**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
**COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES**
**EJÉRCITO NACIONAL**
**DISPENSARIO MEDICO BUCARAMNGA**

Bucaramanga, 20 de Mayo 2019

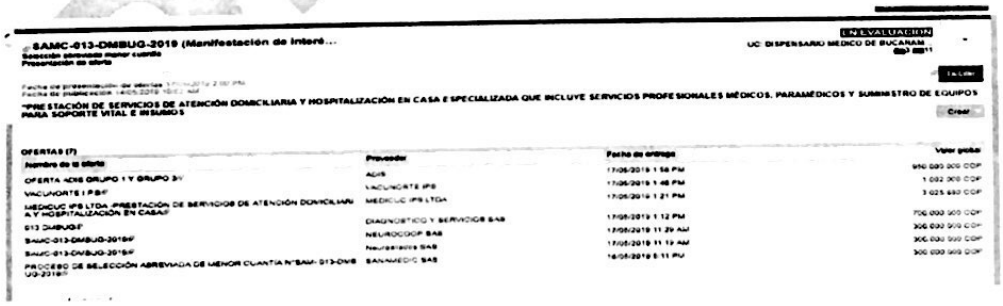
Señora Teniente Coronel
**JENNY PAOLA FIGUEROA PEDREROS**
Gerente de Proyecto

**Asunto**: Informe de Evaluación Económica Proceso de Selección Abreviada de Menor Cuantía N° SAM-13-DMBUG-2019

**Objeto:**
**GRUPO 1:** "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ATENCIÓN DOMICILIARIA, SERVICIOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS QUE REQUIEREN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FFMM INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL EJERCITO (PADE) SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO No. 002 DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) Y LA DIRECTIVA No. 0041 DEL 2016 PARA LA VIGENCIA 2019"

**GRUPO 3:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD DE HOSPITALIZACIÓN EN CASA ESPECIALIZADA QUE INCLUYE SERVICIOS PROFESIONALES MÉDICOS, PARAMÉDICOS Y SUMINISTRO DE EQUIPOS PARA SOPORTE VITAL E INSUMOS PARA PACIENTES QUE REQUIEREN VENTILACIÓN MECÁNICA Y CON DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CRÍTICAS A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ASIGNADOS AL DISPENSARIO MÉDICO DE BUCARAMANGA QUE ESTÉN, INCLUIDOS EN EL PROGRAMA SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO N° 002 DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) Y LA DIRECTIVA N° 0041 DEL 2016 EN LA VIGENCIA DE 2019.

De acuerdo al cronograma del Pliego de Condiciones Definitivo del Proceso de Selección Abreviada Menor Cuantía N° MC-013-DMBUG-2019, el **17 de Mayo 2019,**se realizó el cierre del proceso en la plataforma SECOP II, al cual se presentan las siguientes propuestas:




A continuación se realiza la respectiva verificación de las propuestas económicas presentadas por los Oferentes:




Por mi patria, mi lealtad es el honor
Av. Quebrada seca N° 33A- 207 Bucaramanga - Santander.
Conmutador 6915610
Mensajería electrónica dmbug@buzonejercito.mil.co



Scanned with CamScanner

Evaluación **GRUPO 1:** "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ATENCIÓN DOMICILIARIA, SERVICIOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS QUE REQUIEREN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FFMM INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL EJERCITO (PADE) SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO No. 002 DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) Y LA DIRECTIVA No. 0041 DEL 2016 PARA LA VIGENCIA 2019"

MEDICUC-ADIS y DIAGNOSTICOS y SERVICIOS, para determinar que no hayan sobrepasado el precio de referencia. Para tal efecto se tomará la información consignada en la Propuesta Económica:

| N° DE ITEM | CODIGO CUPS | ESPECIFICACIÓN TÉCNICA | UNIDAD DE MEDIDA | PRECIO DE REFERENCIA | MEDICUC | ADIS | DIAGNOSTICOS Y SERVICIODS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 890105 | CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 6 HORAS INCLUYE TODAS LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA LA AUXILIAR DE ENFERMERIA (TOMA DE SIGNOS VITALES,CURACIONES DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD,COLOCACION DE SONDA VESICAL,ENEMAS,ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VO/IM/IV/SC, CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE, TOMA DE GLUCOMETRIAS) | SERVICIO | 51.645,00 | 30.000,00 | 40.000,00 | 51.465,00 |
| 2 | 890105 | CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 8 HORAS INCLUYE TODAS LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA LA AUXILIAR DE ENFERMERIA (TOMA DE SIGNOS VITALES, CURACIONES DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, COLOCACION DE SONDA VESICAL, ENEMAS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VO/IM/IV/SC, CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE, TOMA DE GLUCOMETRIAS) | SERVICIO | 66.141,00 | 60.000,00 | 40.000,00 | 66.141,00 |
| 3 | 890105 | CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 12 HORAS NOCTURNA INCLUYE TODAS LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA LA AUXILIAR DE ENFERMERIA (TOMA DE SIGNOS VITALES, CURACIONES DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, COLOCACIÓN DE SONDA VESICAL, ENEMAS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VO/IM/IV/SC, CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE, TOMA DE GLUCOMETRIAS) | SERVICIO | 111.151,00 | 60.000,00 | 80.000,00 | 111.151,00 |
| 4 | 890105 | CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 12 HORAS DIURNO INCLUYE TODAS LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA LA AUXILIAR DE ENFERMERIA (TOMA DE SIGNOS VITALES, CURACIONES DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, COLOCACIÓN DE SONDA VESICAL, ENEMAS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VO/IM/IV/SC, CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE, TOMA DE GLUCOMETRIAS) | SERVICIO | 101.032,00 | 95.000,00 | 95.000,00 | 101.032,00 |
| 5 | 890105 | CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 24 HORAS INCLUYE TODAS LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA LA AUXILIAR DE ENFERMERIA (TOMA DE SIGNOS VITALES, CURACIONES DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, COLOCACION DE SONDA VESICAL, ENEMAS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VO/IM/IV/SC, CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE, TOMA DE GLUCOMETRIAS) | SERVICIO | 184.537,00 | 160.000,00 | 170.000,00 | 184.537,00 |
| 6 | NO CUPS | TOMA DE EXAMENES DE LABORATORIO INCLUYE LOS INSUMOS PARA LA TOMA DEL EXAMEN INCLUYE RECIPIENTES ( el familiar debe ser el responsable de llevar las muestras ) | SERVICIO | 16.796,00 | 8.400,00 | 8.400,00 | 16.796,00 |
| 7 | NO CUPS | INSUMOS PARA COLOCACIÓN DE ENEMA, INCLUYE PARA LA COLOCACIÓN DEL ENEMA, GUANTES LIMPIOS, LUBRICANTES, PROCEDIMIENTO REALIZADO POR AUXILIAR DE ENFERMERIA QUE ESTE ASIGNADA DURANTE SU TURNO DE 6-8-12-24 HORAS EL ENEMA (MEDICAMENTO) SERA SUMINISTRADO POR EL ESM | SERVICIO | 14.477,00 | 7.250,00 | 7.300,00 | 14.477,00 |
| 8 | NO CUPS | PROCEDIMIENTO - COLOCACIÓN DE ENEMA, INCLUYE PARA LA COLOCACIÓN DEL ENEMA, GUANTES LIMPIOS, LUBRICANTES, REALIZADO POR EVENTO, PARA EL PACIENTE QUE NO TENGA ASIGNADO EL AUXILIAR DE ENFERMERIA (ENFERMERA DE TIEMPO COMPLETO O POR TURNO DE 6-8-12 HR) EL ENEMA (MEDICAMENTO) SERA SUMINISTRADO POR EL ESM | SERVICIO | 16.125,00 | 9.000,00 | 8.100,00 | 16.125,00 |
| 9 | NO CUPS | INSUMOS PARA COLOCACIÓN O CAMBIO DE SONDA VESICAL (EL SERVICIO DEBERA INCLUIR LOS INSUMOS PARA LA COLOCACIÓN DE LA SONDA COMO: GUANTES LIMPIOS, JERINGA 10 CM, GASAS, ESPARADRAPO ANTIALERGICO, ALGODÓN, ALCOHOL, XILOCAINA) | SERVICIO | 15.292,00 | 7.700,00 | 7.700,00 | 15.292,00 |



Por mi patria, mi lealtad es el honor
Av Quebrada seca Nº 33A- 207 Bucaramanga - Santander.
Conmutador 6915610
Mensajería electrónica dmbug@buzonejercito.mil.co

Scanned with CamScanner

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | PROCEDIMIENTO REALIZADO POR AUXILIAR DE ENFERMERIA QUE ESTE ASIGNADA DURANTE SU TURNO DE 6-8-12-24 HORAS Y PARA EL PACIENTE QUE REQUIERE CATETERISMO LAS SONDAS SERAN SUMINSTRADAS POR EL ESM | | | | | |
| 10 | NO CUPS | PROCEDIMIENTO COLOCACIÓN DE SONDA VESICAL (EL SERVICIO DEBERA INCLUIR LOS INSUMOS COMO: SONDA (CUALQUIER TIPO DE SONDA) GUANTES LIMPIOS, JERINGA, GASAS, ALGODÓN, ALCOHOL, XILOCAINA, POR EVENTO O SOLO PARA TOMA DE LABORATORIO, PARA AQUEL PACIENTE QUE NO TENGA ASIGNADO EL AUXILIAR DE ENFERMERIA ( ENFERMERA DE TIEMPO COMPLETO O POR TURNO DE 6-8-12 HR) | SERVICIO | 21.175,00 | 10.600,00 | 10.600,00 | 21.175,00 |
| 11 | NO CUPS | PROCEDIMIENTO COLOCACIÓN O CAMBIO DE SONDA NASO GÁSTRICA (EL SERVICIO DEBERA INCLUIR LOS INSUMOS PARA LA COLOCACIÓN DE LA SONDA COMO: SONDA NASO GASTRICA,GUANTES LIMPIOS, JERINGA, GASAS, ESPARADRAPO ANTIALERGICO ALGODÓN, ALCOHOL, XILOCAINA) REALIZADA POR EVENTO POR ENFERMERA JEFE | SERVICIO | 25.678,00 | 18.000,00 | 12.900,00 | 25.678,00 |
| 12 | NO CUPS | PROCEDIMIENTO TOMA DE GLUCOMETRÍA, INCLUYE EL EQUIPO, LA LANCETA Y LA TIRA POR EVENTO PARA AQUEL PACIENTE QUE NO TENGA ASIGNADO EL AUXILIAR DE ENFERMERIA ( ENFERMERA DE TIEMPO COMPLETO O POR TURNO DE 6-8-12 HR) | SERVICIO | 13.792,00 | 7.000,00 | 7.000,00 | 13.792,00 |
| 13 | NO CUPS | INSUMOS PARA CURACIONES DE BAJA COMPLEJIDAD - ERITEMA CUTÁNEO, CUIDADO DE OSTOMIAS, CAMBIO DE DISPOSITIVO RESERVORIO (BOLSA Y GALLETA DE COLOSTOMIA) LOS PROCEDIMIENTOS DEBERAN INCLUIR LOS INSUMOS NECESARIOS PARA LA CURACIÓN QUE SE DEBAN UTILIZAR EXCEPTO EN EL CASO DE INSUMOS PARA COLOSTOMIA LOS CUALES DEBEN SER TRAMITADOS EN EL ESM. PROCEDIMIENTO REALIZADO POR AUXILIAR DE ENFERMERIA QUE ESTE ASIGNADA DURANTE SU TURNO DE 6-8-12 24 HORAS | SERVICIO | 9.449,00 | 5.500,00 | 4.800,00 | 9.449,00 |
| 14 | NO CUPS | PROCEDIMIENTO-CURACION DE BAJA COMPLEJIDAD - ERITEMA CUTÁNEO, CUIDADO DE OSTOMIAS, CAMBIO DE DISPOSITIVO RESERVORIO (BOLSA Y GALLETA DE COLOSTOMIA) LOS PROCEDIMIENTOS DEBERAN INCLUIR LOS INSUMOS NECESARIOS PARA LA CURACIÓN EXCEPTO LOS INSUMOS PARA COLOSTOMIA LOS CUALES DEBEN SER TRAMITADOS PO EL ESM. POR EVENTO. SOLO PARA AQUEL PACIENTE QUE NO TENGA ASIGNADO EL AUXILIAR DE ENFERMERIA ( ENFERMERA DE TIEMPO COMPLETO O POR TURNO DE 6-8-12 HR) | SERVICIO | 24.878,00 | 13.000,00 | 12.500,00 | 24.878,00 |
| 15 | NO CUPS | INSUMOS PARA CURACIONES DE MEDIANA COMPLEJIDAD. PÉRDIDA TOTAL DEL ESPESOR DE LA PIEL QUE AFECTA A LA EPIDERMIS, DERMIS O AMBAS. SE PRESENTA COMO UNA ABRASIÓN, O UN CRATER PROFUNDO, CON LOS TEJIDOS ADYACENTES EXCAVADOS O NO. INCLUYE INSUMOS NECESARIOS PARA LA CURACIÓN QUE SE DEBAN UTILIZAR. PROCEDIMIENTO REALIZADO POR AUXILIAR DE ENFERMERIA QUE ESTE ASIGNADA DURANTE SU TURNO DE 6-8-12-24 HORAS | SERVICIO | 18.390,00 | 12.500,00 | 9.200,00 | 18.390,00 |
| 16 | NO CUPS | PROCEDIMIENTO- CURACION DE MEDIANA COMPLEJIDAD; PERDIDA TOTAL DEL ESPESOR DE LA PIEL QUE AFECTA A LA EPIDERMIS, DERMIS O AMBAS. SE PRESENTA COMO UNA ABRASIÓN, O UN CRATER PROFUNDO, CON LOS TEJIDOS ADYACENTES EXCAVADOS O NO. INCLUYE INSUMOS NECESARIOS PARA LA CURACIÓN QUE SE DEBAN UTILIZAR. POR EVENTO SOLO PARA AQUEL PACIENTE QUE NO TENGA ASIGNADO EL AUXILIAR DE ENFERMERIA ( ENFERMERA DE TIEMPO COMPLETO O POR TURNO DE 6-8-12 HR) | SERVICIO | 27.025,00 | 15.000,00 | 13.600,00 | 27.025,00 |
| 17 | NO CUPS | PROCEDIMIENTO-CURACION DE ALTA COMPLEJIDAD (REALIZADA POR ENFERMERA PROFESIONAL) CON PERDIDA TOTAL DEL ESPESOR DE LA PIEL CON DESTRUCCIÓN EXTENSA, NECROSIS TISULAR O LESIÓN MUSCULAR ÓSEA O DE LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE (COMO EL TENDÓN O LA CAPSULA DE LA ARTICULACIÓN, TAMBIÉN PUEDEN HABER SIGNOS Y SÍNTOMAS DE EXCAVACIÓN Y TRACTOS SINUSALES. EL SERVICIO DEBERÁ INCLUIR INSUMOS PARA LA CURACIÓN EXCEPTO PARCHES | SERVICIO | 44.818,00 | 28.000,00 | 40.000,00 | 44.818,00 |
| 18 | 890112 | TERAPIA RESPIRATORIA DOMICILIARIAINTEGRAL INCLUYE EQUIPO NEBULIZADOR, MEDICAMENTOS PARA LA TERAPIA Y ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD PARA LOS PROFESIONALES QUE PRESTAN EL SERVICIO | SERVICIO | 32.607,00 | 25.000,00 | 30.000,00 | 32.607,00 |



Por mi patria, mi lealtad es el honor
Av. Quebrada seca Nº 33A- 207 Bucaramanga - Santander.
Conmutador 6915610
Mensajería electrónica dmbug@buzonejercito.mil.co

Scanned with CamScanner

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 19 | 890112 | TERAPIA RESPIRATORIA DOMICILIARIA INTEGRAL CON SUCCION INCLUYE EQUIPO NEBULIZADOR, SUCCIONADOR, SONDAS, GASAS, GUANTES, MEDICAMENTOS Y TODOS AQUELLOS QUE SEAN PERTINENTES PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMEITNO ADEMAS DE DE LOS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD PARA LOS PROFESIONALES QUE PRESTAN EL SERVICIO | SERVICIO | 36.369,00 | 35.000,00 | 30.000,00 | 36.369,00 |
| 20 | 890311 | TERAPIA FISICA DOMICILIARIA, DURACION DE 45 MINUTOS, INCLUYE LOS INSUMOS PARA PROTEGER A LOS PRESTADORES COMO GUANTES, TAPABOCAS, GAFAS Y GASAS | SERVICIO | 34.081,00 | 25.000,00 | 30.000,00 | 34.081,00 |
| 21 | 890113 | TERAPIA OCUPACIONAL, DURACION DE 45 MINUTOS INCLUYE LOS INSUMOS PARA PROTEGER A LOS PRESTADORES COMO GUANTES, TAPABOCAS, GAFAS Y GASAS | SERVICIO | 34.081,00 | 25.000,00 | 30.000,00 | 34.081,00 |
| 22 | 890110 | TERAPIA DEL LENGUAJE Y DEGLUCIÓN DOMICILIARIA, DURACION DE 45 MINUTOS INCLUYE LOS INSUMOS PARA PROTEGER A LOS PRESTADORES COMO GUANTES, TAPABOCAS, GAFAS Y GASAS | SERVICIO | 34.081,00 | 30.000,00 | 30.000,00 | 34.081,00 |
| 23 | 890205 | VISITA POR ENFERMERA PROFESIONAL A DOMICILIO( UNA VEZ AL MES) PARA AQUELLOS PACIENTES QUE TIENEN ENFERMERA ASIGNADA POR TURNO. | SERVICIO | 37.120,00 | 18.600,00 | 19.000,00 | 37.120,00 |
| 24 | 890201 | CONSULTA MÉDICA DOMICILIARIA | SERVICIO | 45.976,00 | 28.000,00 | 23.000,00 | 45.976,00 |
| 25 | 890108 | CONSULTA POR PSICOLOGIA | SERVICIO | 35.870,00 | 18.000,00 | 18.000,00 | 35.870,00 |
| 26 | 890106 | CONSULTA POR NUTRICION | SERVICIO | 37.920,00 | 19.000,00 | 19.000,00 | 37.920,00 |
| 27 | 890109 | CONSULTA POR TRABAJO SOCIAL | SERVICIO | 37.791,00 | 18.600,00 | 19.000,00 | 37.791,00 |
| 28 | 890115 | ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR EQUIPO INTERDISCPLINARIO | SERVICIO | 56.965,00 | 28.500,00 | 28.500,00 | 56.965,00 |
| 29 | NO CUPS | ALQUILER DE EQUIPO DE SUCCION X MES | UNIDAD | 83.386,00 | 60.000,00 | 50.000,00 | 83.386,00 |
| 30 | NO CUPS | ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS O DE ALTO COSTO: EN HORARIO UNA SERIE DE APLICACIÓN, SEGÚN PRESCRIPCION MEDICA (CON INSUMOS) POR DIA. PARA EL PACIENTE QUE NO TENGA ASIGNADO EL AUXILIAR DE ENFERMERIA (ENFERMERA DE TIEMPO COMPLETO O POR TURNO DE 8-8-12 HR) EL MEDICAMENTO SERA SUMINISTRADO POR EL ESM. | UNIDAD | 24.812,00 | 12.500,00 | 12.500,00 | 24.812,00 |
| 31 | NO CUPS | ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS O DE ALTO COSTO: EN HORARIO DOS SERIES DE APLICACIÓN, SEGÚN PRESCRIPCION MEDICA (CON INSUMOS) POR DIA. PARA EL PACIENTE QUE NO TENGA ASIGNADO EL AUXILIAR DE ENFERMERIA (ENFERMERA DE TIEMPO COMPLETO O POR TURNO DE 8-8-12 HR) EL MEDICAMENTO SERA SUMINISTRADO POR EL ESM. | UNIDAD | 38.373,00 | 22.000,00 | 19.200,00 | 38.373,00 |
| 32 | NO CUPS | ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS O DE ALTO COSTO: EN HORARIO TRES SERIES DE APLICACIÓN, SEGÚN PRESCRIPCION MÉDICA (CON INSUMOS) POR DIA. PARA EL PACIENTE QUE NO TENGA ASIGNADO EL AUXILIAR DE ENFERMERIA (ENFERMERA DE TIEMPO COMPLETO O POR TURNO DE 8-8-12 HR) EL MEDICAMENTO SERA SUMINISTRADO POR EL ESM. | UNIDAD | 54.306,00 | 33.000,00 | 27.200,00 | 54.306,00 |
| 33 | NO CUPS | ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS O DE ALTO COSTO: EN HORARIO CUATRO SERIES DE APLICACIÓN, SEGÚN PRESCRIPCION MÉDICA (CON INSUMOS) POR DIA. PARA EL PACIENTE QUE NO TENGA ASIGNADO EL AUXILIAR DE ENFERMERIA (ENFERMERA DE TIEMPO COMPLETO O POR TURNO DE 8-8-12 HR) EL MEDICAMENTO SERA SUMINISTRADO POR EL ESM. | UNIDAD | 63.819,00 | 33.000,00 | 32.000,00 | 63.819,00 |
| 34 | NO CUPS | CERTIFICADO DE DEFUNCION EN CASO REQUERIDO DE ACUERDO CON LOS PROCEDIMIENTOS LEGALES | UNIDAD | 35.073,00 | 17.600,00 | 17.600,00 | 35.073,00 |
| 35 | 890202 | CONSULTA MEDICO INTERNSITA Y/O PEDIATRIA DOMICILIARIA POR ORDEN MEDICA DEL COORDINADOR DEL PROGRAMA | UNIDAD | 133.442,00 | 66.800,00 | 70.000,00 | 133.442,00 |
| 36 | NO CUPS | SERVICIOS DE TRASLADO [TRANSPORTE] DE PACIENTES (AMBULANCIA) UTILIZACIÓN DE LA UNIDAD MÓVIL (VEHÍCULO), RECURSOS HUMANOS Y TÉCNICOS CALIFICADOS, DOTACIÓN BÁSICA Y REQUISITOS MÍNIMOS, PARA | UNIDAD | 47.659,00 | 23.830,00 | 24.000,00 | 47.659,00 |



