERAPEUTICOS, ESTIMULACION, MECANOTERAPIA, MEDIOS FISICOS (HIDROTERAPIA, CRIOTERAPIA, CALOR HUMEDO), ELECTROTERAPIA (BIO-FEED BA	X	
2	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL Incluye: EVALUACION DEL DESEMPENO OCUPACIONAL FUNCIONAL Y DETERMINACION TERAPEUTICA EN LOS COMPONENTES SENSORIOMOTORES, COGNOSCITIVO, SOCIOAFECTIVOS Y ERGONOMICOS PARA ENTRENAMIENTO FUNCIONAL E INTEGRACION LABORAL, SOCIAL Y	X	
3	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD Incluye: AQUELLA PARA PROBLEMAS DE LENGUAJE, HABLA, AUDICION O COMUNICACIÓN	X	
4	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL Incluye: PERCUSION, VIBRACION, DRENAJE POSTURAL, SUCCION, MICRONEBULIZACION, ACELERADOR DE FLUJO, TOS ASISTIDA O EJERCICIOS RESPIRATORIOS	X	
DOMICILIARIAS				
5	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL Incluye: ACTIVIDADES PROPIAS A EJECUTAR EN LOS COMPONENTES SENSORIOMOTORES DEL DESEMPENO; EJERCICIOS TERAPEUTICOS, ESTIMULACION, MECANOTERAPIA, MEDIOS FISICOS (HIDROTERAPIA, CRIOTERAPIA, CALOR HUMEDO), ELECTROTERAPIA (BIO-FEED BA	X	
6	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL Incluye: EVALUACION DEL DESEMPENO OCUPACIONAL FUNCIONAL Y	X	

		DETERMINACION TERAPEUTICA EN LOS COMPONENTES SENSORIOMOTORES, COGNOSCITIVO, SOCIOAFECTIVOS Y ERGONOMICOS PARA ENTRENAMIENTO FUNCIONAL E INTEGRACION LABORAL, SOCIAL Y		
7	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD Incluye: AQUELLA PARA PROBLEMAS DE LENGUAJE, HABLA, AUDICION O COMUNICACIÓN	X	
8	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL Incluye: PERCUSION, VIBRACION, DRENAJE POSTURAL, SUCCION, MICRONEBULIZACION, ACELERADOR DE FLUJO, TOS ASISTIDA O EJERCICIOS RESPIRATORIOS	X	

NOTA: El oferente deberá diligenciar en la totalidad los ítems de cumple **SI** o **NO**.

NOMBRE DEL PROPONENTE: INSTITUTO DE FRACTURAS SAS

NIT: 800234796-0

REPRESENTANTE LEGAL: SANDRA LISSET VELASQUEZ BONILLA

CC. REPRESENTE LEGAL: 52264610

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL: Sandra L Velásquez

DIRECCION: CARRERA 21 N° 7-67

TELEFONO: (8) 6333086 - 3125848483