INFORME DE EVAL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
SEGUNDA BRIGADA
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 1015

EVALUACIÓN TÈCNICA DEL PROCESO DE CONTRATACIÒN MODALIDAD SELECCIÓN MINIMA CUANTÍA No. 089 – DGSM ESM 1015 2018

EL OBJETO ES "PRESTACION DE SERVICIOS DE URGENCIAS MEDICA ESPECIALIZADA EN PSIQUIATRIA E INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, PSICOTERAPIA POR PSIQUIATRIA Y DEMAS SERVICIOS DERIVADOS DE LA ESPECIALIDAD PARA EL PERSONAL DE USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 1006 EN SANTA MARTA**" El presupuesto asignado para el presente proceso es de SETENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS M/CTE ($78.000.000.00).**

ESTABLECIMIENTO	CIUDAD	PRESUPUESTO
ESM 1015	BARRANQUILLA	$ 78.000.000
		$78.000.000

Dentro de la invitación pública de la referencia se recibió propuesta por parte del siguiente oferente:

Las entidades por medio de los comités evaluadores procederán a realizar la evaluación de acuerdo a lo establecido en el decreto 1082 de 2015, se procede para ello a evaluar la propuesta de acuerdo al grupo, para verificar los aspectos TÈCNICOS de acuerdo a las condiciones del pliego.

Teniendo en cuenta lo anterior se procede a evaluar la propuesta de la empresa

OFERTA

INSTITUTO NEUROPSIQUIATRICO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

1. **EXPERIENCIA HABILITANTE**

EVALUACION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
EXPERIENCIA SOLICITUDA CUYA SUMATORIA TOTAL SEA IGUAL O SUPERIOR AL 100% DEL PRESUPUESTO DEL PROCESO	**X**		
Con el fin de garantizar la calidad del servicio a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere acreditar experiencia en proyectos similares al objeto del presente estudio previo, tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos que acrediten la realización de contratos celebrados y ejecutados durante los años (2000 al 2017) de proyectos iguales o similares al presente proceso contractual, para lo cual el oferente deberá presentar mínimo (01) certificación (certificación por contrato) con concepto favorable de la recepción de los contratos. Que constituyen tal experiencia para el presente proceso de contratación. La experiencia se acreditará mínimo con 1 contratos y/o facturas cuyo sumatorio total sea igual o superior al 100% del presupuesto del proceso.			

ORIGINAL FIRMADO

2. LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD 1006 – SANTA MARTA - PRESUPUESTO (78.000.000)

No.	ELEMENTO Y/O EQUIPO	UNIDAD DE MEDIDA	CANT	CUMPLE	
				SI	NO
1	CONSULTA AMBULATORIA PSIQUIATRIA	SERVICIO	1	X	
2	HOSPITALIZACIÓN PSIQUIATRICA	SERVICIO	1	X	

DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	CUMPLE	
			SI	NO
AMBULATORIA. LA ATENCION INSTITUCIONAL DE UN USUARIO, CON EL CONJUNTO DE RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y DE DOTACION ESTABLECIDOS POR LA REGLAMENTACIONVIGENTEDE REQUISITOS ESENCIALESPARA LA PRESTACION DE ESTE SERVICIO.			X	
SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA			X	
CONSULTA EXTERNA DE COMPLEJIDADMEDIANA	SERVICIO	1	X	
CONSULTA EXTERNA DE COMPLEJIDADALTA	SERVICIO	1	X	
INTERNACON - HOSPITALIZACION. LA ATENCION INSTITUCIONAL INTRAMURALDE UN USUARIO POR UN TIEMPO MAYOR A VEINTICUATRO (24) HORAS, CON EL CONJUNTO DE RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y DE DOTACION ESTABLECIDOS POR LA REGLAMENTACIONVIGENTEDE REQUISITOS ESENCIALES.	SERVICIO	1	X	
EL GRADO DE COMPLEJIDAD DE LA INTERNACION DEPENDERA DE LA CLASIFICACION DEL SERVICIO OFRECIDO POR LA ENTIDAD PRESTADORA Y VERIFICADO POR LA DIRECCIONTERRITOTAL DE SALUD COMPETENTE	SERVICIO	1	X	
INTERNACION ESPECIAL	SERVICIO	1	X	
INTERNACION EN SALUD MENTAL	SERVICIO	1	X	
INTERNACION EN UNIDAD DESALUD MENTAL GENERAL COMPLEJIDAD MEDIANA	SERVICIO	1	X	

