Santiago de Cali, 11 de Mayo de 2023

Señor@
Coronel
Gerente de Proyecto proceso 297-DIGSA/DMCAL-2023

Asunto: RE Evaluación técnica del proceso de Menor Cuantía N°297-DIGSA/DMCAL-2023, cuyo objeto es **CONTRATAR "LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ATENCIÓN DOMICILIARIA, HOSPITALIZACIÓN EN CASA, SERVICIOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES DEL DISPENSARIO MEDICO DE POPAYÁN, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA DIRECTIVA PERMANENTE N°1733 DE 2014 Y RESOLUCIÓN N°1438 DEL 2011 DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO".**

PARTICIPANTES:

UNIDAD FISIOTERAPEUTICA DE OCCIDENTE S.A.S
SOLUCIONES Y EMPRENDIMIENTO EMPRESARIAL SAS.
IPS OSTEOSALUD DEL CAUCA SAS.

De esta manera se procederá a evaluar las ofertas.

UNIDAD FISIOTERAPEUTICA DE OCCIDENTE S.A.S

DOCUMENTOS DE CONTENIDO TÉCNICO OBJETO DE VERIFICACIÓN Y EVALUACIÓN
4.0 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

El proponente deberá presentar el cumplimiento de especificaciones técnicas excluyentes de los bienes y/o servicios que ofrece, conforme a la descripción de las mismas en el numeral **2.3 DOCUMENTOS DE CONTENIDO TÉCNICO OBJETO DE VERIFICACIÓN** y el Anexo 2 "**NORMAS TÉCNICAS, FICHAS Y/O ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO**".

El oferente deberá presentar el cumplimiento de especificaciones técnicas excluyentes de los bienes y/o servicios que ofrece, conforme a la descripción de las mismas en el **numeral 4.0 del Anexo No. 2 "NORMAS TÉCNICAS, FICHAS Y/O ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO**", que son de obligatorio cumplimiento, para lo cual debe diligenciar correcta y completamente el **Anexo No. 2 "NORMAS TÉCNICAS, FICHAS Y/O ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO**"

ITEM	CODIGO DANE	CÓDIGO CUPS	CÓDIGO UNSPSC	DESCRIPCION DEL SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
1	93221	890101	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR MEDICINA GENERAL	SERVICIO	1	X	

2	93221	890101	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR MEDICO ESPECIALIZADO EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	SERVICIO	1	X	
3	93221	890101	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR MEDICO ESPECIALIZADO EN GERIATRÍA	SERVICIO	1	X	
4	93221	890101	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR MEDICINA INTERNA	SERVICIO	1	X	
5	93221	890101	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR MEDICO ESPECIALIZADO EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	SERVICIO	1	X	
6	93221	890102	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR MEDICINA ESPECIALIZADA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	SERVICIO	1	X	
7	93221	890111	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR FISIOTERAPIA	SERVICIO	1	X	
8	93221	890110	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR FONIATRIA Y/O FONOAUDIOLOGIA	SERVICIO	1	X	
9	93221	890113	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR TERAPIA OCUPACIONAL	SERVICIO	1	X	
10	93221	890106	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR NUTRICION Y DIETETICA	SERVICIO	1	X	
11	93221	890108	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR PSICOLOGIA	SERVICIO	1	X	
12	93221	890115	85101600	ATENCIÓN DOMICILIARIA POR FONIATRIA Y/O FONOAUDIOLOGÍA CON DIPLOMADO EN NEURODESARROLLO	SERVICIO	1	X	
13	93193	890115	85101600	ATENCIÓN DOMICILIARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL CON DIPLOMADO EN NEURODESARROLLO	SERVICIO	1	X	
14	93193	890115	85101600	ATENCIÓN DOMICILIARIA POR TERAPIA FISICA CON ENFASIS EN NEUROREHABILITACION	SERVICIO	1	X	
15	93193	890109	85101600	ATENCIÓN DOMICILIARIA POR TRABAJO SOCIAL	SERVICIO	1	X	
16	93304	933300	85101600	HIDROTERAPIA (Contar con contrato vigente de piscina climatizada y personal con entrenamiento en Terapia Acuática).	SERVICIO	1	X	
17	93304	931101	85101600	TERAPIA DE REHABILITACIÓN DE PISO PÉLVICO (El personal debe contar con curso en rehabilitación uro ginecológica o piso pélvico)	SERVICIO	1	X	
18	93304	890112	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR TERAPIA RESPIRATORIA (incluido insumos (Guantes, tapabocas,	SERVICIO	1	X	

