MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES
EJERCITO NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO
DISPENSARIO MEDICO DE CALI

Santiago de Cali, 12 de Mayo de 2022

Señora Coronel
MARIA CLEMENCIA GUTIERREZ RUEDA
Gerente de Proyecto proceso de selección de Mínima Cuantía N° **375 -DIGSA/DMCAL-2022**

Asunto: Evaluación técnica del proceso de selección de Mínima Cuantía N° 375-DIGSA/DMCAL-2022, cuyo objeto corresponde a contratar "**LA PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD EN REHABILITACIÓN INTEGRAL DIRIGIDO A NIÑOS, NIÑAS, JÓVENES Y ADULTOS CON DISCAPACIDADES COGNITIVAS, MOTRICES Y/O SENSORIALES, QUE SEAN PRODUCTO DE DEFICIENCIAS NEUROLÓGICAS PERINATALES, POSTNATALES O PRENATALES DE EDADES 0 HASTA MAYORES DE EDAD, CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DE 2001 Y 052 DE 2013, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES DEL DISPENSARIO MEDICO DE POPAYAN".**

PARTICIPANTES:

CENTRO DE ESPECIALISTAS EN SALUD INTEGRAL RENACER LTDA.

1. ESPECIFICACIONES TECNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

El oferente deberá presentar el cumplimiento de especificaciones técnicas excluyentes de los bienes y/o servicios que ofrece, "Especificaciones Técnicas", que son de obligatorio cumplimiento, para lo cual debe diligenciar correcta y completamente el **Anexo No 2** "Especificaciones Técnicas" del complemento a la invitación pública.

ITEM	CODIGO DANE	CÓDIGO CUPS	CÓDIGO UNSPSC	DESCRIPCION DEL SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
1	93411	890215	85122109	Valoración inicial y revaloración (Evaluación Interdisciplinaria Institucional,	SERVICIO	1	X	

				Revaloración y seguimiento a través del Plan Individualizado de Tratamiento (PIT), acorde a cada caso)				
2	93411	940701	85122109	Evolución neuropsicológica (coeficiente intelectual, compromiso de funciones superiores).	SERVICIO	1	X	
3	93411	890315	85122109	Programa terapéutico integral – neurodesarrollo (terapias mensuales (Fonoaudiología, fisioterapia, terapia ocupacional, psicología, sesiones de orientación y asesoría, instrucción para padres y/o cuidadores primaria edades 0-12 años	SERVICIO	1	X	
4	93411	890315	85122109	Programa terapéutico integral – Neuro rehabilitación terapias mensual (Fonoaudiología, fisioterapia, terapia ocupacional, psicología, sesiones de orientación y asesoría, instrucción para padres y/o cuidadores primaria edades 13-18 años	SERVICIO	1	X	
5	93411	890315	85122109	Taller de orientación prevocacional y vocacional (asesoría y seguimiento, según su rendimiento o grado de autonomía. Desarrollo de habilidades en expresiones artísticas y lúdicas, como medio de comunicación efectiva, según su grado de autonomía, desarrollo de habilidades y destrezas básicas en la vida, diaria (reconocimiento, compra y venta de objetos, alimentos e instrumentos). Edades 13 a 18 años).	SERVICIO	1	X	
6	93411	890315	85122109	Programa de inclusión social y pedagógico, Promover autoestima, autoimagen y prácticas de autocuidado, actividades dirigidas a la construcción del proyecto de vida y el desarrollo de habilidades como trabajo en equipo, administración del tiempo, toma de decisiones, manejo de conflictos, adaptación al entorno, pensamiento	SERVICIO	1	X	