ORIGINAL FIRMADO

INTERNACION EN UNIDAD DESALUD MENTAL GENERAL COMPLEJIDAD ALTA	SERVICIO	1	X	
INTERNACION EN UNIDAD DESALUD MENTAL ESPECIAL COMPLEJIDAD MEDIANA	SERVICIO	1	X	
INTERNACION EN UNIDAD DESALUD MENTAL ESPECIAL COMPLEJIDAD ALTA	SERVICIO	1	X	
INTERNACION PARCIAL. PERMANENCIA DIURNA O NOCTURNA	SERVICIO	1	X	
INTERNACION PARCIAL EN HOSPITAL (HOSPITAL DIA) SOD	SERVICIO	1	X	
INTERNACION PARCIAL EN INSTITUCION NO HOSPITALARIA (GRANJA PROTEGIDA, TALLER PROTEGIDO, CENTRO OCUPACIONAL O RESIDENCIA PROTEGIDA)	SERVICIO	1	X	

DESCRIPCION	**UNIDAD DE MEDIDA**	**CANTIDAD**	**CUMPLE**	
			SI	**NO**
PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA PSIQUE			**X**	
EVALUACION Y PRUEBAS PSICOLOGICAS	SERVICIO	1	X	
ADMINISTRACION DE PRUEBA DE INTELIGENCIA (CUALQUIER TIPO)	SERVICIO	1	X	
ADMINISTRACION DE PRUEBA DE INTELIGENCIA (CUALQUIER TIPO) NCOC	SERVICIO	1	X	
ADMINISTRACION DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO)	SERVICIO	1	X	
ADMINISTRACION DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) NCOC	SERVICIO	1	X	
ANALISIS DE CARÁCTER [CONDUCTA]			**X**	
EVALUACION EN ALTERACIONESEMOCIONALES Y/O DECONDUCTA	SERVICIO	1	X	
ADMINISTRACION DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO)			**X**	
ADMINISTRACION DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO) NCOC	SERVICIO	1	X	
DETERMINACION DEL ESTADO MENTAL PSICOLOGICO	SERVICIO	1	X	
Excluye: LA ENTREVISTA, EVALUACION O VALORACION REALIZADA EN LA CONSULTA POR PSICOLOGIA (890)	SERVICIO	1	X	
DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGÍA SOD	SERVICIO	1	X	
ENTREVISTAS, CONSULTAS Y EVALUACIONES PSIQUIATRICAS			**X**	
DETERMINACION DEL ESTADO MENTAL PSIQUIATRICO	SERVICIO	1	X	
Excluye: LA ENTREVISTA, EVALUACION O VALORACION REALIZADA EN LA CONSULTA PORMEDICINA ESPECIALIZADA	SERVICIO	1	X	
DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRÌA SOD	SERVICIO	1	X	
OTRA ENTREVISTA Y EVALUACION PSIQUIATRICAS			**X**	