ESMBAS29

				aplicadores, baja lenguas, bolsa para recolección de residuos hospitalarios)				
19	93411	933500	85101600	TERAPIA DE REHABILITACION PULMONAR	SERVICIO	1	X	
20	93411	890115	85101600	TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENFERMERA CON ESPECIALIDAD EN HERIDAS Y OSTOMIA (Incluye insumos y apósitos especiales) (debe contar con personal especialista en esta área).	SERVICIO	1	X	
21	93192	890105	85101600	CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 2 HORAS	SERVICIO	1	X	
22	93192	890105	85101600	CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 4 HORAS	SERVICIO	1	X	
23	93192	890105	85101600	CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 6 HORAS	SERVICIO	1	X	
24	93192	890105	85101600	CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 8 HORAS	SERVICIO	1	X	
25	93192	890105	85101600	CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 10 HORAS	SERVICIO	1	X	
26	93192	890105	85101600	CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 12 HORAS	SERVICIO	1	X	
27	93192	890105	85101600	CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 24 HORAS	SERVICIO	1	X	
28	93304	869500	85101600	CURACIÓN DE LESIÓN EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD, aplica únicamente para las quemaduras de segundo y tercer grado en área especial o general (incluido insumos)	SERVICIO	1	X	
29	93304	869500	85101600	CURACION NIVEL I INCLUIDO INSUMOS (Guantes estéril, jeringas, torundas de algodón, gasas estériles, antiséptico, micropore, espadrapo, solución salina, bolsa para recolección de residuos hospitalarios).	SERVICIO	1	X	
30	93304	869500	85101600	CURACION NIVEL II INCLUIDO INSUMOS (Guantes estéril, jeringas, torundas de algodón, gasas estéril, antiséptico, micropore, espadrapo, solución salina, bolsa para recolección de residuos hospitalarios)	SERVICIO	1	X	
31	93304	869500	85101600	CURACION NIVEL III INCLUIDO INSUMOS (Guantes estéril, jeringas, torundas de algodón, gasas estéril, antiséptico, micropore, espadrapo, solución salina, hidrocel, acuacel, Tegaderm o duoderm, bolsa para recolección de residuos hospitalarios).	SERVICIO	1	X	

ESNBAS29

32	93304	869500	85101600	CURACION NIVEL IV INCLUIDO INSUMOS (Guantes estéril, jeringas, torundas de algodón, gasas estéril, antiséptico, micropore, espadrapo, solución salina, hidrocel, acuacel, Tegaderm o duoderm, bolsa para recolección de residuos hospitalarios)	SERVICIO	1	X	
33	93304	890105	85101600	CAMBIO DE BOLSA DE COLOSTOMÍA INCLUIDO INSUMOS (Guantes, gasas estériles, solución salina, bolsa para recolección de residuos hospitalarios), incluye bolsa de colostomía.	SERVICIO	1	X	
34	93304	903883	85101600	GLUCOMETRÍA INCLUIDO INSUMOS (Lancetas y tirillas)	SERVICIO	1	X	
35	93304	960600	85101600	INSERCIÓN DE SONDA VESICAL SOD, incluye insumos (sonda, bolsa de drenaje, guantes, gasas estériles, solución salina, bolsa para recolección de residuos hospitalarios, sylocaina).	SERVICIO	1	X	
36	93304	890105	85101600	PASO DE SONDA NASOGASTRICA INCLUIDO INSUMOS (sonda, guantes, gasas estériles, jeringas, bolsa para recolección de residuos hospitalarios).	SERVICIO	1	X	
37	93192	862801	85101600	DESBRIDAMIENTO NO INCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO HASTA 5% DE SUPERFICIE CORPORAL (incluye curación de nivel I e insumos)	SERVICIO	1	X	
38	93192	890105	85101600	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HORARIO DIURNO INCLUIDO INSUMOS (Guantes, jeringas, torundas de algodón, alcohol, micropore, espadrapo, solución salina, equipo de macro o micro goteo, buretrol, jelco, bolsa para recolección de residuos hospitalarios), excepto medicamento. De acuerdo a dosis del paciente (1, 2, 3 y 4 dosis).	SERVICIO	1	X	
39	93192	890105	85101600	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HORARIO NOCTURNO INCLUIDO INSUMOS (Guantes, jeringas, torundas de algodón, alcohol, micropore, espadrapo, solución salina, equipo de macro o micro goteo, buretrol, jelco, bolsa para recolección de residuos hospitalarios), excepto medicamento. De acuerdo a dosis del paciente (1, 2, 3 y 4 dosis)	SERVICIO	1	X	
40	93192	940701	85101600	ADMINISTRACION DE PRUEBAS NEUROPSICOLOGICAS (El personal debe contar con especialidad o Maestría en Neuropsicología)	SERVICIO	1	X	
41	93122	944301 A	85101600	TERAPIA NEUROPSICOLÓGICA	SERVICIO	1	X	

ESMBAS29

42	93122	930860	85101600	ELECTROMIOGRAFIA DE EXTREMIDADES (Este ítem incluye: 1 Extremidad con Neuroconducción, Reflejo H y Onda F)	SERVICIO	1	X	
ALQUILER DE EQUIPOS								
43	73290	932400	85101600	ALQUILER DIARIO DE ASPIRADOR DE SECRECIONES A DOMICILIO	SERVICIO	1	X	
44	73290	932400	85101600	ALQUILER DIARIO DE PULSOXIMETRO LECTURA CONTINUA DOMICILIO	SERVICIO	1	X	
45	73290	932400	85101600	ALQUILER MONITOR DE SIGNOS VITALES DÍA	SERVICIO	1	X	
46	73290	932400	85101600	ALQUILER DIARIO DE CAMA MANUAL DÍA	SERVICIO	1	X	
47	73290	932400	85101600	ALQUILER DIARIO DE CAMA ELECTRICA DÍA	SERVICIO	1	X	
48	73290	932400	85101600	CAMA HOSPITALARIA 2 NIVELES ALQUILER DÍA	SERVICIO	1	X	
49	73290	932400	85101600	ALQUILER DE NEBULIZADOR DÍA	SERVICIO	1	X	
50	73290	932400	85101600	ALQUILER BOMBA DE INFUSION POR DÍA INCLUYE SET PARA BOMBA	SERVICIO	1	X	
51	73290	932400	85101600	ALQUILER DE PULSOXIMETRO PORTATIL DÍA	SERVICIO	1	X	
52	73290	932400	85101600	ALQUILER DE PULSOXIMETRO NEONATAL DÍA	SERVICIO	1	X	
53	73290	932400	85101600	ALQUILER DE VENTILADOR MECANICO DIA	SERVICIO	1	X	
54	73290	932400	85101600	ALQUILER DIARIO DE CILINDRO Y REGULADOR DE OXIGENO MAS CONTENIDO DE OXIGENO	SERVICIO	1	X	
DESCRIPCION ESPECIFICACION DEL PAQUETE DE SERVICIOS								
55	73290	932400	85101600	PAQUETE INTEGRAL DE SERVICIO DE OXIGENOTERAPIA POR MES, PARA PACIENTE CRONICO O AGUDO **CON OXIGENO DE BAJO FLUJO**. QUE INCLUYE: - VALORACIÓN POR TERAPEUTA REPIRATORIO O FISIOTERAPEUTA. - CONCENTRADOR DE OXIGENO DE BAJO FLUJO (ALQUILER POR MES). - 1 CILINDRO DE RESPALDO MAS REGULADOR (ALQUILER POR MES).	SERVICIO	PAQUETE POR MES	X	