Scanned with CamScanner

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | EL TRANSPORTE EXCLUSIVO DE PACIENTES, SEGÚN LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE DE REQUISITOS ESENCIALES Y LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC 3729 DEL 30 DE MAYO DE 2001 | | | | | |
| 37 | NO CUPS | SERVICIO DE TRASLADO BÁSICO DE PACIENTES [TAB] LOS REQUERIMIENTOS MÍNIMOS DE RECURSO HUMANO Y DOTACIÓN ESPECÍFICA DE ACUERDO A REGLAMENTACIÓN VIGENTE UNIDAD MÓVIL DESTINADA AL TRASLADO DE PACIENTES CUYO ESTADO REAL O POTENCIAL NO PRECISEN CIUDADO ASISTENCIAL ESPECIALIZADO DURANTE EL TRANSPORTE | UNIDAD | 71.052,00 | 40.000,00 | 35.600,00 | 71.052,00 |
| 38 | NO CUPS | SERVICIO DE TRASLADO MEDICALIZADO DE PACIENTES [TAM] LOS REQUERIMIENTOS MÍNIMOS DE RECURSO HUMANO Y DOTACIÓN ESPECÍFICA DE ACUERDO A REGLAMENTACIÓN VIGENTE UNIDAD MÓVIL DESTINADA AL TRASLADO DE PACIENTES CUYO ESTADO POTENCIAL ES DE ALTO RIESGO Y REQUIEREN EQUIPAMIENTO, MATERIAL Y PERSONAL ESPECIALIZADO DURANTE EL TRANSPORTE | UNIDAD | 140.795,00 | 100.000,00 | 75.000,00 | 140.795,00 |
| 39 | NO CUPS | PROCEDIMIENTO: CAMBIO DE SONDA DE GASTROSTOMIA (EL SERVICIO INCLUYE INSUMOS: SONDA DE GASTROSTOMIA, GUANTES, JERINGAS, GASAS,ALGODÓN,ALCOHOL, XILOCAINA. SE REALIZARA POR EVENTO POR ENFERMERA JEFE | UNIDAD | 230.000,00 | 116.000,00 | 130.000,00 | 230.000,00 |
| 40 | NO CUPS | ALQUILER CAMA HOSPITALARIA | UNIDAD | 283.333,00 | 90.000,00 | 145.000,00 | 283.333,00 |
| | | | | | 1.432.380,00 | 1.481.700,00 | 2.391.132,00 |

Evaluadas las ofertas se evidencia:

1. MEDICUC-ADIS y DIAGNOSTICOS Y SERVICIOS, no sobrepasan los precios de referencia.
2. El orden de elegibilidad en el término de precios es:

- MEDICUC valor de la propuesta $ 1.432.380,oo
- ADIS valor de la propuesta $ 1.481.700,oo
- DIAGNOSTICOS Y SERVICIOS $ 2.391.132,oo

Evaluación **GRUPO 3:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD DE HOSPITALIZACIÓN EN CASA ESPECIALIZADA QUE INCLUYE SERVICIOS PROFESIONALES MÉDICOS, PARAMÉDICOS Y SUMINISTRO DE EQUIPOS PARA SOPORTE VITAL E INSUMOS PARA PACIENTES QUE REQUIEREN VENTILACIÓN MECÁNICA Y CON DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CRÍTICAS A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ASIGNADOS AL DISPENSARIO MÉDICO DE BUCARAMANGA QUE ESTÉN, INCLUIDOS EN EL PROGRAMA SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO Nº 002 DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) Y LA DIRECTIVA Nº 0041 DEL 2016 EN LA VIGENCIA DE 2019.

ADIS-, para determinar que no hayan sobrepasado el precio de referencia. Para tal efecto se tomará la información consignada en la Propuesta Económica:

| ITEM | DESCRIPCIÓN DE REQUERIMIENTO DE ATENCIÓN | UNIDAD MEDIDA | CANT. | PRECIO DE REFERENCIA | OFERTA ADIS | OFERTA MEDICUC |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | **PERSONAL MEDICO:** VISITA MÉDICA DOMICILIARIA (MÉDICO GENERAL) 4 VECES EN EL MES Y SE AUMENTA SEGÚN | SERVICIO | 1 | 710.000,00 | 710.000,oo | 600.000,oo |



Por mi patria, mi lealtad es el honor
Av. Quebrada seca Nº 33A- 207 Bucaramanga - Santander.
Conmutador 6915610
Mensajería electrónica dmbug@buzonejercito.mil.co

Scanned with CamScanner

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | NECESIDAD DEL PACIENTE | | | | | |
| | VISITA MÉDICO ESPECIALISTA 1 VEZ/MES Y SE AUMENTA SEGÚN NECESIDAD DEL PACIENTE | | | | | |
| | VALORACIÓN Y MANEJO INTERDISCIPLINARIO | | | | | |
| | **ENFERMERIA:** | | | | | |
| | VISITA ENFERMERA JEFE SEMANAL ES DECIR 4 VISITAS POR MES Y SE AUMENTA SEGÚN NECESIDAD DEL PACIENTE. ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA AUXILIAR DE FORMA PERMANENTE 24 HORAS. | | | | | |
| | CURACIONES, MANEJO DE HERIDAS Y ESCARAS, MANEJO DE DIFERENTES TIPOS DE CATÉTERES, SONDAS Y OSTOMIAS. | | | | | |
| | REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES, COMO CURACIONES, TRANSFUSIONES, TOMA DE MUESTRAS, MANEJOS DE SONDAS GASTROSTOMÍA. | | | | | |
| | **TERAPIAS DE REHABILITACION** | | | | | |
| | TERAPIAS DE APOYO (BUSCANDO LA RECUPERACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE A TRAVÉS DE TERAPIAS, RESPIRATORIA (DISPONIBILIDAD 24 HORAS), FÍSICA, DEL LENGUAJE, MIOFUNCIONAL Y OCUPACIONAL, EN CASO DE SER REQUERIDA. INCLUYENDO INSUMOS PERTINENTES PARA CADA UNA. | | | | | |
| | **NUTRICION, PSICOLOGIA Y TRABAJO SOCIAL** | | | | | |
| | APOYO NUTRICIONAL, PSICOLÓGICO, TRABAJO SOCIAL SI ASÍ LO REQUIERE EL PACIENTE. TALES COMO VISITA NUTRICIÓN 1 VEZ CADA DOS MESES, VISITA PSICOLOGÍA 1 VEZ CADA DOS MES Y TRABAJO SOCIAL 1 VEZ CADA TRES MESES | | | | | |
| | **MEDICAMENTOS** | | | | | |
| | ADMINISTRACIÓN OPORTUNA Y EFICIENTE DE TODOS LOS MEDICAMENTOS INCLUIDA LA NUTRICIÓN SEGÚN ORDEN MEDICA BIEN SEA POR VÍA ENTERAL, PARENTERAL U OTRAS A LOS PACIENTES CON UN ESTRICTO CONTROL, SEGÚN SEA EL CASO INCLUSIVE CON BOMBA DE INFUSIÓN ADEMÁS DEBE SER CON EQUIPOS PROPIOS Y LOS | | | | | |



Por mi patria, mi lealtad es el honor
Av Quebrada seca N° 33A- 207 Bucaramanga - Santander.
Conmutador 6915610
Mensajería electrónica dmbug@buzonejercito.mil.co

Scanned with CamScanner

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | PRECIOS INCLUIDOS DENTRO DEL MISMO SERVICIO. LA ADQUISICIÓN DE LOS MEDICAMENTOS SERÁ A TRAVÉS DEL DISPENSARIO MÉDICO DE BUCARAMANGA. | | | | | |
| | **MATERIAL MEDICO QUIRURGICO** | | | | | |
| | SUMINISTRO DE MATERIAL MÉDICO –QUIRÚRGICO (DE ACUERDO AL PLAN DE MANEJO) INSUMOS, MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO, IMPLEMENTOS DE APOYO TERAPÉUTICO Y MEDICAMENTOS PARA MANEJO TERAPÉUTICO EN SU DENOMINACIÓN GENÉRICA DE CONFORMIDAD CON LA RESOLUCIÓN 4377 DE 2010 EMANADA POR EL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. | | | | | |
| | **EQUIPOS MEDICOS** | | | | | |
| | SUMINISTRO DE EQUIPOS MÉDICOS VENTILADOR MECÁNICO PORTÁTIL CON BATERÍA INTERNA, ASPIRADOR DE SECRECIONES ELÉCTRICO Y PORTÁTIL, NEBULIZADOR, RESUCITADOR MANUAL ( ADULTO O PEDIÁTRICO SEGÚN EL CASO), OXIMETRO DE PULSO CON ALARMA, BOMBA DE INFUSIÓN CONTINÚA PARA ALIMENTACIÓN, BOMBA DE INFUSIÓN CONTINUA PARA MEDICAMENTOS, FONENDOSCOPIO, TENSIÓMETRO ADULTO Y PEDIÁTRICO. | | | | | |
| | **MOBILIARIO** | | | | | |
| | CAMA ELÉCTRICA CON CAMBIOS DE ALTURA Y CABECERO Y COLCHÓN, DE TRES PLANOS (CUNA PEDIÁTRICA CON COLCHÓN, ATRIL, ORGANIZADOR PARA EQUIPOS MÉDICOS, MUEBLE PARA ALMACENAR MEDICAMENTOS. MORTERO, GRAMERA, CANECA CENTRAL DE RESIDUOS BIOLÓGICOS, CANECA ROJA PARA RESIDUOS BIOLÓGICOS, CANECA VERDE, | | | | | |
| | **KIT DE EMERGENCIA** | | | | | |
| | **MANEJO DE RESIDUOS BIOLOGICOS** | | | | | |
| | RUTA DE DESECHOS BIOSANITARIOS SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA NORMA. | | | | | |
| | **LABORATORIOS** | | | | | |
| | LA ORDEN PARA EXÁMENES DE LABORATORIO ES FUNCIÓN DEL | | | | | |



Por mi patria, mi lealtad es el honor
Av. Quebrada seca Nº 33A- 207 Bucaramanga - Santander.
Conmutador 6915610
Mensajería electrónica dmbug@buzonejercito.mil.co

Scanned with CamScanner

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | MÉDICO DOMICILIARIO; LA MUESTRA LA DEBE TOMAR UN LABORATORIO QUE GARANTICE LA CALIDAD Y VERACIDAD EN LOS RESULTADOS Y UBICAR LOS REPORTES EN LA RESIDENCIA DEL PACIENTE. ESTOS SON RESPONSABILIDAD DE LA EMPRESA; PRESTADORA DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN CASA, CUALQUIERA QUE SEA SU NÚMERO. DEBE ESTAR JUSTIFICADO EN LA HISTORIA CLÍNICA POR EL MÉDICO TRATANTE, PREVIA AUTORIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR | | | | | |
| | **OTROS PROCEDIMIENTOS** | | | | | |
| | LA ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO ASUME POR SU CUENTA OTROS PROCEDIMIENTOS TALES COMO: ELECTROCARDIOGRAMAS, GLUCÓMETROS Y OXIMETRÍAS A LAS PACIENTES QUE PRESENTAN PATOLOGÍA PULMONAR; CAMBIOS DE SONDAS Y MANEJO DE ESCARAS, PREVIA AUTORIZACIÓN DEL SUPERVISOR DEL ESM. | | | | | |
| | **REQUERIMIENTO DE AMBULANCIA** | | | | | |
| | LA EMPRESA PRESTADORA SERÁ LA ENCARGADA DE PRESTAR EL SERVICIO DE AMBULANCIA EN EL CASO DE UN TRASLADO DE PACIENTE POR UNA URGENCIA VITAL. | | | | | |
| | **HISTORIA CLINICA** | | | | | |
| | MANEJO DE HISTORIA CLÍNICA DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS DE LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 DE CADA UNO DE LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN EN CASA. | | | | | |

Verificación del numeral 2.2.2. DOCUMENTOS Y CRITERIOS DE VERIFICACIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA así:

Grupos 1 y 3

| DOCUMENTOS Y CRITERIOS DE VERIFICACIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA | MEDICUC | ADIS | DIAGNOSTICOS Y SERVICIOS |
|---|---|---|---|
| FORMULARIO N° 7. BENEFICIARIO CUENTA SIIF. | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |
| CERTIFICACIÓN BANCARIA. | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |



Por mi patria, mi lealtad es el honor
Av. Quebrada seca N° 33A- 207 Bucaramanga - Santander.
Conmutador 6915610
Mensajería electrónica dmbug@buzonejercito.mil.co

Scanned with CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |
| PROPUESTA ECONÓMICA | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |

Verificación del numeral 6.2.3.1. INDICADORES DE CAPACIDAD FINANCIERA

| INDICADORES FINANCIEROS | REFERENCIA | MEDICUC | ADIS | DIAGNOSTICOS Y SERVICIOS |
|---|---|---|---|---|
| INDICE DE LIQUIDEZ | SER MAYOR O IGUAL A 1.86 | 2.34 | 2.09 | 2.31 |
| INDICE DE ENDEUDAMIENTO | NO PODRÁ SER SUPERIOR AL 75% | 42.43% | 60.5% | 31% |
| RAZON DE COBERTURA DE INTERES | SER MAYOR O IGUAL A 1.5 | 114.06 | indeterminado | 13.61 |
| INDICADORES DE CAPACIDAD ORGANIZACIONAL | | | | |
| RENTABILIDAD SOBRE PATRIMONIO | SER MAYOR O IGUAL A 12% | 51.35 | 113 | 15% |
| RENTABILIDAD SOBRE ACTIVOS | SER MAYOR O IGUAL A 7% | 29.56 | 44 | 10% |

En conclusión, se **HABILITAN** a los oferentes en su orden:

**Grupo 1**

1. **MEDICUC**
2. **ADIS**
3. **DIAGNOSTICOS Y SERVICIOS**

**Grupo 3**

1. **MEDICUD**
2. **ADIS**

Para continuar con el proceso de Selección de Menor Cuantía N°. 013-DMBUG-2019.

PD. **ISABEL MARTINEZ HERNANDEZ**
Comité Económico Evaluador



Por mi patria, mi lealtad es el honor
Av. Quebrada seca Nº 33A- 207 Bucaramanga - Santander.
Conmutador 6915610
Mensajería electrónica dmbug@buzonejercito.mil.co

Scanned with CamScanner

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
**COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES**
**EJÉRCITO NACIONAL**
**DISPENSARIO MEDICO BUCARAMNGA**

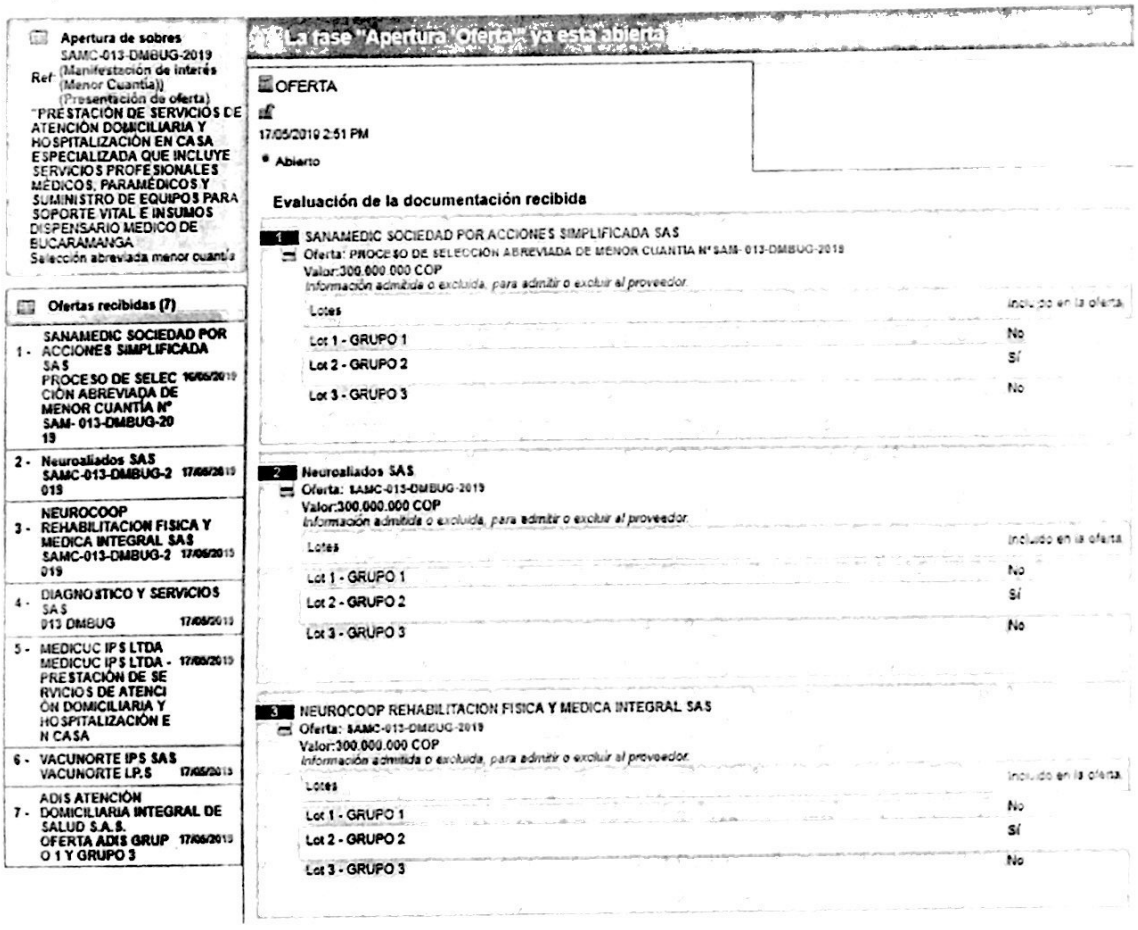
Bucaramanga, 20 de mayo 2019

Señora Teniente Coronel
**JENNY PAOLA FIGUEROA PEDREROS**
Gerente de Proyecto

**Asunto**: Evaluación Económica Grupo Nº 2 del Proceso de Selección Abreviada de Menor Cuantía N° 013-DMBUG-2019

**Objeto:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ATENCIÓN DOMICILIARIA, SERVICIOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS QUE REQUIEREN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FFMM INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA DEL EJERCITO (PADE) SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO No. 002 DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) Y LA DIRECTIVA No. 0041 DEL 2016 PARA EL PERSONAL DE AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR EN CÚCUTA NORTE DE SANTANDER VIGENCIA 2019

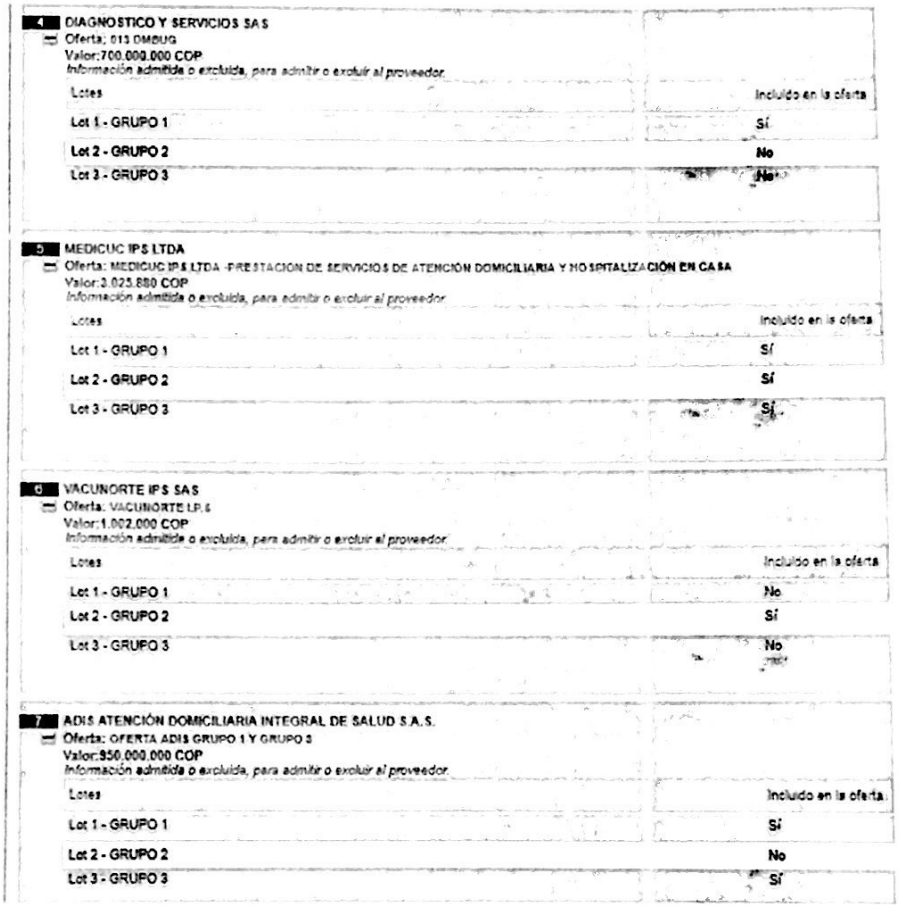
De acuerdo al cronograma del Pliego de Condiciones Definitivo del Proceso de Selección Abreviada Menor Cuantía N° SAMC-013-DMBUG-2019, el diecisiete (17) de mayo de 2019 se realizó el cierre del proceso en la plataforma SECOP II, al cual se presentaron las siguientes propuestas:






Por mi patria, mi lealtad es el honor
Av. Quebrada seca Nº 33A- 207 Bucaramanga - Santander.
Conmutador 6915610
Mensajería electrónica dmbug@buzonejercito.mil.co

Scanned with CamScanner



4 DIAGNOSTICO Y SERVICIOS SAS
Oferta: 013 DMBUG
Valor:700.000.000 COP
*Información admitida o excluida, para admitir o excluir al proveedor*

| Lotes | Incluido en la oferta |
|---|---|
| Lot 1 - GRUPO 1 | Sí |
| Lot 2 - GRUPO 2 | No |
| Lot 3 - GRUPO 3 | No |

5 MEDICUC IPS LTDA
Oferta: MEDICUC IPS LTDA -PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALIZACIÓN EN CASA
Valor:3.025.880 COP
*Información admitida o excluida, para admitir o excluir al proveedor*

| Lotes | Incluido en la oferta |
|---|---|
| Lot 1 - GRUPO 1 | Sí |
| Lot 2 - GRUPO 2 | Sí |
| Lot 3 - GRUPO 3 | Sí |

6 VACUNORTE IPS SAS
Oferta: VACUNORTE I.P.S
Valor:1.002.000 COP
*Información admitida o excluida, para admitir o excluir al proveedor*

| Lotes | Incluido en la oferta |
|---|---|
| Lot 1 - GRUPO 1 | No |
| Lot 2 - GRUPO 2 | Sí |
| Lot 3 - GRUPO 3 | No |

7 ADIS ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL DE SALUD S.A.S.
Oferta: OFERTA ADIS GRUPO 1 Y GRUPO 3
Valor:950.000.000 COP
*Información admitida o excluida, para admitir o excluir al proveedor*

| Lotes | Incluido en la oferta |
|---|---|
| Lot 1 - GRUPO 1 | Sí |
| Lot 2 - GRUPO 2 | No |
| Lot 3 - GRUPO 3 | Sí |

Se realiza la respectiva verificación de las propuestas económicas presentadas por los Oferentes, para determinar que no hayan sobrepasado los precios de referencia. Para tal efecto se tomará la información consignada en la Valoración de la Propuesta Económica cargada en la Plataforma SECOP II, que cuenta para los precios unitarios y totales, presentado como el Anexo Nº 1 del presente informe de evaluación.

