MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL
Unidad: _____
Radicado No: _____
Recibido por: _____
Fecha: _____ Hora: _____

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER

Nº GS-2022_____ DENOR– UPRES -29.25

San José de Cúcuta, 14 de junio de 2022

Capitán
ERIK GABRIEL RAMOS MARZOLA
Jefe Grupo Contratos RASES 5
Calle 60 27-82 Barrio Conucos
Bucaramanga

Asunto: verificación técnica al Proceso **PN RASES N°5 MIC 019 2022**

De manera respetuosa me permito remitir a mi Capitán la verificación técnica del Proceso **PN RASES N°5 MIC 019 2022** cuyo Objeto es **PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS AMBULATORIOS QUE INCLUYE CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS DERIVADOS DE LA ESPECIALIDAD DE NEUROPEDIATRIA PARA LA ATENCION DE LOS USUARIOS AFILIADOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA NORTE DE SANTANDER Y SU AREA METROPOLITANA,** encontrándose los siguientes resultados:

INSTITUTO NEUROLOGICO INFANTIL INFANEURO

ITEM No.	CUPS	DESCRIPCION	CUMPLE	
			SI	NO
1	952302B	POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MONOFOCALES	X	
2	954626B	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA MEDICION DE INTEGRIDAD Incluye: ANALISIS DEL SITIO DE LA LESION	X	
3	891901B	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO	X	
4	891402B	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO	X	
5	891702B	ESTUDIO POLISOMNOGRAFICO COMPLETO (CON OXIMETRIA)	X	
6	861411B	INYECCION DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA BOTULINICA)	X	
7	937300B	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA DESORDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS SOD	X	
8	938612B	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA DISCAPACIDAD TRANSITORIA SEVERA Incluye: INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA CON ENFASIS EN EDUCACION Y AUTOGESTION CON PARTICIPACION DE UN EQUIPO MINIMO DE TRES TERAPEUTAS Y UN MEDICO ESPECIALISTA EN REHABILITACION	X	
9	944301B	TERAPIA DE REHABILITACION COGNITIVA	X	
10	940101B	ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA DE INTELIGENCIA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	X	
11	940701B	ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	X	
12	890285B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	X	
13	890275B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	X	
14	890385B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	X	
15	890375B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	X	
16	890485B	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	X	
17	890475B	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA	X	
18	937203B	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DE LA DEGLUCIÓN	X	

52218588

Nº	CARACTERÍSTICAS	OFERTA	
		SI	NO
1	El oferente deberá entregar formalmente junto con la propuesta los siguientes documentos: a. Constancia de Habilitación (vigente) en el Registro especial de prestadores de servicios de salud expedido por la Secretaría de Salud Departamental de Norte de Santander designada para tal fin y/o Constancia de Autoevaluación vigente para prestar los servicios de salud en la Ciudad de Cúcuta ó su Área Metropolitana. Según la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social	X	
2	Anexar el Portafolios de servicios el cual deberá describir: a. Capacidad instalada por servicios (recursos logísticos, servicios operativos y físicos), Servicios ambulatorios (consulta especializada, numero de consultorios, procedimientos y/o servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico) b. Disciplinas generales, especializadas y supra especialidades con que se cuenta (horas profesionales disponibles o por disponibilidad requeridas), cobertura requerida y oportunidad de atención, incluyendo en este el modelo de atención y así como el listado del recurso humano asistencial por servicios. **Condiciones que se verificarán por el Comité Técnico Evaluador mediante visita**. c. MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD previamente definido por la entidad oferente	X	
3	**Experiencia Proponente en producir o comercializar el bien y/o ofrecer el servicio** El OFERENTE deberá certificar experiencia para lo cual deberá allegar, máximo tres (3) certificaciones o copias de contratos ejecutados, con concepto favorable de la ejecución de los mismos, cuyo objeto sea igual o similar y cuya sumatoria sea igual o mayor al 50% del valor del presupuesto asignado para esta contratación. Las certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información básica: ✓ Fecha de inicio de la contratación ✓ Fecha de término de la contratación ✓ Valor de la contratación ✓ Objeto contractual ✓ Número del contrato ✓ Firma del representante legal contratante ✓ NIT del contratante ✓ Dirección del contratante ✓ Teléfono del contratante ✓ Membrete de la entidad que lo expide ✓ Cumplimiento. No serán tenidas en cuenta las Certificaciones que presenten incumplimiento. En el evento que el oferente haya celebrado contratos con la unidad prestadora de Salud Norte de Santander, o Regional de Aseguramiento en Salud Nº 5 no es obligatorio que anexe certificaciones, solamente con enunciarlos, se verificará la información, según lo señalado en el Decreto 019 de 2012.	X	

De conformidad a lo anterior el oferente INSTITUTO NEUROLOGICO INFANTIL SAS presento los documentos de carácter Técnico solicitados, los cuales una vez revisados se logró establecer que cumple con la capacidad para ser sujeto de derechos y obligaciones respecto al proceso contractual en desarrollo.

Atentamente,

Subintendente **OCTAVIO MANUEL DONADO PADILLA**
Integrante Comité Técnico

Calle 22N No. 2-03 Barrio Tasajero
Teléfono: 3138859716
Denor.upres@policia.gov.co
www.policia.gov.co

Fiel copia del original octavio donado

52218588