ESMBAS29

				- 1 CONTENIDO DE OXIGENO POR MES (NO ACUMULABLE) - HUMIDIFICADOR + CANULA POR MES - DESPACHO DE LOS EQUIPOS DEBE SER EN EL DOMICILIO DONDE EL USUARIO LO REQUIERA SEGÚN COBERTURA. - EDUCAR AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES EN EL MANEJO DE LOS INSUMOS Y EQUIPOS BIOMEDICOS. *Nota: En caso de que el paciente necesite de manera adicional cilindro + regulador de oxígeno + contenido; bajo criterio médico, este se solicitará por evento.*				
56	73290	932400	85101600	PAQUETE INTEGRAL DE SERVICIO DE OXIGENOTERAPIA POR MES, PARA PACIENTE CRONICO O AGUDO **CON OXIGENO DE ALTO FLUJO.** QUE INCLUYE: - VALORACIÓN POR TERAPEUTA REPIRATORIO O FISIOTERAPEUTA. - CONCENTRADOR DE OXIGENO DE ALTO FLUJO (ALQUILER POR MES). - 1 CILINDRO DE RESPALDO MAS REGULADOR (ALQUILER POR MES). - 1 CONTENIDO DE OXIGENO POR MES (NO ACUMULABLE) - HUMIDIFICADOR + CANULA POR MES - SISTEMA VENTURY SI LO REQUIERE. - DESPACHO DE LOS EQUIPOS DEBE SER EN EL DOMICILIO DONDE EL USUARIO LO REQUIERA SEGÚN COBERTURA. - EDUCAR AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES EN EL MANEJO DE LOS INSUMOS Y EQUIPOS BIOMEDICOS. *Nota: En caso de que el paciente necesite de manera adicional cilindro + regulador de oxígeno + contenido; bajo criterio médico, este se solicitará por evento.*	SERVICIO	PAQUETE POR MES	X	

ESM BAS29

57	73290	890105 - 890112- 890112 - 890111- 890110 - 890106- 890101- 932400- 932400	85101600	PAQUETE DE VENTILACION MECANICA DE PACIENTE CRONICO CON VENTILADOR POR MES	AUXILIAR DE ENFERMERIA 24 HORAS POR DIA (ATENCION POR UN MES)	SERVICIO	PAQUETE POR MES	X	
					TERAPIA RESPIRATORIA 1 SESION POR DIA(MANEJO POR UN MES) TOTAL 30 SESIONES AL MES				
					TERAPIA FISICA 20 SESIONES POR MES				
					TERAPIA FONOAUDIOLOGICA DE DEGLUCION 20 SESIONES POR MES				
					NUTRICION 1 VISITA AL MES				
					VISITA MEDICA 2 VISITAS AL MES				
					VENTILADOR MECANICO 1 POR MES				
					UPS 1 POR MES				
					ASPIRADOR DE SECRECIONES 1 POR MES				
					PULSOXIMETRO 1 POR MES				
					CAMA ELECTRICA 1 POR MES (INCLUYE BARANDAS, COLCHON DE ALGODÓN Y COLCHONETA ANTIESCARAS)				
					NARIZ DE CAMELLO 6 POR MES				
					FILTROS HVB 2 POR MES				
					CIRCUITO DE VENTILACIÓN 2 POR MES				
					NEBULIZADOR POR MES				

ESMBAS29

					ATRIL POR MES				

4.1 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ADICIONALES

El proponente deberá tener en cuenta que, en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato, deberá cumplir como mínimo con las siguientes obligaciones y especificaciones técnicas adicionales, para el cumplimiento de las mismas los interesados en participar diligenciarán correctamente el **Anexo No. 2 "NORMAS TÉCNICAS, FICHAS Y/O ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO"** adjunto en los anexos y formularios del pliego de condiciones definitivo, el cual será verificado por el Comité Técnico Evaluador, así mismo debe tener en cuenta aquellos requerimientos que se requieren en documento independiente y demás documentos solicitados a continuación:

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

N°	DESCRIPCION DEL REQUERIMIENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIÓN
REQUERIMIENTOS GENERALES				
1	Portafolio de servicios actualizado.	X		
2	Certificado de habilitación de los servicios requeridos por especialistas en atención domiciliaria.	X		
3	El oferente deberá contar mínimo con un (1) establecimiento de Salud IPS abierto al público en el municipio de Popayán, matriculado conforme a las disposiciones legales, donde se garantice la existencia de bienes, equipos, operarios, profesionales y prestación de servicios que son requeridos por la Entidad, se preste atención oportuna a cambios o reclamaciones y se garantice el soporte técnico permanente, cuando sea del caso. Para esto, el proponente deberá presentar documentos que acrediten la habilitación vigente para todos los servicios requeridos, expedido por la secretaria de salud del Cauca.	X		
4	La entidad contratante debe verificar que el oferente se encuentre inscrito en el reps y ha realizado la autoevaluación de la totalidad de los servicios habilitados con su correspondiente declaración en el reps, dentro del término legalmente previsto y en consecuencia ha obtenido constancia de su inscripción en el registro especial nacional del ministerio de la protección social y efectuado la autoevaluación de su cumplimiento en los servicios, en consonancia con lo estipulado en las resoluciones antes descritas.	X		
5	Certificación donde el oferente se compromete a realizar el procedimiento de pasar los RIPS por la malla validadora M.P.S., sin errores de estructura obteniendo el certificado o reporte de "0" errores almacenando la información en medio físico y magnético, conforme la (resolución 3374 de 2000) y normatividad vigente aplicable).	X		
6	HABILITACIÓN DE SERVICIOS. El oferente deberá contar con la habilitación de todos los servicios requeridos, debidamente habilitados en su IPS sede principal y cada una de sus sedes puestas a disposición de los usuarios del Subsistema de Salud del Dispensario Médico de Popayán, de acuerdo con la Resolución 2003 de 2014 y Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección social, soportado por registro único de habilitación. (Anexar Certificado de Habilitación vigente que acredite el cumplimiento de los requisitos de habilitación).	X		

7	La institución prestadora de servicios de salud cuenta con la generación del distintivo de habilitación de los servicios, emitido y autorizado por la entidad departamental o distrital de salud y/o entidad competente en el reps, expedido conforme la normatividad vigente, debidamente descargado, impreso y publicado como corresponde. SISTEMA DE LA GARANTIA DE LA CALIDAD.	X		
8	El oferente debe aportar el manual de procesos y protocolos de enfermería en atención domiciliaria de acuerdo a los procedimientos más frecuentes en el servicio.	X		
9	Certificado que soporte la suficiencia para prestar los servicios que se contratan (capacidad instalada vs población a atender) suscrito por el representante legal que cumpla con los requisitos mínimos de habilitación definidos en el Decreto 1011 y anexo técnico uno (1) de la resolución 1043 del Ministerio de Protección Social de 2006.	X		
10	Hojas de Vida del personal profesional y técnico, anexando la respectiva hoja de vida con los respectivos soportes que demuestren su nivel de estudios (técnico, pregrado, diplomados, cursos, especialización, etc.), donde demuestre una experiencia mínima de 1 año certificada en cuidado de paciente domiciliario y que va a prestar el servicio al ESM. ● 1 Médico internista ● 2 Médico general ● 2 Terapeuta ocupacional de los cuales uno (1) debe tener Diplomado en Neurodesarrollo ● 2 Terapeuta de lenguaje y/o Fonoaudióloga de los cuales uno (1) debe tener Diplomado en Neurodesarrollo ● 5 Fisioterapeuta de los cuales se requiere los siguientes estudios: a. Uno (1) debe tener entrenamiento en terapia acuática b. Uno (1) debe tener entrenamiento en terapia cardiopulmonar. c. Uno (1) debe tener curso en rehabilitación uro-ginecológica o piso pélvico. d. Uno (1) debe tener énfasis en neurorehabilitación ● 3 Auxiliar de enfermería ● 1 Nutricionista ● 1 Psicólogos ● 1 Trabajador social ● 2 Jefe de enfermería de los cuales uno (1) debe tener especialidad en cuidado a las personas con Heridas y Ostomías. ● 1 Médico Especialista en Geriatría. ● 1 Médico Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos. ● 1 Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología. ● 1 Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.	X		
11	EL oferente debe manifestar por escrito que el tiempo de asignación del personal idóneo domiciliario para la prestación del servicio requerido luego de la autorización por parte del ESM no será mayor a un día.	X		
12	El oferente debe presentar certificación de cumplimiento de la Normatividad Sistema de gestión se Seguridad y Salud en el trabajo. (Salud ocupacional y jornada de trabajo.) Y manifestar por escrito que los turnos de 12 horas, será la jornada máxima para cada profesional del área asistencial.	X		
13	EL oferente debe manifestar por escrito que cuenta con un ventilador mecánico cuya característica debe ser la siguiente:	X		