ORIGINAL FIRMADO

OTRA ENTREVISTA Y EVALUACION PSIQUIATRICAS SOD	SERVICIO	1	X	
EVALUACIONDESALUD MENTAL POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO			**X**	
EVALUACIONDESALUD MENTAL POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO SOD	SERVICIO	1	X	
SOMATOTERAPIA PSIQUIATRICA			**X**	
SESION DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA CONANESTESIA YRELAJACIONES (TECAR)			**X**	
SESION DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA CONANESTESIA YRELAJACIONES	SERVICIO	1	X	
(TECAR) SOD	SERVICIO	1	X	
PSICOTERAPIA			**X**	
Incluye: AQUELLA PARA EL CONTROL DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN LA PROTECCION DE LA SALUD DE LOSTRABAJADORESCOMO EL MANEJO DEL CONFLICTO Y LA NEGOCIACION, COMUNICACIÓN EFECTIVA, INCREMENTO DEAUTOESTIMA, ENTRE OTRASESTRATEGIAS			X	
PSICOTERAPIAINDIVIDUAL			**X**	
PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRIA	SERVICIO	1	X	
PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	SERVICIO	1	X	
INTERVENCION EN CRISIS			**X**	
INTERVENCION EN CRISIS SOD	SERVICIO	1	X	
OTRAS MODALIDADES TERAPEUTICAS EN SALUD MENTAL			**X**	
PSICOTERAPIA DE PAREJA			**X**	
PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSIQUIATRIA	SERVICIO	1	X	
PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGIA	SERVICIO	1	X	
PSICOTERAPIA FAMILIAR			**X**	
PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSIQUIATRIA	SERVICIO	1	X	
PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGIA	SERVICIO	1	X	
PSICOTERAPIA DE GRUPO			**X**	
PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSIQUIATRIA	SERVICIO	1	X	
PSICOTERAPIA DE GRUPO PORPSICOLOGIA	SERVICIO	1	X	
INTERVENCIONES DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD			**X**	
INTERVENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA,POR MEDICINA GENERAL	SERVICIO	1	X	
INTERVENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA,POR PSIQUIATRIA	SERVICIO	1	X	
INTERVENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA,POR ENFERMERIA	SERVICIO	1	X	
INTERVENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA,POR PSICOLOGIA	SERVICIO	1	X	
INTERVENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR TRABAJO SOCIAL	SERVICIO	1	X	
INTERVENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL.	SERVICIO	1	X	

ORIGINAL FIRMADO

INTERVENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD	SERVICIO	1	X	
INTERVENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	SERVICIO	1	X	

3. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ADICIONALES

GRUPO 2 – SANTA MARTA, INSTITUTO NEUROPSIQUIATRICO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

No	Condiciones del servicio	CUMPLE	
		SI	NO
1	Anexar certificación expedida por Representante Legal donde se garantiza que los especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares, cuentan con el título o certificado expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado.	X	
2	Anexar hojas de vida de los profesionales de salud que laboran en la institución, como mínimo una de cada profesional: 1. Médico general con certificado de formación en el control del paciente en salud mental, con supervisión por parte del médico psiquiatra. 2. Auxiliar de enfermería. 3. Médico psiquiatra. 4. Enfermera jefe. 5. Terapeuta ocupacional. 6. Psicólogo con certificado de formación en atención clínica. 7. Trabajador social. 8. Neuropsicología.	X	
3	Anexar certificación expedida por Representante Legal donde se garantiza haber desarrollado acciones de formación continua del talento humano en salud, en los procesos prioritarios asistenciales ofertados.	X	
4	Anexar Certificado de formación para la atención y el tratamiento del consumidor de sustancias psicoactivas y Certificado de formación en soporte vital básico. El talento humano no asistencial cuenta con: - Certificado de formación de atención en primeros auxilios. El médico especialista en psiquiatría y el médico general cuentan con certificado de formación en soporte vital avanzado.	X	
5	Anexar Portafolio de servicios actualizado	X	
6	Certificación expedida por el Representante Legal donde se evidencie compromiso en la implementación de un programa de mantenimiento preventivo y correctivo, garantizando la prestación de los servicios con equipos Biomédicos y Material Médico adecuados y de última tecnología para la atención del usuario. La entidad debe acreditar la aplicación de protocolos aceptados en salud para el manejo de pacientes.	X	
7	Anexar Certificado de habilitación de los servicios ofertados.	X	
8	Certificado bajo la gravedad de Juramento donde manifieste si su red de servicios ofertados es con red propia (no se acepta red subcontratada).	X	
9	El contratista allegara una certificación firmada donde garantice que una vez celebrado contrato, el contratista sostendrá los precios ofertados anteriormente y sostendrá las oportunidades manifestadas en su propuesta por la cual accedió a puntaje alguno, por toda la vigencia del contrato y eventuales adiciones	X	
10	Para dispositivos médicos de uso humano requeridos para la prestación de los servicios de salud que ofrece, debe contar con soporte documental que asegure la verificación y seguimiento de la siguiente información: descripción, marca del dispositivo, serie (cuando aplique), presentación comercial, registro sanitario vigente expedido por el INVIMA o permiso de comercialización, clasificación del riesgo (información consignada en el registro	X	