Se procede a realizar la respectiva verificación de la documentación de orden financiero - económico de acuerdo a con los requisitos habilitantes que miden la aptitud de los proponentes para participar en el Proceso de Contratación:

| SANAMEDIC SAS | |
|---|---|
| **DOCUMENTOS Y CRITERIOS DE VERIFICACIÓN ECONOMICA Y FINANCIERA** | |
| Certificación Bancaria | **CUMPLE** |
| Información para el SIIF - Formulario BENEFICIARIO CUENTA SIIF | **CUMPLE** |
| Certificado de sostenibilidad de precios | **CUMPLE** |
| Oferta Económica | **NO CUMPLE** |
| **DOCUMENTOS DE CONTENIDO FINANCIERO** | |
| **Formulario ACREDITACIÓN CAPACIDAD ECONÓMICA Y CAPACIDAD ORGANIZACIONAL.** | **NO CUMPLE** |



Scanned with CamScanner

| A. PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS NACIONALES O EXTRANJERAS DOMICILIADAS O CON SUCURSAL EN COLOMBIA | |
|---|---|
| Balance General con corte a 31 de Diciembre de 2018 | CUMPLE |
| Estado de Resultados con corte a 31 de Diciembre de 2018 | CUMPLE |
| Notas explicativas | CUMPLE |
| Certificación a los Estados Financieros | NO CUMPLE |
| Dictamen a los estados financieros | NO CUMPLE |
| Contadora: MARIA ALEJANDRA GUERRERO VERGEL | |
| Tarjeta profesional Nº 155205-T | CUMPLE |
| Certificación de antecedentes disciplinarios expedida por la Junta Central de Contadores | CUMPLE |
| Revisor Fiscal y/o Contador Independiente: ---- | |
| Tarjeta profesional Nº ------- | NO CUMPLE |
| Certificación de antecedentes disciplinarios expedida por la Junta Central de Contadores | NO CUMPLE |
| ANÁLISIS ESTADOS FINANCIEROS | |
| INDICADORES DE CAPACIDAD FINANCIERA | |
| a) Índice de Endeudamiento: menor o igual al 75%. | 54,68% CUMPLE |
| b) Razón de Cobertura de Intereses: mayor o igual a 1,5 | 31,176 CUMPLE |
| c) Índice de Liquidez: superior o igual a 1,86 | 2,437 CUMPLE |
| CAPACIDAD ORGANIZACIONAL | |
| A. Rentabilidad sobre patrimonio: mayor o igual a 12% | 93,16% CUMPLE |
| B. Rentabilidad sobre activos: mayor o igual a 7% | 42,23% CUMPLE |

| NEUROALIADOS SAS | |
|---|---|
| DOCUMENTOS Y CRITERIOS DE VERIFICACIÓN ECONOMICA Y FINANCIERA | |
| Certificación Bancaria | CUMPLE |
| Información para el SIIF - Formulario BENEFICIARIO CUENTA SIIF | CUMPLE |
| Certificado de sostenibilidad de precios | CUMPLE |
| Oferta Económica | CUMPLE |
| DOCUMENTOS DE CONTENIDO FINANCIERO OBJETO DE VERIFICACION | |
| Formulario ACREDITACIÓN CAPACIDAD ECONÓMICA Y CAPACIDAD ORGANIZACIONAL. | NO CUMPLE |
| A. PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS NACIONALES O EXTRANJERAS DOMICILIADAS O CON SUCURSAL EN COLOMBIA | |
| Balance General con corte a 31 de Diciembre de 2018 | CUMPLE |
| Estado de Resultados con corte a 31 de Diciembre de 2018 | CUMPLE |
| Notas explicativas | CUMPLE |
| Certificación a los Estados Financieros | CUMPLE |
| Dictamen a los estados financieros | NO CUMPLE |
| Contadora: HEILEM JUDITH CABALLERO GARCIA | |
| Tarjeta profesional Nº 218560-T | CUMPLE |
| Certificación de antecedentes disciplinarios expedida por la Junta Central de Contadores | CUMPLE |
| Revisor Fiscal: ALBA LUZ VILLAMIZAR CARRASCAL | |
| Tarjeta profesional Nº 33491-T | CUMPLE |



Por mi patria, mi lealtad es el honor
Av. Quebrada seca Nº 33A- 207 Bucaramanga - Santander.
Conmutador 6915610
Mensajería electrónica dmbug@buzonejercito.mil.co

Scanned with CamScanner

| | |
|---|---|
| Certificación de antecedentes disciplinarios expedida por la Junta Central de Contadores | **CUMPLE** |
| **ANÁLISIS ESTADOS FINANCIEROS** | |
| **INDICADORES DE CAPACIDAD FINANCIERA** | |
| a) Índice de Endeudamiento: menor o igual al 75%. | 59,76% **CUMPLE** |
| b) Razón de Cobertura de Intereses: mayor o igual a 1,5 | 126,93 **CUMPLE** |
| c) Índice de Liquidez: superior o igual a 1,86 | 1,90 **CUMPLE** |
| **CAPACIDAD ORGANIZACIONAL** | |
| A. Rentabilidad sobre patrimonio: mayor o igual a 12% | 86,89% **CUMPLE** |
| B. Rentabilidad sobre activos: mayor o igual a 7% | 34,97% **CUMPLE** |

| | |
|---|---|
| **NEUROCOOP SAS** | |
| **DOCUMENTOS Y CRITERIOS DE VERIFICACIÓN ECONOMICA Y FINANCIERA** | |
| Certificación Bancaria | **CUMPLE** |
| Información para el SIIF - Formulario BENEFICIARIO CUENTA SIIF | **CUMPLE** |
| Certificado de sostenibilidad de precios | **CUMPLE** |
| Oferta Económica | **CUMPLE** |
| **DOCUMENTOS DE CONTENIDO FINANCIERO OBJETO DE VERIFICACION** | |
| **Formulario ACREDITACIÓN CAPACIDAD ECONÓMICA Y CAPACIDAD ORGANIZACIONAL.** | **CUMPLE** |
| **A. PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS NACIONALES O EXTRANJERAS DOMICILIADAS O CON SUCURSAL EN COLOMBIA** | |
| Balance General con corte a 31 de Diciembre de 2018 | **CUMPLE** |
| Estado de Resultados con corte a 31 de Diciembre de 2018 | **CUMPLE** |
| Notas explicativas | **CUMPLE** |
| Certificación a los Estados Financieros | **CUMPLE** |
| Dictamen a los estados financieros | **CUMPLE** |
| Contadora: HEILEM JUDITH CABALLERO GARCIA | |
| Tarjeta profesional Nº 218560-T | **CUMPLE** |
| Certificación de antecedentes disciplinarios expedida por la Junta Central de Contadores | **CUMPLE** |
| Revisor Fiscal: NUBIA FERRER BAUTISTA | |
| Tarjeta profesional Nº 8313-T | **CUMPLE** |
| Certificación de antecedentes disciplinarios expedida por la Junta Central de Contadores | **CUMPLE** |
| **ANÁLISIS ESTADOS FINANCIEROS** | |
| **INDICADORES DE CAPACIDAD FINANCIERA** | |
| a) Índice de Endeudamiento: menor o igual al 75%. | 55,24% **CUMPLE** |
| b) Razón de Cobertura de Intereses: mayor o igual a 1,5 | INDEFINIDO **CUMPLE** |
| c) Índice de Liquidez: superior o igual a 1,86 | 2,21 **CUMPLE** |
| **CAPACIDAD ORGANIZACIONAL** | |
| A. Rentabilidad sobre patrimonio: mayor o igual a 12% | 29,83% **CUMPLE** |
| B. Rentabilidad sobre activos: mayor o igual a 7% | 13,35% **CUMPLE** |



Por mi patria, mi lealtad es el honor
Av. Quebrada seca Nº 33A- 207 Bucaramanga - Santander.
Conmutador 6915610
Mensajería electrónica dmbug@buzonejercito.mil.co

Scanned with CamScanner

| MEDICUC IPS LTDA | |
|---|---|
| **DOCUMENTOS Y CRITERIOS DE VERIFICACIÓN ECONOMICA Y FINANCIERA** | |
| Certificación Bancaria | **CUMPLE** |
| Información para el SIIF - Formulario BENEFICIARIO CUENTA SIIF | **CUMPLE** |
| Certificado de sostenibilidad de precios | **CUMPLE** |
| Oferta Económica | **REQUERIDO** |
| **DOCUMENTOS DE CONTENIDO FINANCIERO OBJETO DE VERIFICACION** | |
| **Formulario ACREDITACIÓN CAPACIDAD ECONÓMICA Y CAPACIDAD ORGANIZACIONAL.** | **CUMPLE** |
| **A. PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS NACIONALES O EXTRANJERAS DOMICILIADAS O CON SUCURSAL EN COLOMBIA** | |
| Balance General con corte a 31 de Diciembre de 2018 | **CUMPLE** |
| Estado de Resultados con corte a 31 de Diciembre de 2018 | **CUMPLE** |
| Notas explicativas | **CUMPLE** |
| Certificación a los Estados Financieros | **NO CUMPLE** |
| Dictamen a los estados financieros | **CUMPLE** |
| Contadora: ELIZABETH GUTIÉRREZ GARCÍA | |
| Tarjeta profesional Nº 110808-T | **CUMPLE** |
| Certificación de antecedentes disciplinarios expedida por la Junta Central de Contadores | **CUMPLE** |
| Revisor Fiscal: DELSY STELLA VERA SANDOVAL | |
| Tarjeta profesional Nº 154400-T | **CUMPLE** |
| Certificación de antecedentes disciplinarios expedida por la Junta Central de Contadores | **CUMPLE** |
| **ANÁLISIS ESTADOS FINANCIEROS** | |
| **INDICADORES DE CAPACIDAD FINANCIERA** | |
| a) Índice de Endeudamiento: menor o igual al 75%. | 42,43% **CUMPLE** |
| b) Razón de Cobertura de Intereses: mayor o igual a 1,5 | 114,06 **CUMPLE** |
| c) Índice de Liquidez: mayor o igual a 1,86 | 2,34 **CUMPLE** |
| **CAPACIDAD ORGANIZACIONAL** | |
| A. Rentabilidad sobre patrimonio: mayor o igual a 12% | 51,35% **CUMPLE** |
| B. Rentabilidad sobre activos: mayor o igual a 7% | 29,56% **CUMPLE** |

| VACUNORTE IPS SAS | |
|---|---|
| **DOCUMENTOS Y CRITERIOS DE VERIFICACIÓN ECONOMICA Y FINANCIERA** | |
| Certificación Bancaria | **CUMPLE** |
| Información para el SIIF - Formulario BENEFICIARIO CUENTA SIIF | **CUMPLE** |
| Certificado de sostenibilidad de precios | **CUMPLE** |
| Oferta Económica | **REQUERIDO** |
| **DOCUMENTOS DE CONTENIDO FINANCIERO OBJETO DE VERIFICACION** | |
| **Formulario ACREDITACIÓN CAPACIDAD ECONÓMICA Y CAPACIDAD ORGANIZACIONAL.** | **CUMPLE** |
| **B. PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS NACIONALES O EXTRANJERAS DOMICILIADAS O CON SUCURSAL EN COLOMBIA** | |



Por mi patria, mi lealtad es el honor
Av. Quebrada seca Nº 33A- 207 Bucaramanga - Santander.
Conmutador 6915610
Mensajería electrónica dmbug@buzonejercito.mil.co

Scanned with CamScanner

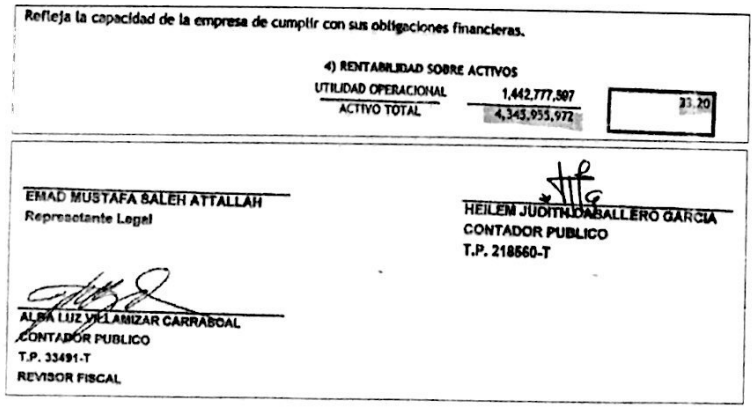
| | |
|---|---|
| Balance General con corte a 31 de Diciembre de 2018 | **CUMPLE** |
| Estado de Resultados con corte a 31 de Diciembre de 2018 | **CUMPLE** |
| Notas explicativas | **CUMPLE** |
| Certificación a los Estados Financieros | **NO CUMPLE** |
| Dictamen a los estados financieros | **CUMPLE** |
| Contadora: JOSEFA MARITZA RODRÍGUEZ URBINA | |
| Tarjeta profesional Nº 113553-T | **CUMPLE** |
| Certificación de antecedentes disciplinarios expedida por la Junta Central de Contadores | **CUMPLE** |
| Contador Independiente: RITA ELISA ARENAS BAYONA | |
| Tarjeta profesional Nº 11462-T | **CUMPLE** |
| Certificación de antecedentes disciplinarios expedida por la Junta Central de Contadores | **CUMPLE** |
| **ANÁLISIS ESTADOS FINANCIEROS** | |
| **INDICADORES DE CAPACIDAD FINANCIERA** | |
| d) Índice de Endeudamiento: menor o igual al 75%. | 32,14% **CUMPLE** |
| e) Razón de Cobertura de Intereses: mayor o igual a 1,5 | 43,32 **PENDIENTE** |
| f) Índice de Liquidez: superior o igual a 1,86 | 5,23 **CUMPLE** |
| **CAPACIDAD ORGANIZACIONAL** | |
| C. Rentabilidad sobre patrimonio: mayor o igual a 12% | 32,99% **PENDIENTE** |
| D. Rentabilidad sobre activos: mayor o igual a 7% | 22,38% **PENDIENTE** |

De la revisión de los Documentos y Criterios de Verificación Financiera del Grupo Nº 2 del proceso de Menor Cuantía Nº SAMC 013-DMBUG-2019, el comité económico evaluador, requiera verificar información adicional de los proponentes, por lo cual **solicita:**

1 Se requiere al oferente **NEUROALIADOS SAS** lo siguiente:
   a Entregar los indicadores financieros en el formulario Nº 10. ACREDITACIÓN CAPACIDAD ECONÓMICA Y CAPACIDAD ORGANIZACIONAL. Corregir el valor diligenciado para Activo Total, ya que no coincide con los reportados en los Estados Financieros con corte a 31 de diciembre de 2018.

| | |
|---|---|
| **TOTAL ACTIVOS** | **4,126,166,734** |

Recorte tomado de estados financieros NEUROALIADOS SAS


Refleja la capacidad de la empresa de cumplir con sus obligaciones financieras.

4) RENTABILIDAD SOBRE ACTIVOS

UTILIDAD OPERACIONAL / ACTIVO TOTAL = 1,442,777,597 / 4,343,955,972 = 33.20

EMAD MUSTAFA SALEH ATTALLAH
Representante Legal

HEILEM JUDITH CABALLERO GARCIA
CONTADOR PUBLICO
T.P. 218560-T

ALBA LUZ VILLAMIZAR CARRASCAL
CONTADOR PUBLICO
T.P. 33491-T
REVISOR FISCAL

*Además el documento se encuentra sin la firma del representante legal

Recorte tomado de Formulario INDICADORES de NEUROALIADOS SAS



Por mi patria, mi lealtad es el honor
Av. Quebrada seca Nº 33A- 207 Bucaramanga - Santander.
Conmutador 6915610
Mensajería electrónica dmbug@buzonejercito.mil.co

Scanned with CamScanner

b. De acuerdo al pliego de condiciones los estados financieros requeridos deben acompañarse del Dictamen, el cual no se encontró en la oferta.

Tener en cuenta lo señalo en el pliego de condiciones: *"De acuerdo con lo dispuesto en los artículos 37 y 38 de la Ley 222 de 1995, quien certifica los Estados Financieros, no puede dictaminar los mismos.*

*En concordancia con lo referido en el inciso anterior, los estados financieros deben ser dictaminados por el revisor fiscal, si el ente no se encuentra obligado a tener revisor fiscal, serán dictaminados por un contador público independiente. Circular externa 030 junio 1998 J.C.C.*

*El dictamen a los estados financieros será analizado y verificado, así:*

- Dictamen Limpio: Se acepta
- Dictamen con salvedades, que no tengan relación directa o incidencia respecto de la propuesta presentada al DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA la aceptará. En cualquier otro tipo de salvedades, se rechazará.
- Dictamen negativo: No será aceptado y generará rechazo de la propuesta.
- Abstención de dictamen: No será aceptado y generará rechazo de la propuesta

2. Se requiere al oferente **MEDICUC IPS LTDA** lo siguiente:
   a. Explicar por escrito y en detalle las razones por las cuales su oferta podría ser artificialmente baja, **para el ítem Nº 34.** La explicación del proponente debe ser completa para permitir el análisis completo de la oferta y su sostenibilidad durante la vigencia del contrato.

   De conformidad al decreto 1082 del 2015 la administración verificará de acuerdo con el Artículo 2.2.1.1.2.2.4. Oferta con valor artificialmente bajo. Si de acuerdo con la información obtenida por la Entidad Estatal en su deber de análisis de que trata el artículo 2.2.1.1.1.6.1 del presente decreto, el valor de una oferta parece artificialmente bajo, la Entidad Estatal debe requerir al oferente para que explique las razones que sustentan el valor ofrecido.

   Teniendo en cuenta los principios que rigen la actividad contractual del estado en especial lo determinado en el artículo 24 de la ley 80 de 1993 que trata del principio de trasparencia en su literal b) exige que la entidad estatal defina reglas objetivas, justas, claras y completas que permitan la confección de ofrecimientos de la misma índole, aseguren una escogencia objetiva y eviten las declaratorias de desierta de la licitación o concurso., por lo tanto se denominará artificialmente bajo el precio que esté por debajo del 50% del precio de referencia, siempre y cuando el proponente no aduzca las razones claras y objetivas que lo justifiquen.

   b. De acuerdo al pliego de condiciones los estados financieros requeridos deben acompañarse de Certificación a los Estados Financieros, el cual no se encontró en la oferta.

3. Se requiere al oferente **VACUNORTE IPS SAS** lo siguiente:
   a. Explicar por escrito y en detalle las razones por las cuales su oferta podría ser artificialmente baja, **para el ítem Nº 7, 8, 11, 33, 34.** La explicación del proponente debe ser completa para permitir el análisis completo de la oferta y su sostenibilidad durante la vigencia del contrato.

   De conformidad al decreto 1082 del 2015 la administración verificará de acuerdo con el Artículo 2.2.1.1.2.2.4. Oferta con valor artificialmente bajo. Si de acuerdo con la información obtenida por la Entidad Estatal en su deber de análisis de que trata el artículo 2.2.1.1.1.6.1 del presente decreto, el valor de una oferta parece artificialmente bajo, la Entidad Estatal debe requerir al oferente para que explique las razones que sustentan el valor ofrecido.