ESM BAS29

	Sistema de ventilación mecánico para asistencia en cuidado critico e intermedio. Ventilador mecánico portátil adulto-pediátrico. Ciclado por volumen y presión, para Homecare y apoyo intrahospitalario, ventilación mecánica invasiva y no invasiva. Debe tener como modos de ventilación presión positiva continua en la vía aérea, ventilación con presión soporte, ventilación con presión soporte con frecuencia respiratoria de Backup, volumen ajustable, ventilación controlada con presión asistida, ventilación controlada con volumen asistido, ventilación mandataria intermitente sincronizada y ventilación mecánica no invasiva. (Anexar hoja de vida del dispositivo y ficha técnica).Toda vez que actualmente en el programa de atención domiciliaria del ESM BAS29 existe un paciente con Diagnóstico médico de Distrofia muscular de Duchenne.			
14	El oferente debe certificar por escrito y entregar junto con la propuesta, en único documento que se compromete a lo siguiente: · En caso de fallecimiento del paciente la entidad no debe facturar ni cobrar las órdenes no ejecutadas, debe informar inmediatamente al Comité de atención domiciliaria y hace llegar copia de las órdenes de servicio no realizadas a la coordinación del programa de atención domiciliaria. · Se debe garantizar el manejo de la historia clínica de cada paciente, con sus respectivos registros profesionales, evolución y manejo. · No se debe hacer sesiones dobles de ninguna terapia solo en caso de autorizados por el comité técnico científico de atención domiciliaria y el supervisor del contrato. · Las terapias respiratorias deben ser realizadas por el profesional en Terapia Respiratorio o fisioterapeuta. · Las enfermeras y demás profesionales deben tener sus equipos básicos para el manejo de signos vitales. · Formular, de acuerdo a las políticas y criterios establecidos mediante Acuerdo 052 de 2013 del Consejo Superior de Sanidad Militar y Policial o normas que lo modifiquen. Directiva Permanente 0041 del 2016. · El Auxiliar de enfermería asignado deberá realizar Capacitación a cuidador encargado del paciente. · Previa realización de las curaciones la Enfermera Jefe debe hacer un Diagnóstico de la lesión y presentar el plan de tratamiento a el coordinador del programa para su autorización · De no contar con la presencia de cuidador familiar en el domicilio del paciente el servicio de auxiliar de enfermería no será prestado eventualmente y debe ser informado de inmediato al coordinador del programa del ESM BAS29. · Los cateterismos vesicales, la colocación de enema las curaciones de baja y mediana complejidad, la toma de glucometrías, así como la administración de medicamentos a horario hacen parte de las funciones a realizar por el Auxiliar de enfermería durante su turno y no deben ser cobrados como evento.	X		

ESM BAS29

15	El oferente deberá garantizar la entrega oportuna de los equipos de oxigenoterapia y contenido de oxígeno a los pacientes que lo requieran según su condición clínica y bajo formulación médica. Para esto, el proponente deberá presentar contrato vigente con proveedor que respalde la disponibilidad de equipos y de oxígeno, con el fin de garantizar la oportunidad y accesibilidad del servicio, así mismo deberá anexar concepto sanitario vigente del proveedor de gases medicinales y tecnologías relacionadas con este objeto.	X		

CONCLUSION DE LA RE EVALUACION TECNICA:

Una vez verificados los requisitos de orden técnico solicitados en el pliego de condiciones definitivos para el proceso de selección abreviada N° 297-DIGSA/DMCAL-2023, se puede establecer que la entidad **UNIDAD FISIOTERAPEUTICA DE OCCIDENTE S.A.S, CUMPLE** Técnicamente con lo solicitado, razón por la cual se habilita técnicamente y se le recomienda al Gerente del Proyecto que continúe con el proceso de adjudicación.

SOLUCIONES Y EMPRENDIMIENTO EMPRESARIAL SAS

DOCUMENTOS DE CONTENIDO TÉCNICO OBJETO DE VERIFICACIÓN Y EVALUACIÓN
4.0 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

El oferente deberá presentar el cumplimiento de especificaciones técnicas excluyentes de los bienes y/o servicios que ofrece, conforme a la descripción de las mismas en el **numeral 4.0 del Anexo No. 2 "NORMAS TÉCNICAS, FICHAS Y/O ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO**", que son de obligatorio cumplimiento, para lo cual debe diligenciar correcta y completamente el **Anexo No. 2 "NORMAS TÉCNICAS, FICHAS Y/O ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO**"

ITEM	CODIGO DANE	CÓDIGO CUPS	CÓDIGO UNSPSC	DESCRIPCION DEL SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
1	93221	890101	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR MEDICINA GENERAL	SERVICIO	1	X	
2	93221	890101	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR MEDICO ESPECIALIZADO EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	SERVICIO	1	X	
3	93221	890101	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR MEDICO ESPECIALIZADO EN GERIATRÍA	SERVICIO	1	X	
4	93221	890101	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR MEDICINA INTERNA	SERVICIO	1	X	
5	93221	890101	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR MEDICO ESPECIALIZADO EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	SERVICIO	1	X	
6	93221	890102	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR MEDICINA ESPECIALIZADA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	SERVICIO	1	X	
7	93221	890111	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR FISIOTERAPIA	SERVICIO	1	X	

8	93221	890110	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR FONIATRIA Y/O FONOAUDIOLOGIA	SERVICIO	1	X	
9	93221	890113	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR TERAPIA OCUPACIONAL	SERVICIO	1	X	
10	93221	890106	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR NUTRICION Y DIETETICA	SERVICIO	1	X	
11	93221	890108	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR PSICOLOGIA	SERVICIO	1	X	
12	93221	890115	85101600	ATENCIÓN DOMICILIARIA POR FONIATRIA Y/O FONOAUDIOLOGÍA CON DIPLOMADO EN NEURODESARROLLO	SERVICIO	1	X	
13	93193	890115	85101600	ATENCIÓN DOMICILIARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL CON DIPLOMADO EN NEURODESARROLLO	SERVICIO	1	X	
14	93193	890115	85101600	ATENCIÓN DOMICILIARIA POR TERAPIA FISICA CON ENFASIS EN NEUROREHABILITACION	SERVICIO	1	X	
15	93193	890109	85101600	ATENCIÓN DOMICILIARIA POR TRABAJO SOCIAL	SERVICIO	1	X	
16	93304	933300	85101600	HIDROTERAPIA (Contar con contrato vigente de piscina climatizada y personal con entrenamiento en Terapia Acuática).	SERVICIO	1	x	
17	93304	931101	85101600	TERAPIA DE REHABILITACIÓN DE PISO PÉLVICO (El personal debe contar con curso en rehabilitación uro ginecológica o piso pélvico)	SERVICIO	1	X	
18	93304	890112	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR TERAPIA RESPIRATORIA (incluido insumos (Guantes, tapabocas, aplicadores, baja lenguas, bolsa para recolección de residuos hospitalarios)	SERVICIO	1	X	
19	93411	933500	85101600	TERAPIA DE REHABILITACION PULMONAR	SERVICIO	1	X	
20	93411	890115	85101600	TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENFERMERA CON ESPECIALIDAD EN HERIDAS Y OSTOMIA (Incluye insumos y apósitos especiales) (debe contar con personal especialista en esta área).	SERVICIO	1	X	
21	93192	890105	85101600	CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 2 HORAS	SERVICIO	1	X	
22	93192	890105	85101600	CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 4 HORAS	SERVICIO	1	X	
23	93192	890105	85101600	CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 6 HORAS	SERVICIO	1	X	
24	93192	890105	85101600	CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 8 HORAS	SERVICIO	1	X	