Carrera 5 No. 83-00 – Cantón Militar Pichincha – Santiago de Cali
Conmutador teléfono 3240608
precontractualhomro@hotmaiil.com
icontec ISO 9001 SC6310-1
IQNet

				analítico crítico, reflexivo, lógico y práctico, Desde la intervención en aula escolar y apoyo terapéutico para acceder a los planes académicos establecidos; edades de 7 hasta los 18 años (no es escolaridad)				
7	93492	890315	85122109	Programa terapéutico integral – neurorrehabilitación Terapia de fonoaudiología, fisioterapia, terapia ocupacional para adultos de los 18 años en adelante con secuelas neurológicas	SERVICIO	1	X	
8	93492	890315	85122109	Programa de rehabilitación acuática, Terapia de hidroterapia adulto o niños	SERVICIO	1	X	
9	93492	890315	85122109	Terapia visual u ortoptica adulto y niños.	SERVICIO	1	X	
10	93492	890315	85122109	Programa terapéutico integral – DOMICILIARIO neurodesarrollo terapias mensual (Fonoaudiología, fisioterapia, terapia ocupacional, psicología, sesiones de orientación y asesoría, instrucción para padres y/o cuidadores primaria edades 0-12 años	SERVICIO	1	X	
11	93492	890315	85122109	Programa terapéutico integral – DOMICILIARIO Neuro rehabilitación terapias mensual (Fonoaudiología, fisioterapia, terapia ocupacional, psicología, sesiones de orientación y asesoría, instrucción para padres y/o cuidadores primaria edades 13-18 años	SERVICIO	1	X	
12	93492	890315	85122109	Programa terapéutico integral – DOMICILIARIO neurorrehabilitación Terapia de fonoaudiología, fisioterapia, terapia ocupacional para adultos de los 18 años en adelante con secuelas neurológicas	SERVICIO	1	X	
13	93193	890315	85122109	Terapia comportamental- visita a los diferentes entornos del niño	SERVICIO	1	X	

Carrera 5 No. 83-00 – Cantón Militar Pichincha – Santiago de Cali
Conmutador teléfono 3240608
precontractualhomro@hotmaiil.com
icontec ISO 9001 SC6310-1
IQNet

2. REQUISITOS TECNICOS ADICIONALES

Para evaluar los requisitos de orden técnico que a continuación se describen, únicamente se evaluaran **"CUMPLE" o "NO CUMPLE",** conforme al numeral 1° del artículo 5° de la Ley 1150 de 2007 así:

No	DESCRIPCION DEL REQUERIMIENTO	CUMPLE	NO CUMPLE
REQUERIMIENTOS GENERALES			
1	Portafolio de servicios actualizado.	X	
2	Certificado de habilitación de los servicios requeridos	X	
3	Presentar el Registro especial de Prestadores de Servicios de Salud, esto con el fin de establecer que los posibles oferentes se encuentren debidamente habilitados y certificados para la prestación de los servicios que serán objeto del presente proceso de contratación.	X	
4	Certificado que soporte la suficiencia para prestar los servicios que se contratan (capacidad instalada vs población a atender) suscrito por el representante legal que cumpla con los requisitos mínimos de habilitación definidos en la resolución 2003 del Ministerio de Protección Social de 2006 y/o 3100 de 2019	X	
5	Certificado de compromiso a diligenciar a través de sus especialistas los formatos establecidos por la Dirección de Sanidad para justificar procedimientos que requieran aprobación por parte del Comité Técnico Científico del Nivel Central.	X	
6	El oferente debe certificar por escrito que el personal profesional, tecnólogo o técnico contratado para realizar los diferentes procedimientos médico asistenciales al personal de afiliados y beneficiarios del Dispensario médico de Popayán es idóneo y cuenta con la experiencia suficiente para garantizar la prestación de estos servicios a esta población, junto con esta certificación debe presentarse hoja de vida, diploma, rethus o tarjeta profesional del siguiente personal: • Un fisioterapeuta • Un terapeuta ocupacional • Un fonoaudiólogo • Un psicólogo	X	

VERIFICACION DE LA EXPERIENCIA HABILITANTE

VERIFICACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PROPONENTE. PARA OFERENTES NACIONALES O EXTRANJEROS CON DOMICILIO EN COLOMBIA

Cumplimiento de la experiencia habilitante requerida. Para tal efecto diligenciará el **FORMULARIO,** de la invitación publica "EXPERIENCIA HABILITANTE DEL PROPONENTE", de acuerdo con los siguientes parámetros:

a. La información suministrada, se entiende bajo la gravedad del juramento y debe ser correlativa a la documentación aportada.
b. El formulario debe ir firmado por el representante legal del proponente y/o suplente.
c. Anexo de los soportes que demuestren la acreditación de la experiencia requerida en el Formulario." ACREDITACIÓN DE LA EXPERIENCIA HABILITANTE DEL PROPONENTE".
d. No se aceptan auto certificaciones.