   Teniendo en cuenta los principios que rigen la actividad contractual del estado en especial lo determinado en el artículo 24 de la ley 80 de 1993 que trata del principio de trasparencia en su literal b) exige que la entidad estatal defina reglas objetivas, justas, claras y completas que permitan la confección de ofrecimientos de la misma índole, aseguren una escogencia objetiva y eviten las declaratorias de desierta de la licitación o concurso., por lo tanto se denominará artificialmente bajo el precio que esté por debajo del 50% del precio de referencia, siempre y cuando el proponente no aduzca las razones claras y objetivas que lo justifiquen.

   Para los **ítems Nº 28 y 35** se tiene en cuenta la nota explicativa en el formulario Propuesta Económica:



Por mi patria, mi lealtad es el honor
Av. Quebrada seca Nº 33A- 207 Bucaramanga - Santander.
Conmutador 6915610
Mensajería electrónica dmbug@buzonejercito.mil.co

Scanned with CamScanner

En pro de no ser descalificados por ser consideradas tarifas artificialmente bajas las contenidas en los ITEM 28 Y 35 realizamos las siguientes notas aclaratorias:

1. Que la especificación técnica a la que hacen referencia estos ítems es respecto al alquiler de equipos biomédicos y su préstamo no nos genera ningún costo, ya que por norma contamos con la disponibilidad de los mismos para la prestación adecuada de nuestros servicios, por tanto podemos ofertar estas tarifas.
2. Que a diferencia del ITEM 28, que hace referencia al alquiler por mes, en el ITEM 35 se hace referencia a alquiler por día; y el valor estimado como media armónica al ser calculado en valor por mes representaría un sobrecosto para la empresa contratante, pues el valor del alquiler excede en más de un 200% el valor real del equipo en compra.

RECORTE TOMADO DEL FORMULARIO Nº 9. VALORACIÓN DE LA PROPUESTA ECONÓMICA - VACUNORTE

b. En el formulario Nº 10. ACREDITACIÓN CAPACIDAD ECONÓMICA Y CAPACIDAD ORGANIZACIONAL, corregir el valor UTILIDAD OPERACIONAL, ya que el valor diligenciado corresponde a la GANANCIA DEL EJERCICIO del Estados de Resultados con corte a 31 de diciembre de 2018, y en consecuencia los indicadores que el afecta.

| | |
|---|---|
| **GANANCIA DEL EJERCICIO** | **$ 80,374,490** |

Recorte tomado del Estado de Resultados VACUNORTE

| | |
|---|---|
| Activo Corriente | $ 464.437.579 |
| Activo Total | $ 491.115.089 |
| Pasivo Corriente | $ 88.821.577 |
| Pasivo total | $157.853.207 |
| Utilidad Operacional | $ 80.374.490 |
| Gastos de intereses | $ 2.537.490 |
| Fecha de corte de los estados financieros | 31/12/2018 |

Recorte tomado de Formulario Nº 10. ACREDITACIÓN CAPACIDAD ECONÓMICA Y CAPACIDAD ORGANIZACIONAL VACUNORTE

El comité económico evaluador toma como Utilidad Operacional, para efectos de evaluar los indicadores financieros (sin embargo se espera la subsanación del documento para determinar el resultado de la evaluación), el resultado de la siguiente operación:

| | |
|---|---|
| INGRESOS OPERACIONALES | 1.266.282.272 |
| TOTAL GASTOS ADMINISTRATIVOS | 298.581.327 |
| TOTAL COSTOS DE VENTAS | 857.767.965 |
| | 1.156.349.292 |
| GANANCIA OPERACIONAL | 109.932.980 |

c. De acuerdo al pliego de condiciones los estados financieros requeridos deben acompañarse de Certificación a los Estados Financieros, el cual no se encontró en la oferta

En conclusión el comité económico evaluador determina:

1. Se deshabilita al oferente **SANAMEDIC SAS,** ya que incurre en la causal de rechazo del literal *e. "La no presentación del Formulario N° 9 "VALORACIÓN DE LA PROPUESTA ECONÓMICA", suscrito en original y bajo las condiciones exigidas en el mismo en el presente Pliego de Condiciones, se rechazara la oferta total"*, ya que la oferta del proponente incluye servicios que no fueron solicitados y excluye los **Ítems Nº 35 y 36,** por lo cual no oferta la totalidad de los ítems exigidos, incurriendo así en causal de rechazo.



Por mi patria, mi lealtad es el honor
Av. Quebrada seca Nº 33A- 207 Bucaramanga - Santander.
Conmutador 6915610
Mensajería electrónica dmbug@buzonejercito.mil.co

Scanned with CamScanner

2. Para los demás proponentes, teniendo en cuenta que con las aclaraciones y documentos que se solicitan, no se viola los principios de igualdad y transparencia de la contratación, y que las aclaraciones o documentos que los proponentes deben entregar, en ningún caso son para completar, adicionar, modificar o mejorar su propuesta, se concede a los oferentes el término del cronograma establecido en el Pliego de Condiciones Definitivo del proceso de Selección Abreviada Menor Cuantía No. 013-DMBUG-2019, para reportar las aclaraciones y documentos necesarios que lo soporte.

Atentamente,

**PS. JULIETH NATALIA RUIZ MAHECHA**
Comité Evaluador Económico



Scanned with CamScanner

ANEXO Nº 1 INFORME DE EVALUACION PROPUESTAS ECONOMICAS

| ITEM | CODIGO CUPS | ESPECIFICACION TECNICA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD | PRECIO DE REFERENCIA REDONDEADO | SANAMEDIC SAS | | NEUROQUIRUJANOS SAS | | NEUROCOOP SAS | | MEDICUC IPS LTDA | | VACUNORTE IPS SAS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | PRECIO OFERTADO | EVALUACIÓN | PRECIO OFERTADO | EVALUACIÓN | PRECIO OFERTADO | EVALUACIÓN | PRECIO OFERTADO | EVALUACIÓN | PRECIO OFERTADO | EVALUACIÓN |
| 1 | 890105 | CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERM | TURNO | 1 | 47.951 | 37.000 | CUMPLE | 47.000 | CUMPLE | 47.250 | CUMPLE | 38.000 | CUMPLE | 39.000 | CUMPLE |
| 2 | 890105 | CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERM | TURNO | 1 | 83.122 | 48.000 | CUMPLE | 83.000 | CUMPLE | 83.000 | CUMPLE | 47.000 | CUMPLE | 47.000 | CUMPLE |
| 3 | 890105 | CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERM | TURNO | 1 | 112.299 | 91.000 | CUMPLE | 112.000 | CUMPLE | 112.000 | CUMPLE | 72.000 | CUMPLE | 80.000 | CUMPLE |
| 4 | 890105 | CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERM | TURNO | 1 | 97.492 | 81.000 | CUMPLE | 84.000 | CUMPLE | 84.000 | CUMPLE | 65.000 | CUMPLE | 80.000 | CUMPLE |
| 5 | 890105 | CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERM | EVENTO | 1 | 194.975 | 141.000 | CUMPLE | 194.000 | CUMPLE | 194.000 | CUMPLE | 125.000 | CUMPLE | 150.000 | CUMPLE |
| 6 | 902207 | TOMA DE EXAMENES DE LABORATO | EVENTO | 1 | 19.362 | 12.000 | CUMPLE | 19.000 | CUMPLE | 19.300 | CUMPLE | 9.700 | CUMPLE | 10.000 | CUMPLE |
| 7 | NO CUPS | INSUMOS PARA COLOCACIÓN DE EN | EVENTO | 1 | 13.792 | 9.000 | CUMPLE | 13.500 | CUMPLE | 13.700 | CUMPLE | 7.500 | CUMPLE | 5.000 | PRECIO ARTIFICIAL |
| 8 | 890308000 | PROCEDIMIENTO - COLOCACIÓN DE | EVENTO | 1 | 21.574 | 11.000 | CUMPLE | 21.000 | CUMPLE | 21.500 | CUMPLE | 10.900 | CUMPLE | 8.000 | PRECIO ARTIFICIAL |
| 9 | NO CUPS | INSUMOS PARA COLOCACION O CA | EVENTO | 1 | 14.091 | 11.000 | CUMPLE | 14.000 | CUMPLE | 14.000 | CUMPLE | 8.000 | CUMPLE | 10.000 | CUMPLE |
| 10 | 579450 | PROCEDIMIENTO COLOCACION DE S | EVENTO | 1 | 22.997 | 16.000 | CUMPLE | 22.500 | CUMPLE | 22.900 | CUMPLE | 13.600 | CUMPLE | 15.000 | CUMPLE |
| 11 | 960800 | COLOCACIÓN O CAMBIO DE SONDA | EVENTO | 1 | 27.054 | 21.000 | CUMPLE | 27.000 | CUMPLE | 27.000 | CUMPLE | 17.000 | CUMPLE | 10.000 | PRECIO ARTIFICIAL |
| 12 | 903393 | PROCEDIMIENTO, TOMA DE GLUCOS | EVENTO | 1 | 13.256 | 8.000 | CUMPLE | 13.000 | CUMPLE | 13.200 | CUMPLE | 8.700 | CUMPLE | 7.000 | CUMPLE |
| 13 | NO CUPS | INSUMOS PARA CURACIONES DE BA | EVENTO | 1 | 8.671 | 8.000 | CUMPLE | 8.500 | CUMPLE | 8.000 | CUMPLE | 5.500 | CUMPLE | 5.000 | CUMPLE |
| 14 | 890500 | PROCEDIMIENTO-CURACION DE BA | EVENTO | 1 | 20.751 | 19.000 | CUMPLE | 20.500 | CUMPLE | 20.700 | CUMPLE | 15.000 | CUMPLE | 12.000 | CUMPLE |
| 15 | NO CUPS | INSUMOS PARA CURACIONES DE ME | EVENTO | 1 | 11.107 | 11.000 | CUMPLE | 11.000 | CUMPLE | 11.100 | CUMPLE | 5.000 | CUMPLE | 8.000 | CUMPLE |
| 16 | 890500 | PROCEDIMIENTO- CURACION DE ME | EVENTO | 1 | 28.598 | 24.000 | CUMPLE | 28.000 | CUMPLE | 29.800 | CUMPLE | 15.000 | CUMPLE | 18.000 | CUMPLE |
| 17 | 890500 | PROCEDIMIENTO-CURACION DE ALT | EVENTO | 1 | 40.700 | 34.000 | CUMPLE | 40.500 | CUMPLE | 40.700 | CUMPLE | 23.000 | CUMPLE | 28.000 | CUMPLE |
| 18 | 890112 | TERAPIA RESPIRATORIA DOMICILIAR | EVENTO | 1 | 29.639 | 28.000 | CUMPLE | 29.500 | CUMPLE | 29.900 | CUMPLE | 25.000 | CUMPLE | 25.000 | CUMPLE |
| 19 | 890111 | TERAPIA FISICA DOMICILIARIA DUR | EVENTO | 1 | 25.579 | 23.000 | CUMPLE | 25.500 | CUMPLE | 25.500 | CUMPLE | 23.000 | CUMPLE | 22.000 | CUMPLE |
| 20 | 890113 | TERAPIA OCUPACIONAL DURACION | EVENTO | 1 | 25.579 | 23.000 | CUMPLE | 25.500 | CUMPLE | 25.500 | CUMPLE | 23.000 | CUMPLE | 22.000 | CUMPLE |
| 21 | 890110 | TERAPIA DEL LENGUAJE Y DEGLUCI | EVENTO | 1 | 25.579 | 23.000 | CUMPLE | 25.500 | CUMPLE | 25.500 | CUMPLE | 23.000 | CUMPLE | 22.000 | CUMPLE |
| 23 | 890305 | VISITA POR ENFERMERA PROFESIO | EVENTO | 1 | 27.944 | 21.000 | CUMPLE | 27.500 | CUMPLE | 27.900 | CUMPLE | 14.000 | CUMPLE | 20.000 | CUMPLE |
| 24 | 890101 | CONSULTA MEDICA DOMICILIARIA U | EVENTO | 1 | 50.301 | 38.000 | CUMPLE | 50.000 | CUMPLE | 50.000 | CUMPLE | 32.000 | CUMPLE | 35.000 | CUMPLE |
| 25 | 890105 | CONSULTA POR PSICOLOGIA | EVENTO | 1 | 27.121 | 21.000 | CUMPLE | 27.000 | CUMPLE | 27.100 | CUMPLE | 13.000 | CUMPLE | 20.000 | CUMPLE |
| 26 | 890106 | CONSULTA POR NUTRICION | EVENTO | 1 | 30.938 | 29.000 | CUMPLE | 30.500 | CUMPLE | 30.800 | CUMPLE | 25.000 | CUMPLE | 25.000 | CUMPLE |
| 27 | 890109 | CONSULTA POR TRABAJO SOCIAL | EVENTO | 1 | 27.305 | 19.000 | CUMPLE | 27.000 | CUMPLE | 27.300 | CUMPLE | 13.700 | CUMPLE | 17.000 | CUMPLE |
| 28 | NO CUPS | ALQUILER DE EQUIPO DE SUCCION | EVENTO | 1 | 83.241 | 51.000 | CUMPLE | 83.000 | CUMPLE | 83.200 | CUMPLE | 60.000 | CUMPLE | 0 | PRECIO ARTIFICIAL |
| 29 | NO CUPS | ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO | EVENTO | 1 | 29.729 | 21.000 | CUMPLE | 29.500 | CUMPLE | 29.700 | CUMPLE | 14.900 | CUMPLE | 20.000 | CUMPLE |
| 30 | NO CUPS | ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO | DIA | 1 | 47.910 | 35.000 | CUMPLE | 47.500 | CUMPLE | 47.800 | CUMPLE | 24.000 | CUMPLE | 30.000 | CUMPLE |
| 31 | NO CUPS | ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO | DIA | 1 | 65.251 | 45.000 | CUMPLE | 65.000 | CUMPLE | 65.300 | CUMPLE | 32.700 | CUMPLE | 40.000 | CUMPLE |
| 32 | NO CUPS | ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO | MES | 1 | 80.810 | 56.000 | CUMPLE | 80.500 | CUMPLE | 80.600 | CUMPLE | 40.400 | CUMPLE | 50.000 | CUMPLE |
| 33 | NO CUPS | CERTIFICADO DE DEFUNCION EN CA | MES | 1 | 42.994 | 21.000 | PRECIO ARTIFICIAL | 42.500 | CUMPLE | 42.900 | CUMPLE | 21.500 | CUMPLE | 20.000 | PRECIO ARTIFICIAL |
| 34 | 890202 | CONSULTA MEDICO INTERNISTA DO | MES | 1 | 165.117 | 81.000 | PRECIO ARTIFICIAL | 165.000 | CUMPLE | 165.100 | CUMPLE | 80.000 | PRECIO ARTIFICIAL | 80.000 | PRECIO ARTIFICIAL |
| 35 | NO CUPS | ALQUILER-DIA- DE OXIMETRO DE PU | SERVICIO | 1 | 29.532 | NO OFERTA | NO CUMPLE | 29.300 | CUMPLE | 29.500 | CUMPLE | 14.300 | CUMPLE | 0 | PRECIO ARTIFICIAL |
| 36 | NO CUPS | TERAPIA DE NEUROESTIMULACION | SERVICIO | 1 | 31.976 | NO OFERTA | NO CUMPLE | 31.500 | CUMPLE | 31.800 | CUMPLE | 18.000 | CUMPLE | 25.000 | CUMPLE |



Por mi patria, mi lealtad es el honor
Av. Quebrada seca Nº 33A- 207 Bucaramanga - Santander.
Conmutador 6915610
Mensajería electrónica dmbug@buzonejercito.mil.co

Scanned with CamScanner

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
**COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES**
**EJERCITO NACIONAL**
**DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA**

Bucaramanga, veinte (20) de mayo de 2019

Señora
**TC. JENNY PAOLA FIGUEROA PEDREROS**
**GERENTE DE PROYECTO**

**ASUNTO:** Evaluación Jurídica Menor Cuantía **N°. 013-DMBUG-2019**

Con toda atención me permito hacer entrega de la correspondiente verificación jurídica, respecto a los documentos habilitantes presentados para el proceso de selección de menor Cuantía N°. 013-DMBUG-2019, cuyo objeto contractual es: **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALIZACIÓN EN CASA ESPECIALIZADA QUE INCLUYE SERVICIOS PROFESIONALES MÉDICOS, PARAMÉDICOS Y SUMINISTRO DE EQUIPOS PARA SOPORTE VITAL E INSUMOS PARA PACIENTES QUE REQUIEREN VENTILACIÓN MECÁNICA PARA EL PERSONAL DE AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA Y CÚCUTA VIGENCIA 2019"**

**GRUPO 1:** "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ATENCIÓN DOMICILIARIA, SERVICIOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS QUE REQUIEREN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FFMM INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL EJERCITO (PADE) SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO No. 002 DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) Y LA DIRECTIVA No. 0041 DEL 2016 PARA LA VIGENCIA 2019"

**GRUPO 3:** "PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD DE HOSPITALIZACIÓN EN CASA ESPECIALIZADA QUE INCLUYE SERVICIOS PROFESIONALES MÉDICOS, PARAMÉDICOS Y SUMINISTRO DE EQUIPOS PARA SOPORTE VITAL E INSUMOS PARA PACIENTES QUE REQUIEREN VENTILACIÓN MECÁNICA Y CON DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CRÍTICAS A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ASIGNADOS AL DISPENSARIO MÉDICO DE BUCARAMANGA QUE ESTÉN, INCLUIDOS EN EL PROGRAMA SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO N° 002 DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) Y LA DIRECTIVA N° 0041 DEL 2016 EN LA VIGENCIA DE 2019."

| "ADIS" ATENCION DOMICILIARIA INTEGRAL DE SALUD S.A.S.<br>GRUPO 1 Y GRUPO 3 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ÍTEM | DESCRIPCION | EVALUACION INICIAL | | OBSERVACION |
| | | CUMPLE | | |
| | | SI | NO | |
| 1 | CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA | X | | |
| 2 | CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL | X | | |
| 3 | GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA PROPUESTA. | X | | |
| 4 | CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES Y SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. | | X | REORGANIZAR INFORMACIÓN |
| 5 | CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD FISCAL – CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. | X | | |
| 6 | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS – PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN. | X | | |
| 7 | CERTIFICADO JUDICIAL Y CERTIFICADO RNMC VIGENTE. | x | | |

Scanned with CamScanner

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 8 | CERTIFICACIÓN DE NO INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y PROHIBICIONES. | X | | |
| 9 | PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL POR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST. | X | | |
| 10 | COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN. | X | | |
| 11 | PACTO DE INTEGRIDAD. | X | | |
| 12 | CERTIFICACIÓN DE ORIGEN LÍCITO DE LOS RECURSOS. | X | | |
| 13 | IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA | X | | |
| 14 | FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA REPRESENTANTE LEGAL. | X | | |
| 15 | DOCUMENTOS CONFIDENCIALES. | N/A | | |
| 16 | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATOS ANTERIORES. | X | | |

La información presentada en desarrollo de los requisitos solicitados se entiende suministrada bajo la gravedad de juramento respecto de su fidelidad y veracidad. Efectuada la evaluación como se ha considerado anteriormente, se determina que el resultado de la misma es que **"ADIS" ATENCION DOMICILIARIA INTEGRAL DE SALUD S.A.S. NO CUMPLEN**, por lo anterior debe subsanar los ítems que no cumple a cabalidad con lo requerido.

| MEDICUC IPS LTDA<br>Grupo 1 y 3 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ÍTEM | DESCRIPCION | EVALUACION INICIAL | | OBSERVACION |
| | | CUMPLE | | |
| | | SI | NO | |
| 1 | CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA | X | | |
| 2 | CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL | X | | |
| 3 | GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA PROPUESTA. | x | | |
| 4 | CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES Y SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. | X | | |
| 5 | CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD FISCAL – CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. | X | | |
| 6 | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS – PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN. | X | | |
| 7 | CERTIFICADO JUDICIAL Y CERTIFICADO RNMC VIGENTE. | X | | |
| 8 | CERTIFICACIÓN DE NO INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y PROHIBICIONES. | X | | |
| 9 | PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL POR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST. | | X | Incompleto – no anexa documento solicitado el pliego |
| 10 | COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN. | x | | |
| 11 | PACTO DE INTEGRIDAD. | x | | |
| 12 | CERTIFICACIÓN DE ORIGEN LÍCITO DE LOS RECURSOS. | X | | |
| 13 | IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA | | X | EL DOCUMENTO SOLICITA CONTRASEÑA |
| 14 | FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA REPRESENTANTE LEGAL. | X | | |
| 15 | DOCUMENTOS CONFIDENCIALES. | N/A | | |

Scanned with CamScanner

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 16 | **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATOS ANTERIORES.** | X | | |

La información presentada en desarrollo de los requisitos solicitados se entiende suministrada bajo la gravedad de juramento respecto de su fidelidad y veracidad. Efectuada la evaluación como se ha considerado anteriormente, se determina que el resultado de la misma es que **MEDICUC IPS LTDA NO CUMPLEN**, por lo anterior debe subsanar los ítems que no cumple a cabalidad con lo requerido.

| **DIAGNOSTICO Y SERVICIOS S.A.S** **Grupo 1** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **ÍTEM** | **DESCRIPCION** | **EVALUACION INICIAL** | | **OBSERVACION** |
| | | **CUMPLE** | | |
| | | **SI** | **NO** | |
| 1 | **CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA** | X | | |
| 2 | **CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL** | X | | |
| 3 | **GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA PROPUESTA.** | X | | |
| 4 | **CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES Y SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL.** | | X | No anexa copia del pago del mes inmediatamente anterior |
| 5 | **CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD FISCAL – CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA.** | X | | |
| 6 | **CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS – PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN.** | X | | |
| 7 | **CERTIFICADO JUDICIAL Y CERTIFICADO RNMC VIGENTE.** | X | | |
| 8 | **CERTIFICACIÓN DE NO INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y PROHIBICIONES.** | X | | |
| 9 | **PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL POR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST.** | | X | Incompleto – no anexa documento solicitado el pliego |
| 10 | **COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN.** | X | | |
| 11 | **PACTO DE INTEGRIDAD.** | X | | |
| 12 | **CERTIFICACIÓN DE ORIGEN LÍCITO DE LOS RECURSOS.** | X | | |
| 13 | **IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA** | | X | EL DOCUMENTO SOLICITA CONTRASEÑA |
| 14 | **FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA REPRESENTANTE LEGAL.** | X | | |
| 15 | **DOCUMENTOS CONFIDENCIALES.** | **N/A** | | |
| 16 | **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATOS ANTERIORES.** | X | | |

La información presentada en desarrollo de los requisitos solicitados se entiende suministrada bajo la gravedad de juramento respecto de su fidelidad y veracidad. Efectuada la evaluación como se ha considerado anteriormente, se determina que el resultado de la misma es que **DIAGNOSTICO Y SERVICIOS S.A.S NO CUMPLEN**, por lo anterior debe subsanar los ítems que no cumple a cabalidad con lo requerido.