ESMAS29

25	93192	890105	85101600	CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 10 HORAS	SERVICIO	1	X	
26	93192	890105	85101600	CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 12 HORAS	SERVICIO	1	X	
27	93192	890105	85101600	CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 24 HORAS	SERVICIO	1	X	
28	93304	869500	85101600	CURACIÓN DE LESIÓN EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD, aplica únicamente para las quemaduras de segundo y tercer grado en área especial o general (incluido insumos)	SERVICIO	1	X	
29	93304	869500	85101600	CURACION NIVEL I INCLUIDO INSUMOS (Guantes estéril, jeringas, torundas de algodón, gasas estériles, antiséptico, micropore, espadrapo, solución salina, bolsa para recolección de residuos hospitalarios).	SERVICIO	1	X	
30	93304	869500	85101600	CURACION NIVEL II INCLUIDO INSUMOS (Guantes estéril, jeringas, torundas de algodón, gasas estéril, antiséptico, micropore, espadrapo, solución salina, bolsa para recolección de residuos hospitalarios)	SERVICIO	1	X	
31	93304	869500	85101600	CURACION NIVEL III INCLUIDO INSUMOS (Guantes estéril, jeringas, torundas de algodón, gasas estéril, antiséptico, micropore, espadrapo, solución salina, hidrocel, acuacel, Tegaderm o duoderm, bolsa para recolección de residuos hospitalarios).	SERVICIO	1	X	
32	93304	869500	85101600	CURACION NIVEL IV INCLUIDO INSUMOS (Guantes estéril, jeringas, torundas de algodón, gasas estéril, antiséptico, micropore, espadrapo, solución salina, hidrocel, acuacel, Tegaderm o duoderm, bolsa para recolección de residuos hospitalarios)	SERVICIO	1	X	
33	93304	890105	85101600	CAMBIO DE BOLSA DE COLOSTOMÍA INCLUIDO INSUMOS (Guantes, gasas estériles, solución salina, bolsa para recolección de residuos hospitalarios), incluye bolsa de colostomía.	SERVICIO	1	X	
34	93304	903883	85101600	GLUCOMETRÍA INCLUIDO INSUMOS (Lancetas y tirillas)	SERVICIO	1	X	
35	93304	960600	85101600	INSERCIÓN DE SONDA VESICAL SOD, incluye insumos (sonda, bolsa de drenaje, guantes, gasas estériles, solución salina, bolsa para recolección de residuos hospitalarios, sylocaina).	SERVICIO	1	X	
36	93304	890105	85101600	PASO DE SONDA NASOGASTRICA INCLUIDO INSUMOS (sonda, guantes,	SERVICIO	1	X	

ESMBAS29

				gasas estériles, jeringas, bolsa para recolección de residuos hospitalarios).				
37	93192	862801	85101600	DESBRIDAMIENTO NO INCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO HASTA 5% DE SUPERFICIE CORPORAL (incluye curación de nivel I e insumos)	SERVICIO	1	X	
38	93192	890105	85101600	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HORARIO DIURNO INCLUIDO INSUMOS (Guantes, jeringas, torundas de algodón, alcohol, micropore, espadrapo, solución salina, equipo de macro o micro goteo, buretrol, jelco, bolsa para recolección de residuos hospitalarios), excepto medicamento. De acuerdo a dosis del paciente (1, 2, 3 y 4 dosis).	SERVICIO	1	X	
39	93192	890105	85101600	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HORARIO NOCTURNO INCLUIDO INSUMOS (Guantes, jeringas, torundas de algodón, alcohol, micropore, espadrapo, solución salina, equipo de macro o micro goteo, buretrol, jelco, bolsa para recolección de residuos hospitalarios), excepto medicamento. De acuerdo a dosis del paciente (1, 2, 3 y 4 dosis)	SERVICIO	1	X	
40	93192	940701	85101600	ADMINISTRACION DE PRUEBAS NEUROPSICOLOGICAS (El personal debe contar con especialidad o Maestría en Neuropsicología)	SERVICIO	1	X	
41	93122	944301A	85101600	TERAPIA NEUROPSICOLÓGICA	SERVICIO	1	X	
42	93122	930860	85101600	ELECTROMIOGRAFIA DE EXTREMIDADES (Este ítem incluye: 1 Extremidad con Neuroconducción, Reflejo H y Onda F)	SERVICIO	1	X	
ALQUILER DE EQUIPOS								
43	73290	932400	85101600	ALQUILER DIARIO DE ASPIRADOR DE SECRECIONES A DOMICILIO	SERVICIO	1	X	
44	73290	932400	85101600	ALQUILER DIARIO DE PULSOXIMETRO LECTURA CONTINUA DOMICILIO	SERVICIO	1	X	
45	73290	932400	85101600	ALQUILER MONITOR DE SIGNOS VITALES DÍA	SERVICIO	1	X	
46	73290	932400	85101600	ALQUILER DIARIO DE CAMA MANUAL DÍA	SERVICIO	1	X	
47	73290	932400	85101600	ALQUILER DIARIO DE CAMA ELECTRICA DÍA	SERVICIO	1	X	
48	73290	932400	85101600	CAMA HOSPITALARIA 2 NIVELES ALQUILER DÍA	SERVICIO	1	X	
49	73290	932400	85101600	ALQUILER DE NEBULIZADOR DÍA	SERVICIO	1	X	