Certificaciones experiencia del proponente:

Como requisito mínimo habilitante, el proponente debe acreditar su experiencia certificando uno o más contratos ejecutados y/o facturas y/o constancias, recibidos a entera satisfacción y debidamente suscritos, cuyo objeto sea "**LA PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD EN REHABILITACIÓN INTEGRAL DIRIGIDO A NIÑOS, NIÑAS, JÓVENES Y ADULTOS CON DISCAPACIDADES COGNITIVAS, MOTRICES Y/O SENSORIALES, QUE SEAN PRODUCTO DE DEFICIENCIAS NEUROLÓGICAS PERINATALES, POSTNATALES O PRENATALES DE EDADES 0 HASTA MAYORES DE EDAD".**

" y cuya sumatoria sea equivalente al OCHENTA por ciento (80%) del presupuesto oficial del presente proceso contractual.

Las constancias a través de las cuales se certifiquen los contratos, deben contener como mínimo la siguiente información:

a. Nombre o razón social del contratante.
b. Nombre o razón social del contratista
c. Objeto del contrato
d. Plazo del contrato
e. Valor del contrato. Solo se aceptarán certificaciones en pesos colombianos.
f. La certificación debe venir debidamente suscrita por la persona facultada para expedirla.

g. Si la certificación incluye varios contratos, se debe identificar en forma precisa si son contratos adicionales al principal o son contratos nuevos, indicando en cada uno de ellos sus plazos, y/o valor. La certificación puede ser individual o general.

Nota 1: No se aceptan certificaciones con enmendaduras y que no contengan como mínimo la información solicitada o que presenten inconsistencias.

Nota 2: DISPENSARIO MEDICO DE CALI se reserva el derecho de verificar la veracidad de la información suministrada por el oferente.

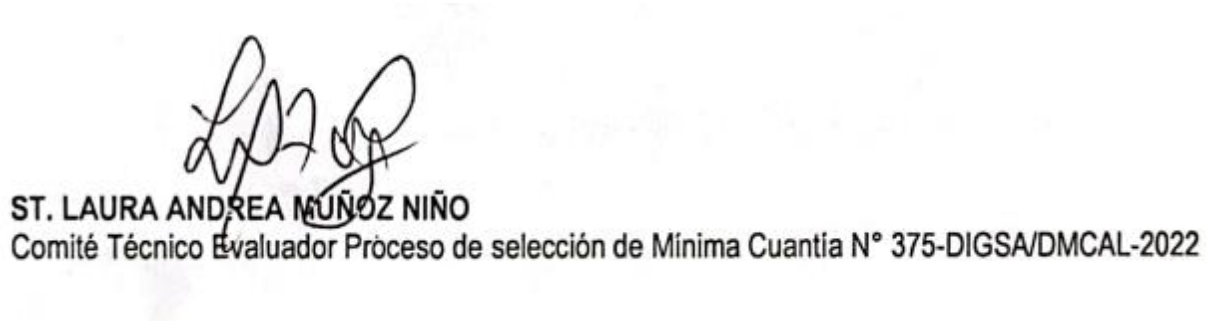
Nota 3: No se acepta ningún otro documento para acreditar la experiencia. NO SE ACEPTAN AUTO CERTIFICACIONES.

Nota 4: Las copias de los documentos presentadas deben ser completamente legibles.

CUMPLE

3. CONCLUSION DE LA EVALUACION TECNICA:

Una vez verificados los requisitos de orden técnico solicitados en el complemento a la invitación para el proceso de selección de Mínima Cuantía **N° 375-DIGSA/DMCAL-2022** se puede establecer que la entidad **CENTRO DE ESPECIALISTAS EN SALUD INTEGRAL RENACER LTDA.** **CUMPLE** Técnicamente con lo solicitado, razón por la cual se habilita técnicamente y se le recomienda al Gerente del Proyecto que continúe con el proceso de adjudicación.



ST. LAURA ANDREA MUÑOZ NIÑO
Comité Técnico Evaluador Proceso de selección de Mínima Cuantía N° 375-DIGSA/DMCAL-2022

ORIGINAL DEBIDAMENTE FIRMADO