**ABG. JULIETH ALEJANDRA NEIZA ORDUY**
COMITÉ JURIDICO EVALUADOR

Scanned with CamScanner

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
**COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES**
**EJERCITO NACIONAL**
**DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA**

Bucaramanga, veinte (20) de mayo de 2019

Señora
**TC. JENNY PAOLA FIGUEROA PEDREROS**
**GERENTE DE PROYECTO**

**ASUNTO:** Evaluación Jurídica Menor Cuantía **N°. 013-DMBUG-2019**

Con toda atención me permito hacer entrega de la correspondiente verificación jurídica, respecto a los documentos habilitantes presentados para el proceso de selección de menor Cuantía N°. 013-DMBUG-2019, cuyo objeto contractual es: **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALIZACIÓN EN CASA ESPECIALIZADA QUE INCLUYE SERVICIOS PROFESIONALES MÉDICOS, PARAMÉDICOS Y SUMINISTRO DE EQUIPOS PARA SOPORTE VITAL E INSUMOS PARA PACIENTES QUE REQUIEREN VENTILACIÓN MECÁNICA PARA EL PERSONAL DE AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA Y CÚCUTA VIGENCIA 2019"**

**GRUPO 1:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ATENCIÓN DOMICILIARIA, SERVICIOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS QUE REQUIEREN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FFMM INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL EJERCITO (PADE) SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO No. 002 DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) Y LA DIRECTIVA No. 0041 DEL 2016 PARA EL PERSONAL DE AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR EN CÚCUTA NORTE DE SANTANDER VIGENCIA 2019

| **NEUROALIADOS MEDICINA ESPECIALIZADA S.A.S.<br>GRUPO 2** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **ÍTEM** | **DESCRIPCION** | **EVALUACION INICIAL** | | **OBSERVACION** |
| | | **CUMPLE** | | |
| | | **SI** | **NO** | |
| 1 | CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA | X | | |
| 2 | CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL | X | | |
| 3 | GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA PROPUESTA. | X | | |
| 4 | CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES Y SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. | X | | |
| 5 | CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD FISCAL – CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. | x | | |
| 6 | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS – PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN. | x | | |
| 7 | CERTIFICADO JUDICIAL Y CERTIFICADO RNMC VIGENTE. | | x | No se allega RNMC del Representante Legal |
| 8 | CERTIFICACIÓN DE NO INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y PROHIBICIONES. | x | | |
| 9 | PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL POR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST. | x | | |
| 10 | COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN. | x | | |
| 11 | PACTO DE INTEGRIDAD. | | | |
| 12 | CERTIFICACIÓN DE ORIGEN LÍCITO DE LOS RECURSOS. | | x | No se allega |
| 13 | IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA | X | | |

Scanned with CamScanner

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 14 | FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA REPRESENTANTE LEGAL. | X | | |
| 15 | DOCUMENTOS CONFIDENCIALES. | N/A | | |
| 16 | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATOS ANTERIORES. | | x | No se allega |

La información presentada en desarrollo de los requisitos solicitados se entiende suministrada bajo la gravedad de juramento respecto de su fidelidad y veracidad. Efectuada la evaluación como se ha considerado anteriormente, se determina que el resultado de la misma es que **NEUROALIADOS MEDICINA ESPECIALIZADA S.A.S. NO CUMPLEN**, por lo anterior debe subsanar los ítems que no cumple a cabalidad con lo requerido.

| NEUROCOOP REHABILITACIÓN FÍSICA Y MEDICA INTEGRAL S.A.S. GRUPO 2 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ÍTEM | DESCRIPCION | EVALUACION INICIAL | | OBSERVACION |
| | | CUMPLE | | |
| | | SI | NO | |
| 1 | CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA | X | | |
| 2 | CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL | X | | |
| 3 | GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA PROPUESTA. | X | | |
| 4 | CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES Y SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. | X | | |
| 5 | CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD FISCAL – CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. | x | | |
| 6 | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS – PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN. | x | | |
| 7 | CERTIFICADO JUDICIAL Y CERTIFICADO RNMC VIGENTE. | | x | No se allega RNMC del Representante Legal |
| 8 | CERTIFICACIÓN DE NO INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y PROHIBICIONES. | x | | |
| 9 | PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL POR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST. | x | | |
| 10 | COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN. | X | | |
| 11 | PACTO DE INTEGRIDAD. | x | | |
| 12 | CERTIFICACIÓN DE ORIGEN LÍCITO DE LOS RECURSOS. | X | | |
| 13 | IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA | X | | |
| 14 | FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA REPRESENTANTE LEGAL. | X | | |
| 15 | DOCUMENTOS CONFIDENCIALES. | N/A | | |
| 16 | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATOS ANTERIORES. | X | | |

La información presentada en desarrollo de los requisitos solicitados se entiende suministrada bajo la gravedad de juramento respecto de su fidelidad y veracidad. Efectuada la evaluación como se ha considerado anteriormente, se determina que el resultado de la misma es que **NEUROCOOP REHABILITACIÓN FÍSICA Y MEDICA INTEGRAL S.A.S., NO CUMPLEN**, por lo anterior debe subsanar los ítems que no cumple a cabalidad con lo requerido.

| MEDICUC IPS LTDA GRUPO 2 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ÍTEM | DESCRIPCION | EVALUACION INICIAL | | OBSERVACION |
| | | CUMPLE | | |
| | | SI | NO | |
| 1 | CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA | X | | |
| 2 | CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL | X | | |

Scanned with CamScanner

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 3 | GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA PROPUESTA. | | | |
| 4 | CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES Y SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. | | | |
| 5 | CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD FISCAL – CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. | X | | |
| 6 | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS – PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN. | X | | |
| 7 | CERTIFICADO JUDICIAL Y CERTIFICADO RNMC VIGENTE. | | X | |
| 8 | CERTIFICACIÓN DE NO INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y PROHIBICIONES. | X | | |
| 9 | PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL POR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST. | | | |
| 10 | COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN. | X | | |
| 11 | PACTO DE INTEGRIDAD. | | | |
| 12 | CERTIFICACIÓN DE ORIGEN LÍCITO DE LOS RECURSOS. | | x | No se allega |
| 13 | IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA | | X | Tiene contraseña |
| 14 | FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA REPRESENTANTE LEGAL. | X | | |
| 15 | DOCUMENTOS CONFIDENCIALES. | N/A | | |
| 16 | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATOS ANTERIORES. | X | | |

La información presentada en desarrollo de los requisitos solicitados se entiende suministrada bajo la gravedad de juramento respecto de su fidelidad y veracidad. Efectuada la evaluación como se ha considerado anteriormente, se determina que el resultado de la misma es que **MEDICUC IPS LTDA, NO CUMPLEN**, por lo anterior debe subsanar los ítems que no cumple a cabalidad con lo requerido.

| SANAMEDIC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA – SAS<br>GRUPO 2 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ÍTEM | DESCRIPCION | EVALUACION INICIAL | | OBSERVACION |
| | | CUMPLE | | |
| | | SI | NO | |
| 1 | CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA | X | | |
| 2 | CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL | X | | |
| 3 | GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA PROPUESTA. | X | | |
| 4 | CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES Y SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. | X | | |
| 5 | CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD FISCAL – CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. | X | | |
| 6 | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS – PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN. | | X | No se allega de la Persona Jurídica |
| 7 | CERTIFICADO JUDICIAL Y CERTIFICADO RNMC VIGENTE. | x | | |
| 8 | CERTIFICACIÓN DE NO INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y PROHIBICIONES. | | x | |
| 9 | PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL POR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST. | x | | |
| 10 | COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN. | X | | |
| 11 | PACTO DE INTEGRIDAD. | X | | |
| 12 | CERTIFICACIÓN DE ORIGEN LÍCITO DE LOS RECURSOS. | | x | |
| 13 | IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA | | X | Tiene contraseña |

Scanned with CamScanner

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 14 | FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA REPRESENTANTE LEGAL. | X | | |
| 15 | DOCUMENTOS CONFIDENCIALES. | N/A | | |
| 16 | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATOS ANTERIORES. | | x | No se allega |

La información presentada en desarrollo de los requisitos solicitados se entiende suministrada bajo la gravedad de juramento respecto de su fidelidad y veracidad. Efectuada la evaluación como se ha considerado anteriormente, se determina que el resultado de la misma es que **MEDICUC IPS LTDA, NO CUMPLEN**, por lo anterior debe subsanar los ítems que no cumple a cabalidad con lo requerido.

| VACUNORTE IPS S.A.S. GRUPO 2 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ÍTEM | DESCRIPCIÓN | EVALUACIÓN INICIAL | | OBSERVACIÓN |
| | | CUMPLE | | |
| | | SI | NO | |
| 1 | CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA | | | |
| 2 | CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL | X | | |
| 3 | GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA PROPUESTA. | X | | |
| 4 | CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES Y SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. | X | | |
| 5 | CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD FISCAL – CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. | X | | |
| 6 | CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS – PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN. | X | | |
| 7 | CERTIFICADO JUDICIAL Y CERTIFICADO RNMC VIGENTE. | X | | |
| 8 | CERTIFICACIÓN DE NO INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y PROHIBICIONES. | X | | |
| 9 | PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL POR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST. | X | | |
| 10 | COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN. | X | | |
| 11 | PACTO DE INTEGRIDAD. | X | | |
| 12 | CERTIFICACIÓN DE ORIGEN LÍCITO DE LOS RECURSOS. | X | | |
| 13 | IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA | X | | |
| 14 | FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA REPRESENTANTE LEGAL. | X | | |
| 15 | DOCUMENTOS CONFIDENCIALES. | N/A | | |
| 16 | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATOS ANTERIORES. | | X | No se allega |

La información presentada en desarrollo de los requisitos solicitados se entiende suministrada bajo la gravedad de juramento respecto de su fidelidad y veracidad. Efectuada la evaluación como se ha considerado anteriormente, se determina que el resultado de la misma es que **VACUNORTE IPS S.A.S., NO CUMPLEN**, por lo anterior debe subsanar los ítems que no cumple a cabalidad con lo requerido.

Respetuosamente,

**ABG. JOSE GUILLERMO CARLOS MANOSALVA**
COMITÉ JURIDICO EVALUADOR

Scanned with CamScanner

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA**
**EJERCITO NACIONAL**

**DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA**

Bucaramanga, Mayo 20 de 2019

Señora
**TC. JENNY PAOLA FIGUEROA PEDREROS**
Gerente de Proceso 013/2019

**Asunto:** EVALUACION TECNICA DEL PROCESO

A continuación, presento la evaluación técnica del proceso **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALIZACIÓN EN CASA ESPECIALIZADA QUE INCLUYE SERVICIOS PROFESIONALES MÉDICOS, PARAMÉDICOS Y SUMINISTRO DE EQUIPOS PARA SOPORTE VITAL E INSUMOS PARA PACIENTES QUE REQUIEREN VENTILACIÓN MECÁNICA PARA EL PERSONAL DE AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA Y CÚCUTA VIGENCIA 2019"**

**2.2.4. DOCUMENTOS Y CRITERIOS DE VERIFICACIÓN DE CONTENIDO TÉCNICO Y EXPERIENCIA**

**2.2.4.1. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO**

**GRUPO 1**

| GRUPO 1: "PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN ATENCION DOMICILIARIA, SERVICIOS MEDICOS Y PARAMEDICOS QUE REQUIEREN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FFMM INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA DEL EJERCTIO (PADE) SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO No. 002 DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) Y LA DIRECTIVA No. 0041 DEL 2016 PARA EL PERSONAL DE AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA VIGENCIA 2019 | | | DIAGNOSTICO Y SRVICIOS S.A. | | MEDICUC | | ADIS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° DE ITEM | CODIGO CUPS | ESPECIFICACION TECNICA | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| 1 | 890105 | CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 6 HORAS INCLUYE TODAS LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA LA AUXILIAR DE ENFERMERIA (TOMA DE SIGNOS VITALES,CURACIONES DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD,COLOCACION DE SONDA VESICAL,ENEMAS,ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VO/IM/IV/SC ,CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE, TOMA DE GLUCOMETRIAS). | X | | X | | X | |
| 2 | 890105 | CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 8 HORAS INCLUYE TODAS LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA LA AUXILIAR DE ENFERMERIA. (TOMA DE SIGNOS VITALES, CURACIONES DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, COLOCACION DE SONDA VESICAL, ENEMAS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VO/IM/IV/SC, CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE, TOMA DE GLUCOMETRIAS). | X | | X | | X | |

Scanned with CamScanner

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 890105 | CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 12 HORAS NOCTURNA INCLUYE TODAS LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA LA AUXILIAR DE ENFERMERIA. (TOMA DE SIGNOS VITALES, CURACIONES DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, COLOCACION DE SONDA VESICAL, ENEMAS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VO/IM/IV/SC, CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE, TOMA DE GLUCOMETRIAS). | X | | X | | X | |
| 4 | 890105 | CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 12 HORAS DIURNO INCLUYE TODAS LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA LA AUXILIAR DE ENFERMERIA. (TOMA DE SIGNOS VITALES, CURACIONES DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, COLOCACION DE SONDA VESICAL, ENEMAS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VO/IM/IV/SC, CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE, TOMA DE GLUCOMETRIAS). | X | | X | | X | |
| 5 | 890105 | CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 24 HORAS INCLUYE TODAS LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA LA AUXILIAR DE ENFERMERIA. (TOMA DE SIGNOS VITALES, CURACIONES DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, COLOCACION DE SONDA VESICAL, ENEMAS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VO/IM/IV/SC, CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE, TOMA DE GLUCOMETRIAS). | X | | X | | X | |
| 6 | NO CUPS | TOMA DE EXÁMENES DE LABORATORIO INCLUYE LOS INSUMOS PARA LA TOMA DEL EXAMEN, INCLUYE RECIPIENTES ( el familiar debe ser el responsable de llevar las muestras ) | X | | X | | X | |
| 7 | NO CUPS | INSUMOS PARA COLOCACIÓN DE ENEMA, INCLUYE PARA LA COLOCACIÓN DEL ENEMA: GUANTES LIMPIOS, LUBRICANTES. PROCEDIMIENTO REALIZADO POR AUXILIAR DE ENFERMERIA QUE ESTE ASIGNADA DURANTE SU TURNO DE 6-8-12-24 HORAS.EL ENEMA (MEDICAMENTO) SERA SUMINISTRADO POR EL ESM. | X | | X | | X | |
| 8 | NO CUPS | PROCEDIMIENTO - COLOCACIÓN DE ENEMA, INCLUYE PARA LA COLOCACIÓN DEL ENEMA: GUANTES LIMPIOS, LUBRICANTES. REALIZADO POR EVENTO, PARA EL PACIENTE QUE NO TENGA ASIGNADO EL AUXILIAR DE ENFERMERIA (ENFERMERA DE TIEMPO COMPLETO O POR TURNO DE 6-8-12 HR) EL ENEMA (MEDICAMENTO) SERA SUMINISTRADO POR EL ESM. | X | | X | | X | |
| 9 | NO CUPS | INSUMOS PARA COLOCACIÓN O CAMBIO DE SONDA VESICAL (EL SERVICIO DEBERA INCLUIR LOS INSUMOS PARA LA COLOCACIÓN DE LA SONDA COMO: GUANTES LIMPIOS, JERINGA 10 CM, GASAS, ESPARADRAPO ANTIALERGICO, ALGODÓN, ALCOHOL, XILOCAINA) PROCEDIMIENTO REALIZADO POR AUXILIAR DE ENFERMERIA QUE ESTE ASIGNADA DURANTE SU TURNO DE 6-8-12-24 HORAS Y PARA EL PACIENTE QUE REQUIERE CATETERISMO. LAS SONDAS SERAN SUMINSTRADAS POR EL ESM. | X | | X | | X | |
| 10 | NO CUPS | PROCEDIMIENTO COLOCACIÓN DE SONDA VESICAL (EL SERVICIO DEBERA INCLUIR LOS INSUMOS COMO: SONDA (CUALQUIER TIPO DE SONDA) GUANTES LIMPIOS, JERINGA, GASAS, ALGODÓN, ALCOHOL, XILOCAINA. POR EVENTO O SOLO PARA TOMA DE LABORATORIO, PARA AQUEL PACIENTE QUE NO TENGA ASIGNADO EL AUXILIAR DE ENFERMERIA ( ENFERMERA DE TIEMPO COMPLETO O POR TURNO DE 6-8-12 HR) | X | | X | | X | |
| 11 | NO CUPS | PROCEDIMIENTO: COLOCACIÓN O CAMBIO DE SONDA NASO GÁSTRICA (EL SERVICIO DEBERA INCLUIR LOS INSUMOS PARA LA COLOCACIÓN DE LA SONDA COMO: SONDA NASO GASTRICA,GUANTES LIMPIOS, JERINGA, GASAS, ESPARADRAPO ANTIALERGICO, ALGODÓN, ALCOHOL, XILOCAINA) REALIZADA POR EVENTO POR ENFERMERA JEFE | X | | X | | X | |
| 12 | NO CUPS | PROCEDIMIENTO, TOMA DE GLUCOMETRÍA, INCLUYE EL EQUIPO, LA LANCETA Y LA TIRA. POR EVENTO PARA AQUEL PACIENTE QUE NO TENGA ASIGNADO EL AUXILIAR DE ENFERMERIA ( ENFERMERA DE TIEMPO COMPLETO O POR TURNO DE 6-8-12 XHR) | X | | X | | X | |
| 13 | NO CUPS | INXSUMOS PARA CURACIONES DE BAJA COMPLEJIDAD - ERITEMA CUTÁNEO, CUIDADO DE OSTOMIAS, CAMBIO DE DISPOSITIVO RESERVORIO (BOLSA Y GALLETA DE COLOSTOMIA). LOS PROCEDIMIENTOS DEBERAN INCLUIR LOS INSUMOS NECESARIOS PARA LA CURACIÓN QUE SE DEBAN UTILIZAR EXCEPTO EN EL CASO DE INSUMOS PARA COLOSTOMIA LOS CUALES DEBEN SER TRAMITADOS EN EL ESM. PROCEDIMIENTO REALIZADO POR AUXILIAR DE ENFERMERIA QUE ESTE ASIGNADA DURANTE SU TURNO DE 6-8-12-24 HORAS | X | | X | | X | |
| 14 | NO CUPS | PROCEDIMIENTO-CURACION DE BAJA COMPLEJIDAD - ERITEMA CUTÁNEO, CUIDADO DE OSTOMIAS, CAMBIO DE DISPOSITIVO RESERVORIO (BOLSA Y GALLETA DE COLOSTOMIA). LOS PROCEDIMIENTOS DEBERAN INCLUIR LOS INSUMOS NECESARIOS PARA LA CURACIÓN EXCEPTO LOS INSUMOS PARA COLOSTOMIA LOS CUALES DEBEN SER TRAMITADOS PO EL ESM . POR EVENTO. SOLO PARA AQUEL PACIENTE QUE NO TENGA ASIGNADO EL AUXILIAR DE ENFERMERIA ( ENFERMERA DE TIEMPO COMPLETO O POR TURNO | X | | X | | X | |