ESMBAS29

50	73290	932400	85101600	ALQUILER BOMBA DE INFUSION POR DÍA INCLUYE SET PARA BOMBA	SERVICIO	1	X	
51	73290	932400	85101600	ALQUILER DE PULSOXIMETRO PORTATIL DÍA	SERVICIO	1	X	
52	73290	932400	85101600	ALQUILER DE PULSOXIMETRO NEONATAL DÍA	SERVICIO	1	X	
53	73290	932400	85101600	ALQUILER DE VENTILADOR MECANICO DIA	SERVICIO	1	X	
54	73290	932400	85101600	ALQUILER DIARIO DE CILINDRO Y REGULADOR DE OXIGENO MAS CONTENIDO DE OXIGENO	SERVICIO	1	X	
DESCRIPCION ESPECIFICACION DEL PAQUETE DE SERVICIOS								
55	73290	932400	85101600	PAQUETE INTEGRAL DE SERVICIO DE OXIGENOTERAPIA POR MES, PARA PACIENTE CRONICO O AGUDO **CON OXIGENO DE BAJO FLUJO**. QUE INCLUYE: - VALORACIÓN POR TERAPEUTA REPIRATORIO O FISIOTERAPEUTA. - CONCENTRADOR DE OXIGENO DE BAJO FLUJO (ALQUILER POR MES). - 1 CILINDRO DE RESPALDO MAS REGULADOR (ALQUILER POR MES). - 1 CONTENIDO DE OXIGENO POR MES (NO ACUMULABLE) - HUMIDIFICADOR + CANULA POR MES - DESPACHO DE LOS EQUIPOS DEBE SER EN EL DOMICILIO DONDE EL USUARIO LO REQUIERA SEGÚN COBERTURA. - EDUCAR AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES EN EL MANEJO DE LOS INSUMOS Y EQUIPOS BIOMEDICOS. *Nota: En caso de que el paciente necesite de manera adicional cilindro + regulador de oxígeno + contenido; bajo criterio médico, este se solicitará por evento*.	SERVICIO	PAQUETE POR MES	X	
56	73290	932400	85101600	PAQUETE INTEGRAL DE SERVICIO DE OXIGENOTERAPIA POR MES, PARA PACIENTE CRONICO O AGUDO **CON OXÍGENO DE ALTO FLUJO.** QUE INCLUYE: - VALORACIÓN POR TERAPEUTA REPIRATORIO O FISIOTERAPEUTA.	SERVICIO	PAQUETE POR MES	X	

ESMBAS29

				- CONCENTRADOR DE OXIGENO DE ALTO FLUJO (ALQUILER POR MES). - 1 CILINDRO DE RESPALDO MAS REGULADOR (ALQUILER POR MES). - 1 CONTENIDO DE OXIGENO POR MES (NO ACUMULABLE) - HUMIDIFICADOR + CANULA POR MES - SISTEMA VENTURY SI LO REQUIERE. - DESPACHO DE LOS EQUIPOS DEBE SER EN EL DOMICILIO DONDE EL USUARIO LO REQUIERA SEGÚN COBERTURA. - EDUCAR AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES EN EL MANEJO DE LOS INSUMOS Y EQUIPOS BIOMEDICOS. *Nota: En caso de que el paciente necesite de manera adicional cilindro + regulador de oxígeno + contenido; bajo criterio médico, este se solicitará por evento*.				
57	73290	890105 - 890112- 890112 - 890111- 890110 - 890106- 890101- 932400- 932400	85101600	PAQUETE DE VENTILACION MECANICA DE PACIENTE CRONICO CON VENTILADOR POR MES	AUXILIAR DE ENFERMERIA 24 HORAS POR DIA (ATENCION POR UN MES) TERAPIA RESPIRATORIA 1 SESION POR DIA(MANEJO POR UN MES) TOTAL 30 SESIONES AL MES TERAPIA FISICA 20 SESIONES POR MES TERAPIA FONOAUDIOLOGICA DE DEGLUCION 20 SESIONES POR MES NUTRICION 1 VISITA AL MES VISITA MEDICA 2 VISITAS AL MES VENTILADOR MECANICO 1 POR MES UPS 1 POR MES	SERVICIO	PAQUETE POR MES	X	

ESM BAS29

					ASPIRADOR DE SECRECIONES 1 POR MES PULSOXIMETRO 1 POR MES CAMA ELECTRICA 1 POR MES (INCLUYE BARANDAS, COLCHÓNw DE ALGODÓN Y COLCHONETA ANTIESCARAS) NARIZ DE CAMELLO 6 POR MES FILTROS HVB 2 POR MES CIRCUITO DE VENTILACIÓN 2 POR MES NEBULIZADOR POR MES ATRIL POR MES				