COPIA FIRMADO

	sanitario o permiso de comercialización) y vida útil si aplica.		
11	Anexar programa de seguridad del paciente que provea una adecuada identificación y gestión de eventos adversos, que incluya como mínimo: a. Planeación estratégica de la seguridad: Existe una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia.	X	
12	Certificación expedida por el Representante Legal donde cumpla con: 1. Protocolo de enfermería. 2. Guías de manejo de las primeras cinco (5) causas de hospitalización	X	
13	Certificación expedida por el Representante Legal donde cumpla: 1. Protocolo de manejo y atención de usuarios con VIH/SIDA dentro de la Institución.	**X**	
14	Anexar datos de la persona encargada de la Coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e Informar novedades sobre procedimientos, tratamientos, quejas, programaciones y en general para la atención de los usuarios. Esta línea telefónica será de manejo por parte de los auditores y personal de referencia y contra referencia del Ejercito Nacional.	**X**	
15	Certificar por escrito mediante oficio firmado por el representante legal que: garantice la oportunidad para la asignación de citas ambulatorias por medicina especializada, en un intervalo de tiempo entre diez (10) a quince (15) días, una vez solicitado el servicio.	**X**	
16	Certificar por escrito mediante oficio firmado por el representante legal la Asignación de cama hospitalaria, en un tiempo no mayor a cuatro (4) horas contadas a partir de su solicitud, con permanente disponibilidad, incluyendo internación los fines de semana y noches.	**X**	
17	Certificar por escrito mediante oficio firmado por el representante legal que cuenta con habitación separado para hombres y mujeres, durante su hospitalización.	**X**	
18	Certificar por escrito mediante oficio firmado por el representante legal que cuenta con condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección que respondan a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados por la institución.	X	
19	Certificar por escrito mediante oficio firmado por el representante legal que: Los pisos, paredes y techos de todos los servicios deberán ser de fácil limpieza y estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.	**X**	
20	Certificar por escrito mediante oficio firmado por el representante legal que: Durante la hospitalización garantizar atención que incluya: 1. Alojamiento 2. Alimentación (comidas y meriendas) 3.Valoraciones e intervenciones del equipo interdisciplinario requerido según la patología.	**X**	
21	Certificar por escrito mediante oficio firmado por el representante legal que cumple con: Hospitalización de salud mental para niños y/o adolescentes, además de las condiciones exigidas para hospitalización en salud mental, cuenta con las siguientes características: 1. Es exclusivo para niños o adolescentes. 2. Sistema que permita el monitoreo visual y/o vigilancia permanente. 3. Sistema de seguridad en ventanas para los niños.	**X**	
22	Para los medicamentos de control especial en la prestación de servicios de salud, deberá contar con la respectiva resolución de autorización vigente, por parte del Fondo Nacional de Estupefacientes o la entidad que haga sus veces y cumplir con los requisitos exigidos para el manejo de medicamentos de control, de acuerdo con la normatividad vigente.	**X**	
23	Anexar protocolo de manejo para pacientes hospitalizados por farmacodependencia, según parámetros de la ley 1566, donde se incluya la atención integral e interdisciplinaria que contemple diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud de todos los trastornos mentales derivados del consumo de sustancias psicoactivas, indicando tiempo de tratamiento, fases, métodos y actividades que realiza en hospital día, así como medicamentos requeridos, profesionales que intervienen y costos.	**X**	
24	Programa de farmacodependencia,	**X**	
25	Servicio de ambulancia	**X**	

COPIA NO CONTROLADA

4. CUMPLIENTO DE ESPECIFICACIONES TECNICAS ADICIONALES

SANTA MARTA – INSTITUTO NEUROPSIQUIATRICO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

ITEM	DESCRIPCION DEL SERVICIO	CUMPLE	
		SI	NO
1	Debe certificar en documentos independiente el cumplimiento de la totalidad de las especificaciones técnicas adicionales.	X	

De acuerdo a lo anterior, El Comité TECNICO evaluador al revisar los requisitos exigidos en el **PROCESO DE CONTRATACION MINIMA CUANTIA No. 089– DGSM ESM 1015 2018**, se observa que **CUMPLE** con todas las especificaciones técnicas.

En constancia se firma en Barranquilla, a los veintiocho (28) días del mes de agosto de 2018, se ordena su publicación en el portal único de contratación.

ORIGINAL FIRMADO