Scanned with CamScanner

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | DE 6-8-12 HR) | | | | | | |
| 15 | NO CUPS | INSUMOS PARA CURACIONES DE MEDIANA COMPLEJIDAD: PÉRDIDA TOTAL DEL ESPESOR DE LA PIEL QUE AFECTA A LA EPIDERMIS, DERMIS O AMBAS. SE PRESENTA COMO UNA ABRASIÓN, O UN CRÁTER PROFUNDO, CON LOS TEJIDOS ADYACENTES EXCAVADOS O NO. INCLUYE INSUMOS NECESARIOS PARA LA CURACIÓN QUE SE DEBAN UTILIZAR. PROCEDIMIENTO REALIZADO POR AUXILIAR DE ENFERMERIA QUE ESTE ASIGNADA DURANTE SU TURNO DE 6-8-12-24 HORAS | X | | X | | X | |
| 16 | NO CUPS | PROCEDIMIENTO- CURACION DE MEDIANA COMPLEJIDAD: PÉRDIDA TOTAL DEL ESPESOR DE LA PIEL QUE AFECTA A LA EPIDERMIS, DERMIS O AMBAS. SE PRESENTA COMO UNA ABRASIÓN, O UN CRÁTER PROFUNDO, CON LOS TEJIDOS ADYACENTES EXCAVADOS O NO. INCLUYE INSUMOS NECESARIOS PARA LA CURACIÓN QUE SE DEBAN UTILIZAR. POR EVENTO SOLO PARA AQUEL PACIENTE QUE NO TENGA ASIGNADO EL AUXILIAR DE ENFERMERIA ( ENFERMERA DE TIEMPO COMPLETO O POR TURNO DE 6-8-12 HR) | X | | X | | X | |
| 17 | NO CUPS | PROCEDIMIENTO-CURACION DE ALTA COMPLEJIDAD:(REALIZADA POR ENFERMERA PROFESIONAL) CON PERDIDA TOTAL DEL ESPESOR DE LA PIEL CON DESTRUCCIÓN EXTENSA, NECROSIS TISULAR O LESIÓN MUSCULAR ÓSEA O DE LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE (COMO EL TENDÓN O LA CAPSULA DE LA ARTICULACIÓN, TAMBIÉN PUEDEN HABER SIGNOS Y SÍNTOMAS DE EXCAVACIÓN Y TRACTOS SINUSALES. EL SERVICIO DEBERÁ INCLUIR INSUMOS PARA LA CURACIÓN. EXCEPTO PARCHES. | X | | X | | X | |
| 18 | 890112 | TERAPIA RESPIRATORIA DOMICILIARIAINTEGRAL INCLUYE: EQUIPO NEBULIZADOR, MEDICAMENTOS PARA LA TERAPIA Y ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD PARA LOS PROFESIONALES QUE PRESTAN EL SERVICIO. | X | | X | | X | |
| 19 | 890112 | TERAPIA RESPIRATORIA DOMICILIARIA INTEGRAL CON SUCCION INCLUYE: EQUIPO NEBULIZADOR, SUCCIONADOR, SONDAS, GASAS, GUANTES, MEDICAMENTOS Y TODOS AQUELLOS QUE SEAN PERTINENTES PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMEITNO. ADEMAS DE DE LOS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD PARA LOS PROFESIONALES QUE PRESTAN EL SERVICIO | X | | X | | X | |
| 20 | 890311 | TERAPIA FÍSICA DOMICILIARIA, DURACION DE 45 MINUTOS, INCLUYE LOS INSUMOS PARA PROTEGER A LOS PRESTADORES COMO GUANTES, TAPABOCAS, GAFAS Y GASAS. | X | | X | | X | |
| 21 | 890113 | TERAPIA OCUPACIONAL, DURACION DE 45 MINUTOS INCLUYE LOS INSUMOS PARA PROTEGER A LOS PRESTADORES COMO GUANTES, TAPABOCAS, GAFAS Y GASAS. | X | | X | | X | |
| 22 | 890110 | TERAPIA DEL LENGUAJE Y DEGLUCIÓN DOMICILIARIA, DURACION DE 45 MINUTOS INCLUYE LOS INSUMOS PARA PROTEGER A LOS PRESTADORES COMO GUANTES, TAPABOCAS, GAFAS Y GASAS. | X | | X | | X | |
| 23 | 890205 | VISITA POR ENFERMERA PROFESIONAL A DOMICILIO( UNA VEZ AL MES) PARA AQUELLOS PACIENTES QUE TIENEN ENFERMERA ASIGNADA POR TURNO. | X | | X | | X | |
| 24 | 890201 | CONSULTA MÉDICA DOMICILIARIA | X | | X | | X | |
| 25 | 890108 | CONSULTA POR PSICOLOGIA | X | | X | | X | |
| 26 | 890106 | CONSULTA POR NUTRICION | X | | X | | X | |
| 27 | 890109 | CONSULTA POR TRABAJO SOCIAL | X | | X | | X | |
| 28 | 890115 | ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR EQUIPO INTERDISCPLINARIO | X | | X | | X | |
| 29 | NO CUPS | ALQUILER DE EQUIPO DE SUCCION X MES | X | | X | | X | |
| 30 | NO CUPS | ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS O DE ALTO COSTO: EN HORARIO UNA SERIE DE APLICACIÓN, SEGÚN PRESCRIPCION MEDICA (CON INSUMOS) POR DIA. PARA EL PACIENTE QUE NO TENGA ASIGNADO EL AUXILIAR DE ENFERMERIA (ENFERMERA DE TIEMPO COMPLETO O POR TURNO DE 6-8-12 HR) EL MEDICAMENTO SERA SUMINISTRADO POR EL ESM. | X | | X | | X | |

Scanned with CamScanner

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 31 | NO CUPS | ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS O DE ALTO COSTO: EN HORARIO DOS SERIES DE APLICACIÓN, SEGÚN PRESCRIPCION MEDICA (CON INSUMOS) POR DIA. PARA EL PACIENTE QUE NO TENGA ASIGNADO EL AUXILIAR DE ENFERMERIA (ENFERMERA DE TIEMPO COMPLETO O POR TURNO DE 6-8-12 HR) EL MEDICAMENTO SERA SUMINISTRADO POR EL ESM. | X | | X | | X | |
| 32 | NO CUPS | ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS O DE ALTO COSTO: EN HORARIO TRES SERIES DE APLICACIÓN, SEGÚN PRESCRIPCION MÉDICA (CON INSUMOS) POR DIA. PARA EL PACIENTE QUE NO TENGA ASIGNADO EL AUXILIAR DE ENFERMERIA (ENFERMERA DE TIEMPO COMPLETO O POR TURNO DE 6-8-12 HR) EL MEDICAMENTO SERA SUMINISTRADO POR EL ESM. | X | | X | | X | |
| 33 | NO CUPS | ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS O DE ALTO COSTO: EN HORARIO CUATRO SERIES DE APLICACIÓN, SEGÚN PRESCRIPCION MÉDICA (CON INSUMOS) POR DIA. PARA EL PACIENTE QUE NO TENGA ASIGNADO EL AUXILIAR DE ENFERMERIA (ENFERMERA DE TIEMPO COMPLETO O POR TURNO DE 6-8-12 HR) EL MEDICAMENTO SERA SUMINISTRADO POR EL ESM. | X | | X | | X | |
| 34 | NO CUPS | CERTIFICADO DE DEFUNCION EN CASO REQUERIDO DE ACUERDO CON LOS PROCEDIMIENTOS LEGALES | X | | X | | X | |
| 35 | 890202 | CONSULTA MEDICO INTERNSITA Y/O PEDIATRIA DOMICILIARIA POR ORDEN MEDICA DEL COORDINADOR DEL PROGRAMA | X | | X | | X | |
| 36 | NO CUPS | SERVICIOS DE TRASLADO [TRANSPORTE] DE PACIENTES (AMBULANCIA) UTILIZACIÓN DE LA UNIDAD MÓVIL (VEHÍCULO), RECURSOS HUMANOS Y TÉCNICOS CALIFICADOS, DOTACIÓN BÁSICA Y REQUISITOS MÍNIMOS, PARA EL TRANSPORTE EXCLUSIVO DE PACIENTES, SEGÚN LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE DE REQUISITOS ESENCIALES Y LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC 3729 DEL 30 DE MAYO DE 2001 | X | | X | | X | |
| 37 | NO CUPS | SERVICIO DE TRASLADO BÁSICO DE PACIENTES [TAB] LOS REQUERIMIENTOS MÍNIMOS DE RECURSO HUMANO Y DOTACIÓN ESPECÍFICA DE ACUERDO A REGLAMENTACIÓN VIGENTE UNIDAD MÓVIL DESTINADA AL TRASLADO DE PACIENTES CUYO ESTADO REAL O POTENCIAL NO PRECISEN CIUDADO ASISTENCIAL ESPECIALIZADO DURANTE EL TRANSPORTE | X | | X | | X | |
| 38 | NO CUPS | SERVICIO DE TRASLADO MEDICALIZADO DE PACIENTES [TAM] LOS REQUERIMIENTOS MÍNIMOS DE RECURSO HUMANO Y DOTACIÓN ESPECÍFICA DE ACUERDO A REGLAMENTACIÓN VIGENTE UNIDAD MÓVIL DESTINADA AL TRASLADO DE PACIENTES CUYO ESTADO POTENCIAL ES DE ALTO RIESGO Y REQUIEREN EQUIPAMIENTO, MATERIAL Y PERSONAL ESPECIALIZADO DURANTE EL TRANSPORTE. | X | | X | | X | |
| 39 | | PROCEDIMIENTO: CAMBIO DE SONDA DE GASTROSTOMIA ( EL SERVICIO INCLUYE INSUMOS: SONDA DE GASTROSTOMIA, GUANTES, JERINGAS, GASAS,ALGODÓN,ALCOHOL, XILOCAINA, SE REALIZARA POR EVENTO POR ENFERMERA JEFE. | X | | X | | X | |
| 40 | | ALQUILER CAMA HOSPITALARIA | X | | X | | X | |

| DOCUMENTOS TECNICOS | DIAGNOSTICOS Y SERVICIOS SAS | MEDICUD | ADIS |
|---|---|---|---|
| Certificado de habilitación | NO CUMPLE | NO CUMPLE | CUMPLE |
| Portafolio de servicios actualizado | NO CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |
| Médico internista, Médico pediatra, Médico general, Terapeuta ocupacional, Terapeuta de lenguaje – Fonoaudióloga, Terapeuta respiratoria, Fisioterapeuta, Auxiliar de enfermería, Nutricionista, Psicólogo (a), Trabajador social, Jefe de enfermería | NO CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |
| Hojas de vida del personal profesional y/o técnico que labore en la entidad de acuerdo al portafolio de servicios actualizada, Fotocopia legible de la tarjeta profesional. Fotocopia legible del diploma de PROFESIONAL con su respectiva acta de grado. Certificaciones laborales mínimo de 2 años para todos los perfiles | NO CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |
| Afiliación a la ARL | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |

Scanned with CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| Estar habilitado el Servicio de ambulancia o allegar contrato vigente con una empresa de Ambulancias medicalizada debidamente habilitada, en el caso de un traslado de paciente por una urgencia vital. | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |
| Certificado o contrato del Registro Generadores de Residuos Peligrosos ante empresa de manejo de gestión integral de residuos. | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |
| Coordinador requerido y línea telefónica | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |
| Manual de Procedimientos y Protocolos de Manejo aceptados en salud para el manejo de los pacientes y manual de procesos y protocolos de enfermería en atención domiciliaria de acuerdo a los procedimientos más frecuentes en el servicio. | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |
| Indicadores de calidad en salud reportados a la Superintendencia Nacional de Salud y los establecidos en el PAMEC institucional. | CUMPLE | NO CUMPLE | CUMPLE |
| CONDICIONES DEL SERVICIO: El oferente debe certificar por escrito y entregar junto con la propuesta en único documento donde se compromete a lo establecido en el servicio | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |
| CERTIFICADO DE SUFICIENCIA | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |
| CERTIFICACIÓN DE COBERTURA GEOGRÁFICA EN EL DEPARTAMENTO SANTANDER Y NORTE DE SANTANDER, ÁREA RURAL Y URBANA, firmada por Representante Legal. | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |

## GRUPO 2

| GRUPO 2: PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN ATENCIÓN DOMICILIARIA, SERVICIOS MEDICOS Y PARAMEDICOS QUE REQUIEREN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FFMM INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA DEL EJERCITO (PADE) SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO No. 002 DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) Y LA DIRECTIVA No. 0041 DEL 2016 PARA EL PERSONAL DE AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR EN CUCUTA NORTE DE SANTANDER VIGENCIA 2019. | | | NEUROALIADOS | | NEUROCOOP | | VACUNORTE | | SANAMEDIC | | MEDICUC | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° DE ITEM | CODIGO CUPS | ESPECIFICACION TECNICA | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| 1 | 890105 | CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 6 HORAS INCLUYE TODAS LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA LA AUXILIAR DE ENFERMERIA(TOMA DE SIGNOS VITALES,CURACIONES DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD,COLOCACION DE SONDA VESICAL,ENEMAS,ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VO/IM/IV/SC ,CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE, TOMA DE GLUCOMETRIAS). | X | | X | | X | | X | | X | |
| 2 | 890105 | CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 8 HORAS INCLUYE TODAS LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA LA AUXILIAR DE ENFERMERIA. (TOMA DE SIGNOS VITALES, CURACIONES DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, COLOCACION DE SONDA VESICAL, ENEMAS, ADMINISTRACION | X | | X | | X | | X | | X | |

Scanned with CamScanner

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | DE MEDICAMENTOS VO/IM/IV/SC, CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE, TOMA DE GLUCOMETRIAS). | | | | | | | | | | | |
| 3 | 890105 | CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 12 HORAS NOCTURNA INCLUYE TODAS LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA LA AUXILIAR DE ENFERMERIA. (TOMA DE SIGNOS VITALES, CURACIONES DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, COLOCACION DE SONDA VESICAL, ENEMAS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VO/IM/IV/SC, CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE, TOMA DE GLUCOMETRIAS). | X | | X | | X | | X | | X | |
| 4 | 890105 | CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 12 HORAS DIURNO INCLUYE TODAS LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA LA AUXILIAR DE ENFERMERIA. (TOMA DE SIGNOS VITALES, CURACIONES DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, COLOCACION DE SONDA VESICAL, ENEMAS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VO/IM/IV/SC, CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE, TOMA DE GLUCOMETRIAS). | X | | X | | X | | X | | X | |
| 5 | 890105 | CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 24 HORAS INCLUYE TODAS LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA LA AUXILIAR DE ENFERMERIA. (TOMA DE SIGNOS VITALES, CURACIONES DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, COLOCACION DE SONDA VESICAL, ENEMAS, ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VO/IM/IV/SC, CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE, TOMA DE GLUCOMETRIAS). | X | | X | | X | | X | | X | |
| 6 | 902207 | TOMA DE EXÁMENES DE LABORATORIO INCLUYE LOS INSUMOS PARA LA TOMA DEL EXAMEN, INCLUYE RECIPIENTES | X | | X | | X | | X | | X | |
| 7 | NO CUPS | INSUMOS PARA COLOCACIÓN DE ENEMA, INCLUYE PARA LA COLOCACIÓN DEL ENEMA: GUANTES LIMPIOS, LUBRICANTES. PROCEDIMIENTO REALIZADO POR AUXILIAR DE ENFERMERIA QUE ESTE ASIGNADA DURANTE SU TURNO DE 6-8-12-24 HORAS.EL ENEMA (MEDICAMENTO) SERA SUMINISTRADO POR EL ESM.PROCEDIMIENTO - COLOCACIÓN DE ENEMA, INCLUYE PARA LA COLOCACIÓN DEL ENEMA: GUANTES LIMPIOS, LUBRICANTES. REALIZADO POR EVENTO, PARA EL PACIENTE QUE NO TENGA ASIGNADO EL AUXILIAR DE ENFERMERIA (ENFERMERA DE TIEMPO COMPLETO O POR TURNO DE 6-8-12 HR) EL ENEMA (MEDICAMENTO) SERA SUMINISTRADO POR EL ESM. | X | | X | | X | | X | | X | |
| 8 | 89010508 | PROCEDIMIENTO - COLOCACIÓN DE ENEMA, INCLUYE PARA LA COLOCACIÓN DEL ENEMA: GUANTES LIMPIOS, LUBRICANTES. REALIZADO POR EVENTO, PARA EL PACIENTE QUE NO TENGA ASIGNADO EL AUXILIAR DE | X | | X | | X | | X | | X | |

Scanned with CamScanner

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ENFERMERIA (ENFERMERA DE TIEMPO COMPLETO O POR TURNO DE 6-8-12 HR) EL ENEMA (MEDICAMENTO) SERA SUMINISTRADO POR EL ESM. | | | | | | | | | | | |
| 9 | NO CUPS | INSUMOS PARA COLOCACIÓN O CAMBIO DE SONDA VESICAL (EL SERVICIO DEBERA INCLUIR LOS INSUMOS PARA LA COLOCACIÓN DE LA SONDA COMO: GUANTES LIMPIOS, JERINGA 10 CM, GASAS, ESPARADRAPO ANTIALERGICO, ALGODÓN, ALCOHOL, XILOCAINA) PROCEDIMIENTO REALIZADO POR AUXILIAR DE ENFERMERIA QUE ESTE ASIGNADA DURANTE SU TURNO DE 6-8-12-24 HORAS Y PARA EL PACIENTE QUE REQUIERE CATETERISMO. LAS SONDAS SERAN SUMINSTRADAS POR EL ESM. | X | | X | | X | | X | | X | |
| 10 | 579400 | PROCEDIMIENTO COLOCACIÓN DE SONDA VESICAL (EL SERVICIO DEBERA INCLUIR LOS INSUMOS COMO: SONDA (CUALQUIER TIPO DE SONDA) GUANTES LIMPIOS, JERINGA, GASAS, ALGODÓN, ALCOHOL, XILOCAINA. POR EVENTO O SOLO PARA TOMA DE LABORATORIO, PARA AQUEL PACIENTE QUE NO TENGA ASIGNADO EL AUXILIAR DE ENFERMERIA ( ENFERMERA DE TIEMPO COMPLETO O POR TURNO DE 6-8-12 HR) | X | | X | | X | | X | | X | |
| 11 | 960600 | COLOCACIÓN O CAMBIO DE SONDA NASO GÁSTRICA (EL SERVICIO DEBERA INCLUIR LOS INSUMOS PARA LA COLOCACIÓN DE LA SONDA COMO: SONDA (CUALQUIER TIPO DE SONDA) GUANTES LIMPIOS, JERINGA, GASAS, ESPARADRAPO ANTIALERGICO, ALGODÓN, ALCOHOL, XILOCAINA) REALIZADA POR EVENTO POR ENFERMERA JEFE | X | | X | | X | | X | | X | |
| 12 | 903883 | PROCEDIMIENTO, TOMA DE GLUCOMETRÍA, INCLUYE EL EQUIPO, LA LANCETA Y LA TIRA. POR EVENTO PARA AQUEL PACIENTE QUE NO TENGA ASIGNADO EL AUXILIAR DE ENFERMERIA ( ENFERMERA DE TIEMPO COMPLETO O POR TURNO DE 6-8-12 HR) | X | | X | | X | | X | | X | |
| 13 | NO CUPS | INSUMOS PARA CURACIONES DE BAJA COMPLEJIDAD - ERITEMA CUTÁNEO, CUIDADO DE OSTOMIAS, CAMBIO DE DISPOSITIVO RESERVORIO (BOLSA Y GALLETA DE COLOSTOMIA). LOS PROCEDIMIENTOS DEBERAN INCLUIR LOS INSUMOS NECESARIOS PARA LA CURACIÓN QUE SE DEBAN SER UTILIZADOS O TRAMITADOS EN EL ESM (EN EL CASO DE INSUMOS PARA COLOSTOMIA). PROCEDIMIENTO REALIZADO POR AUXILIAR DE ENFERMERIA QUE ESTE ASIGNADA DURANTE SU TURNO DE 6-8-12-24 HORAS | X | | X | | X | | X | | X | |
| 14 | 869500 | PROCEDIMIENTO-CURACION DE BAJA COMPLEJIDAD - ERITEMA CUTÁNEO, CUIDADO DE OSTOMIAS, CAMBIO DE DISPOSITIVO RESERVORIO (BOLSA Y GALLETA DE COLOSTOMIA). LOS PROCEDIMIENTOS | X | | X | | X | | X | | X | |

Scanned with CamScanner

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | DEBERAN INCLUIR XLOS INSUMOS NECESARIOS PARA LA CURACIÓN QUE SE DEBAN SER UTILIZADOS O TRAMITADOS EN EL ESM (EN EL CASO DE INSUMOS PARA COLOSTOMIA). POR EVENTO. SOLO PARA AQUEL PACIENTE QUE NO TENGA ASIGNADO EL AUXILIAR DE ENFERMERIA ( ENFERMERA DE TIEMPO COMPLETO O POR TURNO DE 6-8-12 HR) | | | | | | | | | | | |
| 15 | NO CUPS | INSUMOS PARA CURACIONES DE MEDIANA COMPLEJIDAD: PÉRDIDA TOTAL DEL ESPESOR DE LA PIEL QUE AFECTA A LA EPIDERMIS, DERMIS O AMBAS. SE PRESENTA COMO UNA ABRASIÓN, O UN CRÁTER PROFUNDO, CON LOS TEJIDOS ADYACENTES EXCAVADOS O NO. INCLUYE INSUMOS NECESARIOS PARA LA CURACIÓN QUE SE DEBAN SER UTILIZADOS. PROCEDIMIENTO REALIZADO POR AUXILIAR DE ENFERMERIA QUE ESTE ASIGNADA DURANTE SU TURNO DE 6-8-12-24 HORAS | X | | X | | X | | X | | X | |
| 16 | 869500 | PROCEDIMIENTO- CURACION DE MEDIANA COMPLEJIDAD: PÉRDIDA TOTAL DEL ESPESOR DE LA PIEL QUE AFECTA A LA EPIDERMIS, DERMIS O AMBAS. SE PRESENTA COMO UNA ABRASIÓN, O UN CRÁTER PROFUNDO, CON LOS TEJIDOS ADYACENTES EXCAVADOS O NO. INCLUYE INSUMOS NECESARIOS PARA LA CURACIÓN QUE SE DEBAN SER UTILIZADOS. POR EVENTO SOLO PARA AQUEL PACIENTE QUE NO TENGA ASIGNADO EL AUXILIAR DE ENFERMERIA ( ENFERMERA DE TIEMPO COMPLETO O POR TURNO DE 6-8-12 HR) | X | | X | | X | | X | | X | |
| 17 | 869500 | PROCEDIMIENTO-CURACION DE ALTA COMPLEJIDAD:(REALIZADA POR ENFERMERA PROFESIONAL) CON PERDIDA TOTAL DEL ESPESOR DE LA PIEL CON DESTRUCCIÓN EXTENSA, NECROSIS TISULAR O LESIÓN MUSCULAR ÓSEA O DE LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE (COMO EL TENDÓN O LA CAPSULA DE LA ARTICULACIÓN, TAMBIÉN PUEDEN HABER SIGNOS Y SÍNTOMAS DE EXCAVACIÓN Y TRACTOS SINUSALES. EL SERVICIO DEBERÁ INCLUIR INSUMOS PARA LA CURACIÓN. INCLUYE INSUMOS NECESARIOS PARA LA CURACIÓN QUE SE DEBAN SER UTILIZADOS. | X | | X | | X | | X | | X | |
| 18 | 890112 | TERAPIA RESPIRATORIA DOMICILIARIA INCLUYE: EQUIPO NEBULIZADOR, SONDAS, GASAS Y MEDICAMENTOS PARA LA TERAPIA Y LOS INSUMOS PARA PROTEGER A LOS PRESTADORES COMO GUANTES, TAPABOCAS, GAFAS Y GASAS. | X | | X | | X | | X | | X | |
| 19 | 890111 | TERAPIA FÍSICA DOMICILIARIA, DURACION DE 45 MINUTOS, INCLUYE LOS INSUMOS PARA PROTEGER A LOS PRESTADORES COMO GUANTES, TAPABOCAS, GAFAS Y GASAS. | X | | X | | X | | X | | X | |
| 20 | 890113 | TERAPIA OCUPACIONAL, DURACION DE 45 MINUTOS INCLUYE LOS INSUMOS PARA | X | | X | | X | | X | | X | |

Scanned with CamScanner

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | PROTEGER A LOS PRESTADORES COMO GUANTES, TAPABOCAS, GAFAS Y GASAS. | | | | | | | | | | | |
| 21 | 890110 | TERAPIA DEL LENGUAJE Y DEGLUCIÓN DOMICILIARIA, DURACION DE 45 MINUTOS INCLUYE LOS INSUMOS PARA PROTEGER A LOS PRESTADORES COMO GUANTES, TAPABOCAS, GAFAS Y GASAS. | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 23 | 890205 | VISITA POR ENFERMERIA PROFESIONAL A DOMICILIO( UNA VEZ AL MES) | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 24 | 890101 | CONSULTA MÉDICA DOMICILIARIA (UNA VEZ AL MES) | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 25 | 890108 | CONSULTA POR PSICOLOGIA | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 26 | 890106 | CONSULTA POR NUTRICION | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 27 | 890109 | CONSULTA POR TRABAJO SOCIAL | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 28 | NO CUPS | ALQUILER DE EQUIPO DE SUCCION X MES | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 29 | NO CUPS | ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS O DE ALTO COSTO: EN HORARIO UNA SERIE DE APLICACIÓN, SEGÚN PRESCRIPCION MEDICA (CON INSUMOS) POR DIA. PARA EL PACIENTE QUE NO TENGA ASIGNADO EL AUXILIAR DE ENFERMERIA (ENFERMERA DE TIEMPO COMPLETO O POR TURNO DE 6-8-12 HR) EL MEDICAMENTO SERA SUMINISTRADO POR EL ESM. | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 30 | NO CUPS | ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS O DE ALTO COSTO: EN HORARIO DOS SERIES DE APLICACIÓN, SEGÚN PRESCRIPCION MEDICA (CON INSUMOS) POR DIA. PARA EL PACIENTE QUE NO TENGA ASIGNADO EL AUXILIAR DE ENFERMERIA (ENFERMERA DE TIEMPO COMPLETO O POR TURNO DE 6-8-12 HR) EL MEDICAMENTO SERA SUMINISTRADO POR EL ESM. | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 31 | NO CUPS | ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS O DE ALTO COSTO: EN HORARIO TRES SERIES DE APLICACIÓN, SEGÚN PRESCRIPCION MÉDICA (CON INSUMOS) POR DIA. PARA EL PACIENTE QUE NO TENGA ASIGNADO EL AUXILIAR DE ENFERMERIA (ENFERMERA DE TIEMPO COMPLETO O POR TURNO DE 6-8-12 HR) EL MEDICAMENTO SERA SUMINISTRADO POR EL ESM. | X | | X | | X | | X | | X | | |
| 32 | NO CUPS | ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS O DE ALTO COSTO: EN HORARIO CUATRO SERIES DE APLICACIÓN, SEGÚN PRESCRIPCION MÉDICA (CON INSUMOS) POR DIA. PARA EL PACIENTE QUE NO TENGA ASIGNADO EL AUXILIAR DE ENFERMERIA (ENFERMERA DE TIEMPO COMPLETO O POR TURNO DE 6-8-12 HR) EL MEDICAMENTO SERA SUMINISTRADO POR EL | X | | X | | X | | X | | X | | |

Scanned with CamScanner

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ESM. | | | | | | | | | | |
| 33 | NO CUPS | CERTIFICADO DE DEFUNCION EN CASO REQUERIDO DEACUERDO A LOS PROCEDIMIENTOS LEGALES | X | | X | | X | | X | | X | |
| 34 | 890202 | CONSULTA MEDICO INTERNISTA DOMICILIARIA POR ORDEN MEDICA DEL COORDINADOR DEL PROGRAMA | X | | X | | X | | X | | X | |
| 35 | NO CUPS | ALQUILER-DIA- DE OXIMETRO DE PULSO | X | | X | | X | | X | | X | |
| 36 | NO CUPS | TERAPIA DE NEURODESARROLLO | X | | X | | X | | X | | X | |

| DOCUMENTOS TECNICOS | NEUROALIADOS | NEUROCOOP | VACUNORTE | SANAMEDIC | MEDICUC |
|---|---|---|---|---|---|
| Certificado de habilitación | NO CUMPLE | NO CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | NO CUMPLE |
| Portafolio de servicios actualizado | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | NO CUMPLE | CUMPLE |
| Médico internista, Médico pediatra, Médico general, Terapeuta ocupacional, Terapeuta de lenguaje – Fonoaudióloga, Terapeuta respiratoria, Fisioterapeuta, Auxiliar de enfermería, Nutricionista, Psicólogo (a), Trabajador social, Jefe de enfermería | NO CUMPLE | NO CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |
| Hojas de vida del personal profesional y/o técnico que labore en la entidad de acuerdo al portafolio de servicios actualizada, Fotocopia legible de la tarjeta profesional. Fotocopia legible del diploma de PROFESIONAL con su respectiva acta de grado. Certificaciones laborales mínimo de 2 años para todos los perfiles | NOC UMPLE | NO CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |
| Afiliación a la ARL | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |
| Estar habilitado el Servicio de ambulancia o allegar contrato vigente con una empresa de Ambulancias medicalizada debidamente habilitada, en el caso de un traslado de paciente por una urgencia vital. | | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |
| Certificado o contrato del Registro Generadores de Residuos Peligrosos ante empresa de manejo de gestión integral de residuos. | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |
| Coordinador requerido y línea telefónica | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |
| Manual de Procedimientos y Protocolos de Manejo aceptados en salud para el manejo de los pacientes y manual de procesos y protocolos de enfermería en atención domiciliaria de acuerdo a los procedimientos más frecuentes en el servicio. | CUMPLE | NO CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |
| Indicadores de calidad en salud reportados a la Superintendencia Nacional de Salud y los establecidos en el PAMEC institucional. | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | NO CUMPLE |
| CONDICIONES DEL SERVICIO: El oferente debe certificar por escrito y entregar junto con la propuesta en único documento donde se compromete a lo establecido en el servicio | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |
| CERTIFICADO DE SUFICIENCIA | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | NO CUMPLE | CUMPLE |
| CERTIFICACIÓN DE COBERTURA GEOGRÁFICA EN EL DEPARTAMENTO SANTANDER Y NORTE DE SANTANDER, ÁREA RURAL Y URBANA, firmada por | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE | CUMPLE |

Scanned with CamScanner

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Representante Legal. | | | | | |

## GRUPO 3

| GRUPO 3: PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD DE HOSPITALIZACIÓN EN CASA ESPECIALIZADA QUE INCLUYE SERVICIOS PROFESIONALES MÉDICOS, PARAMÉDICOS Y SUMINISTRO DE EQUIPOS PARA SOPORTE VITAL E INSUMOS PARA PACIENTES QUE REQUIEREN VENTILACIÓN MECÁNICA Y CON DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CRÍTICAS A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ASIGNADOS AL DISPENSARIO MÉDICO DE BUCARAMANGA QUE ESTÉN, INCLUIDOS EN EL PROGRAMA SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO Nº 002 DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) Y LA DIRECTIVA Nº 0041 DEL 2016 EN LA VIGENCIA DE 201 | MEDICUC | | ADIS | |
|---|---|---|---|---|
| DESCRIPCION DE REQUERIMIENTO DE ATENCIÓN | SI | NO | SI | NO |
| Visita Médica Domiciliaria (MÉDICO GENERAL) 4 veces en el mes y se aumenta según necesidad del paciente | X | | X | |
| Visita Médico Especialista 1 vez/mes y se aumenta según necesidad del paciente | X | | X | |
| Valoración y manejo interdisciplinario | X | | X | |
| ENFERMERIA: | X | | X | |
| Visita enfermera jefe semanal es decir 4 visitas por mes y se aumenta según necesidad del paciente. Actividades de enfermería auxiliar de forma permanente 24 horas. | X | | X | |
| Curaciones, manejo de heridas y escaras, manejo de diferentes tipos de catéteres, sondas y ostomias. | X | | X | |
| Realización de procedimientos de enfermería y procedimientos especiales, como curaciones, transfusiones, toma de muestras, manejos de sondas gastrostomía. | X | | X | |
| TERAPIAS DE REHABILITACION | X | | X | |
| Terapias de apoyo (buscando la recuperación integral del paciente a través de terapias, respiratoria (disponibilidad 24 horas), física, del lenguaje, miofuncional y ocupacional, en caso de ser requerida. Incluyendo insumos pertinentes para cada una. | X | | X | |
| NUTRICION, PSICOLOGIA Y TRABAJO SOCIAL | X | | X | |
| Apoyo nutricional, psicológico, trabajo social si así lo requiere el paciente. Tales como Visita Nutrición 1 vez cada dos meses, Visita Psicología 1 vez cada dos mes y Trabajo Social 1 vez cada tres meses | X | | X | |
| | X | | X | |
| MEDICAMENTOS | X | | X | |
| Administración oportuna y eficiente de todos los medicamentos incluida la nutrición según orden medica bien sea por vía enteral, parenteral u otras a los pacientes con un estricto control, según sea el caso inclusive con bomba de infusión además debe ser con equipos propios y los precios incluidos dentro del mismo servicio. La adquisición de los medicamentos será a través del | X | | X | |

Scanned with CamScanner

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Dispensario Médico de Bucaramanga. | | | | |
| MATERIAL MEDICO QUIRURGICO | X | | X | |
| Suministro de material médico –quirúrgico (de acuerdo al plan de manejo) insumos, material médico quirúrgico, implementos de apoyo terapéutico y medicamentos para manejo terapéutico en su denominación genérica de conformidad con la Resolución 4377 de 2010 emanada por el Ministerio de Protección Social. | X | | X | |
| EQUIPOS MEDICOS | X | | X | |
| Suministro de Equipos Médicos Ventilador Mecánico portátil con batería interna, aspirador de secreciones eléctrico y portátil, nebulizador, resucitador manual ( adulto o pediátrico según el caso), oximetro de pulso con alarma, bomba de infusión continúa para alimentación, bomba de infusión continua para medicamentos, fonendoscopio, tensiómetro adulto y pediátrico. | X | | X | |
| MOBILIARIO | X | | X | |
| Cama eléctrica con cambios de altura y cabecero y colchón, de tres planos (cuna pediátrica con colchón, atril, organizador para equipos médicos, mueble para almacenar medicamentos. mortero, gramera, caneca central de residuos biológicos, caneca roja para residuos biológicos, caneca verde, | X | | X | |
| Kit de Emergencia | X | | X | |
| MANEJO DE RESIDUOS BIOLOGICOS | X | | X | |
| Ruta de desechos biosanitarios según lo establecido en la norma. | X | | X | |
| LABORATORIOS | X | | X | |
| La orden para exámenes de laboratorio es función del médico domiciliario; la muestra la debe tomar un laboratorio que garantice la calidad y veracidad en los resultados y ubicar los reportes en la residencia del paciente. Estos son responsabilidad de la empresa; prestadora del servicio de hospitalización en casa, cualquiera que sea su número. Debe estar justificado en la historia clínica por el médico tratante, previa autorización del Establecimiento de Sanidad Militar | X | | X | |
| OTROS PROCEDIMIENTOS | X | | X | |
| La entidad prestadora del servicio asume por su cuenta otros procedimientos tales como: electrocardiogramas, glucómetros y oximetrías a las pacientes que presentan patología pulmonar; cambios de sondas y manejo de escaras, previa autorización del supervisor del ESM. | X | | X | |
| REQUERIMIENTO DE AMBULANCIA | X | | X | |
| La empresa prestadora será la encargada de prestar el servicio de ambulancia en el caso de un traslado de paciente por una urgencia vital. | X | | X | |
| HISTORIA CLINICA | X | | X | |
| Manejo de historia clínica de acuerdo a los lineamientos de la resolución 1995 de 1999 de cada uno de los pacientes que se encuentran inscritos en el Programa de Hospitalización en Casa. | X | | X | |

Scanned with CamScanner

| DOCUMENTOS TECNICOS | MEDICUC | ADIS |
|---|---|---|
| Certificado de habilitación | NO CUMPLE | CUMPLE |
| Portafolio de servicios actualizado | CUMPLE | CUMPLE |
| Médico internista, Médico pediatra, Médico general, Terapeuta ocupacional, Terapeuta de lenguaje – Fonoaudióloga, Terapeuta respiratoria, Fisioterapeuta, Auxiliar de enfermería, Nutricionista, Psicólogo (a), Trabajador social, Jefe de enfermería | CUMPLE | CUMPLE |
| Hojas de vida del personal profesional y/o técnico que labore en la entidad de acuerdo al portafolio de servicios actualizada, Fotocopia legible de la tarjeta profesional.<br>Fotocopia legible del diploma de PROFESIONAL con su respectiva acta de grado.<br>Certificaciones laborales mínimo de 2 años para todos los perfiles | CUMPLE | CUMPLE |
| Afiliación a la ARL | CUMPLE | CUMPLE |
| Estar habilitado el Servicio de ambulancia o allegar contrato vigente con una empresa de Ambulancias medicalizada debidamente habilitada, en el caso de un traslado de paciente por una urgencia vital. | CUMPLE | CUMPLE |
| Certificado o contrato del Registro Generadores de Residuos Peligrosos ante empresa de manejo de gestión integral de residuos. | CUMPLE | CUMPLE |
| Coordinador requerido y línea telefónica | CUMPLE | CUMPLE |
| Manual de Procedimientos y Protocolos de Manejo aceptados en salud para el manejo de los pacientes y manual de procesos y protocolos de enfermería en atención domiciliaria de acuerdo a los procedimientos más frecuentes en el servicio. | CUMPLE | CUMPLE |
| Indicadores de calidad en salud reportados a la Superintendencia Nacional de Salud y los establecidos en el PAMEC institucional. | NO CUMPLE | CUMPLE |
| CONDICIONES DEL SERVICIO: El oferente debe certificar por escrito y entregar junto con la propuesta en único documento donde se compromete a lo establecido en el servicio | CUMPLE | CUMPLE |
| CERTIFICADO DE SUFICIENCIA | CUMPLE | CUMPLE |
| CERTIFICACIÓN DE COBERTURA GEOGRÁFICA EN EL DEPARTAMENTO SANTANDER Y NORTE DE SANTANDER, ÁREA RURAL Y URBANA, firmada por Representante Legal. | CUMPLE | CUMPLE |

Glenda Yurley Santos C.

PS GLENDA YURLEY SANTOS CACERES
TERAPEUTA RESPIRATORIA
COMITÉ TECNICO EVALUADOR

Scanned with CamScanner

Nuevo | Buscar | Ayuda

**REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS**

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

| PRESTADORES | SEDES | **SERVICIOS** | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES |
|---|---|---|---|---|---|

NIT/CC 900204617 -

Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador - Clase de Prestador

Empresa Social del Estado Nivel Atención Prestador Carácter Territorial

DATOS DE LA SEDE

Departamento Municipio

Código de la Sede -

Nombre de la Sede

SERVICIO

Grupo Número Distintivo de Habilitación del Servicio

Servicio

Modalidad
- Intramural: Ambulatorio
- Intramural: Hospitalario
- Extramural: Unidad Móvil
- Extramural: Domiciliario
- Extramural: Otras Extramural
- Telemedicina: Centro Referencia
- Telemedicina: Institución Remisora

Complejidad Baja Media Alta

Fecha apertura del servicio AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.

**Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: lunes 20 de mayo de 2019 (8:36 a. m.)**

Excel | Word | Texto

**(72) registros encontrados.**

1 2

| Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Servicio | Distintivo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Santander | BARRANCABERMEJA | 6808103930 | 02 | MEDICUC IPS LTDA | 329-MEDICINA INTERNA | DHS496450 |
| Santander | BARRANCABERMEJA | 6808103930 | 02 | MEDICUC IPS LTDA | 333-NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | DHS331481 |
| Santander | BARRANCABERMEJA | 6808103930 | 02 | MEDICUC IPS LTDA | 344-PSICOLOGÍA | DHS331482 |
| Santander | BARRANCABERMEJA | 6808103930 | 02 | MEDICUC IPS LTDA | 712-TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO | DHS331483 |
| Santander | BARRANCABERMEJA | 6808103930 | 02 | MEDICUC IPS LTDA | 728-TERAPIA OCUPACIONAL | DHS496451 |
| Santander | BARRANCABERMEJA | 6808103930 | 02 | MEDICUC IPS LTDA | 729-TERAPIA RESPIRATORIA | DHS331484 |
| Santander | BARRANCABERMEJA | 6808103930 | 02 | MEDICUC IPS LTDA | 739-FISIOTERAPIA | DHS331485 |
| Santander | BARRANCABERMEJA | 6808103930 | 02 | MEDICUC IPS LTDA | 740-FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | DHS496452 |
| Santander | BARRANCABERMEJA | 6808103930 | 02 | MEDICUC IPS LTDA | 816-ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE CRÓNICO SIN VENTILADOR | DHS331486 |
| Santander | BARRANCABERMEJA | 6808103930 | 02 | MEDICUC IPS LTDA | 817-ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE AGUDO | DHS331487 |
| Santander | FLORIDABLANCA | 6827603930 | 01 | MEDICUC IPS LTDA | 312-ENFERMERÍA | DHS302399 |
| Santander | FLORIDABLANCA | 6827603930 | 01 | MEDICUC IPS LTDA | 328-MEDICINA GENERAL | DHS302340 |
| Santander | FLORIDABLANCA | 6827603930 | 01 | MEDICUC IPS LTDA | 329-MEDICINA INTERNA | DHS338378 |
| Santander | FLORIDABLANCA | 6827603930 | 01 | MEDICUC IPS LTDA | 333-NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | DHS302400 |
| Santander | FLORIDABLANCA | 6827603930 | 01 | MEDICUC IPS LTDA | 344-PSICOLOGÍA | DHS302401 |
| Santander | FLORIDABLANCA | 6827603930 | 01 | MEDICUC IPS LTDA | 712-TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO | DHS302402 |
| Santander | FLORIDABLANCA | 6827603930 | 01 | MEDICUC IPS LTDA | 728-TERAPIA OCUPACIONAL | DHS496485 |
| Santander | FLORIDABLANCA | 6827603930 | 01 | MEDICUC IPS LTDA | 729-TERAPIA RESPIRATORIA | DHS496486 |
| Santander | FLORIDABLANCA | 6827603930 | 01 | MEDICUC IPS LTDA | 739-FISIOTERAPIA | DHS496487 |
| Santander | FLORIDABLANCA | 6827603930 | 01 | MEDICUC IPS LTDA | 740-FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | DHS496488 |
| Santander | FLORIDABLANCA | 6827603930 | 01 | MEDICUC IPS LTDA | 816-ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE CRÓNICO SIN VENTILADOR | DHS302341 |
| Santander | FLORIDABLANCA | 6827603930 | 01 | MEDICUC IPS LTDA | 817-ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE AGUDO | DHS302342 |

1 2

Nuevo | Buscar | Ayuda

Scanned with CamScanner

Nuevo | Buscar | Ayuda

**REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS**

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | **SERVICIOS** | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT/CC -

Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador 6800106857 - Clase de Prestador

Empresa Social del Estado Nivel Atención Prestador Carácter Territorial

DATOS DE LA SEDE

Departamento Municipio

Código de la Sede -

Nombre de la Sede

SERVICIO

Grupo Número Distintivo de Habilitación del Servicio

Servicio

Modalidad
- Intramural: Ambulatorio
- Intramural: Hospitalario
- Extramural: Unidad Móvil
- Extramural: Domiciliario
- Extramural: Otras Extramural
- Telemedicina: Centro Referencia
- Telemedicina: Institución Remisora

Complejidad Baja Media Alta

Fecha apertura del servicio AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.

**Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: lunes 20 de mayo de 2019 (8:40 a. m.)**

Excel | Word | Texto

**(14) registros encontrados.**

1

| Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Servicio | Distintivo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Santander | BUCARAMANGA | 6800106857 | 01 | ADIS ATENCION DOMICILIARIA INTEGRAL DE SALUD SAS | 312-ENFERMERÍA | DHS553015 |
| Santander | BUCARAMANGA | 6800106857 | 01 | ADIS ATENCION DOMICILIARIA INTEGRAL DE SALUD SAS | 328-MEDICINA GENERAL | DHS553016 |
| Santander | BUCARAMANGA | 6800106857 | 01 | ADIS ATENCION DOMICILIARIA INTEGRAL DE SALUD SAS | 329-MEDICINA INTERNA | DHS553017 |
| Santander | BUCARAMANGA | 6800106857 | 01 | ADIS ATENCION DOMICILIARIA INTEGRAL DE SALUD SAS | 333-NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | DHS553018 |
| Santander | BUCARAMANGA | 6800106857 | 01 | ADIS ATENCION DOMICILIARIA INTEGRAL DE SALUD SAS | 342-PEDIATRÍA | DHS605387 |
| Santander | BUCARAMANGA | 6800106857 | 01 | ADIS ATENCION DOMICILIARIA INTEGRAL DE SALUD SAS | 344-PSICOLOGÍA | DHS553020 |
| Santander | BUCARAMANGA | 6800106857 | 01 | ADIS ATENCION DOMICILIARIA INTEGRAL DE SALUD SAS | 712-TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO | DHS553022 |
| Santander | BUCARAMANGA | 6800106857 | 01 | ADIS ATENCION DOMICILIARIA INTEGRAL DE SALUD SAS | 728-TERAPIA OCUPACIONAL | DHS553023 |
| Santander | BUCARAMANGA | 6800106857 | 01 | ADIS ATENCION DOMICILIARIA INTEGRAL DE SALUD SAS | 729-TERAPIA RESPIRATORIA | DHS553024 |
| Santander | BUCARAMANGA | 6800106857 | 01 | ADIS ATENCION DOMICILIARIA INTEGRAL DE SALUD SAS | 739-FISIOTERAPIA | DHS553025 |
| Santander | BUCARAMANGA | 6800106857 | 01 | ADIS ATENCION DOMICILIARIA INTEGRAL DE SALUD SAS | 740-FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | DHS553026 |
| Santander | BUCARAMANGA | 6800106857 | 01 | ADIS ATENCION DOMICILIARIA INTEGRAL DE SALUD SAS | 815-ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE CRÓNICO CON VENTILADOR | DHS605388 |
| Santander | BUCARAMANGA | 6800106857 | 01 | ADIS ATENCION DOMICILIARIA INTEGRAL DE SALUD SAS | 816-ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE CRÓNICO SIN VENTILADOR | DHS605389 |
| Santander | BUCARAMANGA | 6800106857 | 01 | ADIS ATENCION DOMICILIARIA INTEGRAL DE SALUD SAS | 817-ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE AGUDO | DHS553027 |

1

Nuevo | Buscar | Ayuda

Scanned with CamScanner

Nuevo | Buscar | Ayuda

**REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS**

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | **SERVICIOS** | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT/CC -

Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador 6808103602 - Clase de Prestador

Empresa Social del Estado Nivel Atención Prestador Carácter Territorial

DATOS DE LA SEDE

Departamento Municipio

Código de la Sede -

Nombre de la Sede

SERVICIO

Grupo Número Distintivo de Habilitación del Servicio

Servicio

Modalidad ☐ Intramural: Ambulatorio ☐ Intramural: Hospitalario ☐ Extramural: Unidad Móvil ☐ Extramural: Domiciliario ☐ Extramural: Otras Extramural ☐ Telemedicina: Centro Referencia ☐ Telemedicina: Institución Remisora

Complejidad ☐ Baja ☐ Media ☐ Alta

Fecha apertura del servicio AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.

**Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: lunes 20 de mayo de 2019 (9:14 a. m.)**

Excel | Word | Texto ;

**(20) registros encontrados.**

1

| Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Servicio | Distintivo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Santander | BUCARAMANGA | 6800103602 | 05 | DIAGNOSTICO Y SERVICIOS S.A.S. | 706-LABORATORIO CLÍNICO | DHS391779 |
| Santander | BUCARAMANGA | 6800103602 | 05 | DIAGNOSTICO Y SERVICIOS S.A.S. | 712-TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO | DHS391780 |
| Santander | BUCARAMANGA | 6800103602 | 05 | DIAGNOSTICO Y SERVICIOS S.A.S. | 717-LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS | DHS607414 |
| Santander | BUCARAMANGA | 6800103602 | 05 | DIAGNOSTICO Y SERVICIOS S.A.S. | 741-TAMIZACIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO | DHS391781 |
| Santander | BUCARAMANGA | 6800103602 | 05 | DIAGNOSTICO Y SERVICIOS S.A.S. | 816-ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE CRÓNICO SIN VENTILADOR | DHS772010 |
| Santander | BARRANCABERMEJA | 6808103602 | 01 | DIAGNOSTICO & SERVICIOS S.A.S | 328-MEDICINA GENERAL | DHS417851 |
| Santander | BARRANCABERMEJA | 6808103602 | 01 | DIAGNOSTICO & SERVICIOS S.A.S | 333-NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | DHS553317 |
| Santander | BARRANCABERMEJA | 6808103602 | 01 | DIAGNOSTICO & SERVICIOS S.A.S | 337-OPTOMETRÍA | DHS256660 |
| Santander | BARRANCABERMEJA | 6808103602 | 01 | DIAGNOSTICO & SERVICIOS S.A.S | 344-PSICOLOGÍA | DHS227561 |
| Santander | BARRANCABERMEJA | 6808103602 | 01 | DIAGNOSTICO & SERVICIOS S.A.S | 407-MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL | DHS227562 |
| Santander | BARRANCABERMEJA | 6808103602 | 01 | DIAGNOSTICO & SERVICIOS S.A.S | 706-LABORATORIO CLÍNICO | DHS255280 |
| Santander | BARRANCABERMEJA | 6808103602 | 01 | DIAGNOSTICO & SERVICIOS S.A.S | 712-TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO | DHS255281 |
| Santander | BARRANCABERMEJA | 6808103602 | 01 | DIAGNOSTICO & SERVICIOS S.A.S | 717-LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS | DHS255282 |
| Santander | BARRANCABERMEJA | 6808103602 | 01 | DIAGNOSTICO & SERVICIOS S.A.S | 728-TERAPIA OCUPACIONAL | DHS533410 |
| Santander | BARRANCABERMEJA | 6808103602 | 01 | DIAGNOSTICO & SERVICIOS S.A.S | 729-TERAPIA RESPIRATORIA | DHS533411 |
| Santander | BARRANCABERMEJA | 6808103602 | 01 | DIAGNOSTICO & SERVICIOS S.A.S | 739-FISIOTERAPIA | DHS227563 |
| Santander | BARRANCABERMEJA | 6808103602 | 01 | DIAGNOSTICO & SERVICIOS S.A.S | 740-FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | DHS255283 |
| Santander | BARRANCABERMEJA | 6808103602 | 01 | DIAGNOSTICO & SERVICIOS S.A.S | 741-TAMIZACIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO | DHS255284 |
| Santander | BARRANCABERMEJA | 6808103602 | 01 | DIAGNOSTICO & SERVICIOS S.A.S | 816-ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE CRÓNICO SIN VENTILADOR | DHS533412 |
| Santander | BARRANCABERMEJA | 6808103602 | 01 | DIAGNOSTICO & SERVICIOS S.A.S | 916-PROTECCIÓN ESPECÍFICA - VACUNACIÓN | DHS227564 |

1

Nuevo | Buscar | Ayuda



Scanned with CamScanner

Nuevo Buscar Ayuda

**REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS**

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT/CC -

Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador 5400101818 - Clase de Prestador

Empresa Social del Estado Nivel Atención Prestador Carácter Territorial

DATOS DE LA SEDE

Departamento Municipio

Código de la Sede -

Nombre de la Sede

SERVICIO

Grupo Número Distintivo de Habilitación del Servicio

Servicio

Modalidad ■ Intramural: Ambulatorio ■ Intramural: Hospitalario ■ Extramural: Unidad Móvil ■ Extramural: Domiciliario ■ Extramural: Otras Extramural ■ Telemedicina: Centro Referencia ■ Telemedicina: Institución Remisora

Complejidad ■ Baja ■ Media ■ Alta

Fecha apertura del servicio AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.

**Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: lunes 20 de mayo de 2019 (9:50 a. m.)**

Excel Word Texto

**(32) registros encontrados.**

1

| Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Servicio | Distintivo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400101818 | 01 | NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL | 312-ENFERMERÍA | DHS066280 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400101818 | 01 | NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL | 327-MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | DHS066281 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400101818 | 01 | NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL | 328-MEDICINA GENERAL | DHS066282 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400101818 | 01 | NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL | 332-NEUROLOGÍA | DHS066284 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400101818 | 01 | NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL | 333-NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | DHS255534 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400101818 | 01 | NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL | 344-PSICOLOGÍA | DHS066286 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400101818 | 01 | NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL | 387-NEUROCIRUGÍA | DHS066287 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400101818 | 01 | NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL | 725-ELECTRODIAGNÓSTICO | DHS066289 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400101818 | 01 | NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL | 728-TERAPIA OCUPACIONAL | DHS066290 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400101818 | 01 | NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL | 729-TERAPIA RESPIRATORIA | DHS066291 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400101818 | 01 | NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL | 739-FISIOTERAPIA | DHS066292 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400101818 | 01 | NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL | 740-FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | DHS066293 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400101818 | 01 | NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL | 816-ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE CRÓNICO SIN VENTILADOR | DHS307072 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801818 | 03 | NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL | 312-ENFERMERÍA | DHS066294 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801818 | 03 | NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL | 328-MEDICINA GENERAL | DHS066295 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801818 | 03 | NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL | 387-NEUROCIRUGÍA | DHS066296 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801818 | 03 | NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL | 725-ELECTRODIAGNÓSTICO | DHS066297 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801818 | 03 | NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL | 728-TERAPIA OCUPACIONAL | DHS066298 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801818 | 03 | NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL | 729-TERAPIA RESPIRATORIA | DHS066299 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801818 | 03 | NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL | 739-FISIOTERAPIA | DHS066300 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801818 | 03 | NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL | 740-FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | DHS066301 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801818 | 03 | NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL | 816-ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE CRÓNICO SIN VENTILADOR | DHS304428 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451801818 | 02 | NEUROCOOP S.A.S | 312-ENFERMERÍA | DHS507528 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451801818 | 02 | NEUROCOOP S.A.S | 328-MEDICINA GENERAL | DHS507529 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451801818 | 02 | NEUROCOOP S.A.S | 332-NEUROLOGÍA | DHS507530 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451801818 | 02 | NEUROCOOP S.A.S | 344-PSICOLOGÍA | DHS507531 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451801818 | 02 | NEUROCOOP S.A.S | 387-NEUROCIRUGÍA | DHS507532 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451801818 | 02 | NEUROCOOP S.A.S | 725-ELECTRODIAGNÓSTICO | DHS507533 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451801818 | 02 | NEUROCOOP S.A.S | 728-TERAPIA OCUPACIONAL | DHS507534 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451801818 | 02 | NEUROCOOP S.A.S | 729-TERAPIA RESPIRATORIA | DHS507535 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451801818 | 02 | NEUROCOOP S.A.S | 739-FISIOTERAPIA | DHS507536 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451801818 | 02 | NEUROCOOP S.A.S | 740-FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | DHS507537 |

1



Scanned with CamScanner

Nuevo | Buscar | Ayuda

**REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS**

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

| PRESTADORES | SEDES | **SERVICIOS** | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES |
|---|---|---|---|---|---|

NIT/CC -

Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador 5400102115 - Clase de Prestador

Empresa Social del Estado Nivel Atención Prestador Carácter Territorial

DATOS DE LA SEDE

Departamento Municipio

Código de la Sede -

Nombre de la Sede

SERVICIO

Grupo Número Distintivo de Habilitación del Servicio

Servicio

Modalidad
- Intramural: Ambulatorio
- Intramural: Hospitalario
- Extramural: Unidad Móvil
- Extramural: Domiciliario
- Extramural: Otras Extramural
- Telemedicina: Centro Referencia
- Telemedicina: Institución Remisora

Complejidad
- Baja
- Media
- Alta

Fecha apertura del servicio AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.

**Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: lunes 20 de mayo de 2019 (9:48 a. m.)**

**(9) registros encontrados.**

1

| Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Servicio | Distintivo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400102115 | 01 | NEUROALIADOS MEDICINA ESPECIALIZADA S.A.S. | 332-NEUROLOGÍA | DHS072504 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400102115 | 01 | NEUROALIADOS MEDICINA ESPECIALIZADA S.A.S. | 333-NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | DHS306867 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400102115 | 01 | NEUROALIADOS MEDICINA ESPECIALIZADA S.A.S. | 387-NEUROCIRUGÍA | DHS072505 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400102115 | 01 | NEUROALIADOS MEDICINA ESPECIALIZADA S.A.S. | 725-ELECTRODIAGNÓSTICO | DHS306868 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400102115 | 01 | NEUROALIADOS MEDICINA ESPECIALIZADA S.A.S. | 728-TERAPIA OCUPACIONAL | DHS072506 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400102115 | 01 | NEUROALIADOS MEDICINA ESPECIALIZADA S.A.S. | 729-TERAPIA RESPIRATORIA | DHS072507 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400102115 | 01 | NEUROALIADOS MEDICINA ESPECIALIZADA S.A.S. | 739-FISIOTERAPIA | DHS072508 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400102115 | 01 | NEUROALIADOS MEDICINA ESPECIALIZADA S.A.S. | 740-FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | DHS306869 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400102115 | 01 | NEUROALIADOS MEDICINA ESPECIALIZADA S.A.S. | 816-ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE CRÓNICO SIN VENTILADOR | DHS306870 |

1

Ayuda



Scanned with CamScanner

Nuevo | Buscar | Ayuda

**REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS**

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

| PRESTADORES | SEDES | **SERVICIOS** | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES |
|---|---|---|---|---|---|

NIT/CC -

Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador 5400102145 - Clase de Prestador

Empresa Social del Estado Nivel Atención Prestador Carácter Territorial

DATOS DE LA SEDE

Departamento Municipio

Código de la Sede -

Nombre de la Sede

SERVICIO

Grupo Número Distintivo de Habilitación del Servicio

Servicio

Modalidad
- Intramural: Ambulatorio
- Intramural: Hospitalario
- Extramural: Unidad Móvil
- Extramural: Domiciliario
- Extramural: Otras Extramural
- Telemedicina: Centro Referencia
- Telemedicina: Institución Remisora

Complejidad
- Baja
- Media
- Alta

Fecha apertura del servicio AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.

**Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: lunes 20 de mayo de 2019 (9:53 a. m.)**

Ver

**(21) registros encontrados.**

1

| Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Servicio | Distintivo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400102145 | 01 | VACUNORTE IPS | 312-ENFERMERÍA | DHS237690 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400102145 | 01 | VACUNORTE IPS | 328-MEDICINA GENERAL | DHS552510 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400102145 | 01 | VACUNORTE IPS | 329-MEDICINA INTERNA | DHS730183 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400102145 | 01 | VACUNORTE IPS | 333-NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | DHS552511 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400102145 | 01 | VACUNORTE IPS | 337-OPTOMETRÍA | DHS552512 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400102145 | 01 | VACUNORTE IPS | 342-PEDIATRÍA | DHS791786 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400102145 | 01 | VACUNORTE IPS | 344-PSICOLOGÍA | DHS730585 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400102145 | 01 | VACUNORTE IPS | 712-TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO | DHS303084 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400102145 | 01 | VACUNORTE IPS | 728-TERAPIA OCUPACIONAL | DHS730586 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400102145 | 01 | VACUNORTE IPS | 729-TERAPIA RESPIRATORIA | DHS237691 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400102145 | 01 | VACUNORTE IPS | 739-FISIOTERAPIA | DHS730587 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400102145 | 01 | VACUNORTE IPS | 740-FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | DHS552513 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400102145 | 01 | VACUNORTE IPS | 816-ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE CRÓNICO SIN VENTILADOR | DHS303085 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400102145 | 01 | VACUNORTE IPS | 817-ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE AGUDO | DHS303086 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400102145 | 01 | VACUNORTE IPS | 916-PROTECCIÓN ESPECÍFICA - VACUNACIÓN | DHS237692 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449802145 | 03 | VACUNORTE IPS OCAÑA | 712-TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO | DHS521341 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449802145 | 03 | VACUNORTE IPS OCAÑA | 816-ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE CRÓNICO SIN VENTILADOR | DHS521342 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449802145 | 03 | VACUNORTE IPS OCAÑA | 817-ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE AGUDO | DHS521343 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451802145 | 02 | VACUNORTE IPS PAMPLONA | 712-TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO | DHS521345 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451802145 | 02 | VACUNORTE IPS PAMPLONA | 816-ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE CRÓNICO SIN VENTILADOR | DHS521346 |
| Norte de Santander | PAMPLONA | 5451802145 | 02 | VACUNORTE IPS PAMPLONA | 817-ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE AGUDO | DHS521347 |

1

Nuevo | Buscar



Scanned with CamScanner

Nuevo | Buscar | Ayuda

**REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS**

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | **SERVICIOS** | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT/CC -

Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador 5449801598 - Clase de Prestador

Empresa Social del Estado Nivel Atención Prestador Carácter Territorial

DATOS DE LA SEDE

Departamento Municipio

Código de la Sede -

Nombre de la Sede

SERVICIO

Grupo Número Distintivo de Habilitación del Servicio

Servicio

Modalidad
- Intramural: Ambulatorio
- Intramural: Hospitalario
- Extramural: Unidad Móvil
- Extramural: Domiciliario
- Extramural: Otras Extramural
- Telemedicina: Centro Referencia
- Telemedicina: Institución Remisora

Complejidad
- Baja
- Media
- Alta

Fecha apertura del servicio AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.

**Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: lunes 20 de mayo de 2019 (10:08 a. m.)**

Excel | Word | Texto

**(34) registros encontrados.**

1

| Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Servicio | Distintivo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400101598 | 06 | SANAMEDIC ATENCIÓN DOMICILIARIA | 328-MEDICINA GENERAL | DHS791690 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400101598 | 06 | SANAMEDIC ATENCIÓN DOMICILIARIA | 333-NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | DHS791691 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400101598 | 06 | SANAMEDIC ATENCIÓN DOMICILIARIA | 344-PSICOLOGÍA | DHS791692 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400101598 | 06 | SANAMEDIC ATENCIÓN DOMICILIARIA | 728-TERAPIA OCUPACIONAL | DHS791693 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400101598 | 06 | SANAMEDIC ATENCIÓN DOMICILIARIA | 729-TERAPIA RESPIRATORIA | DHS791694 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400101598 | 06 | SANAMEDIC ATENCIÓN DOMICILIARIA | 739-FISIOTERAPIA | DHS791695 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400101598 | 06 | SANAMEDIC ATENCIÓN DOMICILIARIA | 740-FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | DHS791696 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400101598 | 06 | SANAMEDIC ATENCIÓN DOMICILIARIA | 816-ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE CRÓNICO SIN VENTILADOR | DHS791697 |
| Norte de Santander | CÚCUTA | 5400101598 | 06 | SANAMEDIC ATENCIÓN DOMICILIARIA | 817-ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE AGUDO | DHS791698 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801598 | 02 | SANAMEDIC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - S.A.S | 302-CARDIOLOGÍA | DHS415901 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801598 | 02 | SANAMEDIC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - S.A.S | 308-DERMATOLOGÍA | DHS237293 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801598 | 02 | SANAMEDIC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - S.A.S | 320-GINECOBSTETRICIA | DHS237294 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801598 | 02 | SANAMEDIC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - S.A.S | 328-MEDICINA GENERAL | DHS093819 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801598 | 02 | SANAMEDIC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - S.A.S | 329-MEDICINA INTERNA | DHS237295 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801598 | 02 | SANAMEDIC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - S.A.S | 333-NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | DHS166397 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801598 | 02 | SANAMEDIC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - S.A.S | 334-ODONTOLOGÍA GENERAL | DHS093820 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801598 | 02 | SANAMEDIC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - S.A.S | 339-ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA | DHS166398 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801598 | 02 | SANAMEDIC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - S.A.S | 342-PEDIATRÍA | DHS237296 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801598 | 02 | SANAMEDIC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - S.A.S | 344-PSICOLOGÍA | DHS093821 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801598 | 02 | SANAMEDIC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - S.A.S | 345-PSIQUIATRÍA | DHS166399 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801598 | 02 | SANAMEDIC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - S.A.S | 701-DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR | DHS727177 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801598 | 02 | SANAMEDIC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - S.A.S | 712-TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO | DHS093822 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801598 | 02 | SANAMEDIC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - S.A.S | 714-SERVICIO FARMACÉUTICO | DHS093823 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801598 | 02 | SANAMEDIC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - S.A.S | 728-TERAPIA OCUPACIONAL | DHS093824 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801598 | 02 | SANAMEDIC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - S.A.S | 729-TERAPIA RESPIRATORIA | DHS093825 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801598 | 02 | SANAMEDIC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - S.A.S | 739-FISIOTERAPIA | DHS093826 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801598 | 02 | SANAMEDIC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - S.A.S | 740-FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | DHS093827 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801598 | 02 | SANAMEDIC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - S.A.S | 816-ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE CRÓNICO SIN VENTILADOR | DHS166401 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801598 | 02 | SANAMEDIC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - S.A.S | 817-ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE AGUDO | DHS379168 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801598 | 04 | SANAMEDIC CENTRO DE REHABILITACION | 344-PSICOLOGÍA | DHS727178 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801598 | 04 | SANAMEDIC CENTRO DE REHABILITACION | 728-TERAPIA OCUPACIONAL | DHS431410 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801598 | 04 | SANAMEDIC CENTRO DE REHABILITACION | 729-TERAPIA RESPIRATORIA | DHS431411 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801598 | 04 | SANAMEDIC CENTRO DE REHABILITACION | 739-FISIOTERAPIA | DHS431412 |
| Norte de Santander | OCAÑA | 5449801598 | 04 | SANAMEDIC CENTRO DE REHABILITACION | 740-FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | DHS431413 |

1

Nuevo | Buscar | Ayuda



Scanned with CamScanner