4.1 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ADICIONALES

El oferente deberá tener en cuenta que, en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato, deberá cumplir como mínimo con las siguientes obligaciones y especificaciones técnicas adicionales, para el cumplimiento de las mismas los interesados en participar diligenciarán correctamente el **Anexo No. 2 "NORMAS TÉCNICAS, FICHAS Y/O ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO"** adjunto en los anexos y formularios del pliego de condiciones definitivo, el cual será verificado por el Comité Técnico Evaluador, así mismo debe tener en cuenta aquellos requerimientos que se requieren en documento independiente y demás documentos solicitados a continuación:

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

N°	DESCRIPCION DEL REQUERIMIENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIÓN
REQUERIMIENTOS GENERALES				
1	Portafolio de servicios actualizado.	X		
2	Certificado de habilitación de los servicios requeridos por especialistas en atención domiciliaria.	X		
3	El oferente deberá contar mínimo con un (1) establecimiento de Salud IPS abierto al público en el municipio de Popayán, matriculado conforme a las disposiciones legales, donde se garantice la existencia de bienes, equipos, operarios, profesionales y prestación de servicios que son requeridos por la Entidad, se preste atención oportuna a cambios o reclamaciones y se garantice el soporte técnico permanente, cuando sea	X		

	del caso. Para esto, el proponente deberá presentar documentos que acrediten la habilitación vigente para todos los servicios requeridos, expedido por la secretaria de salud del Cauca.			
4	La entidad contratante debe verificar que el oferente se encuentre inscrito en el reps y ha realizado la autoevaluación de la totalidad de los servicios habilitados con su correspondiente declaración en el reps, dentro del término legalmente previsto y en consecuencia ha obtenido constancia de su inscripción en el registro especial nacional del ministerio de la protección social y efectuado la autoevaluación de su cumplimiento en los servicios, en consonancia con lo estipulado en las resoluciones antes descritas.	X		
5	Certificación donde el oferente se compromete a realizar el procedimiento de pasar los RIPS por la malla validadora M.P.S., sin errores de estructura obteniendo el certificado o reporte de "0" errores almacenando la información en medio físico y magnético, conforme la (resolución 3374 de 2000) y normatividad vigente aplicable).	X		
6	HABILITACIÓN DE SERVICIOS. El oferente deberá contar con la habilitación de todos los servicios requeridos, debidamente habilitados en su IPS sede principal y cada una de sus sedes puestas a disposición de los usuarios del Subsistema de Salud del Dispensario Médico de Popayán, de acuerdo con la Resolución 2003 de 2014 y Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección social, soportado por registro único de habilitación. (Anexar Certificado de Habilitación vigente que acredite el cumplimiento de los requisitos de habilitación).	X		
7	La institución prestadora de servicios de salud cuenta con la generación del distintivo de habilitación de los servicios, emitido y autorizado por la entidad departamental o distrital de salud y/o entidad competente en el reps, expedido conforme la normatividad vigente, debidamente descargado, impreso y publicado como corresponde. SISTEMA DE LA GARANTIA DE LA CALIDAD.	X		
8	El oferente debe aportar el manual de procesos y protocolos de enfermería en atención domiciliaria de acuerdo a los procedimientos más frecuentes en el servicio.		X	No aporta manual de procesos y protocolos de enfermería.
9	Certificado que soporte la suficiencia para prestar los servicios que se contratan (capacidad instalada vs población a atender) suscrito por el representante legal que cumpla con los requisitos mínimos de habilitación definidos en el Decreto 1011 y anexo técnico uno (1) de la resolución 1043 del Ministerio de Protección Social de 2006.	X		
10	Hojas de Vida del personal profesional y técnico, anexando la respectiva hoja de vida con los respectivos soportes que demuestren su nivel de estudios (técnico, pregrado, diplomados, cursos, especialización, etc.), donde demuestre una experiencia mínima de 1 año certificada en cuidado de paciente domiciliario y que va a prestar el servicio al ESM. ● 1 Médico internista ● 2 Médico general ● 2 Terapeuta ocupacional de los cuales uno (1) debe tener Diplomado en Neurodesarrollo ● 2 Terapeuta de lenguaje y/o Fonoaudióloga de los cuales uno (1) debe tener Diplomado en Neurodesarrollo ● 5 Fisioterapeuta de los cuales se requiere los siguientes estudios: * Uno (1) debe tener entrenamiento en terapia acuática * Uno (1) debe tener entrenamiento en terapia cardiopulmonar.		X	**-Hoja de vida de Médico Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos:** no cuenta con registro en el RETHUS y no aporta convalidación del titulo en Colombia, de

	* Uno (1) debe tener curso en rehabilitación uro-ginecológica o piso pélvico. * Uno (1) debe tener énfasis en neurorehabilitación ● 3 Auxiliar de enfermería ● 1 Nutricionista ● 1 Psicólogos ● 1 Trabajador social ● 2 Jefe de enfermería de los cuales uno (1) debe tener especialidad en cuidado a las personas con Heridas y Ostomías. ● 1 Médico Especialista en Geriatría. ● 1 Médico Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos. ● 1 Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología. ● 1 Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.			dicha especialidad. **-Hoja de vida del Médico Especialista en Geriatría,** no aporta Acta de grado o Diploma de dicha especialidad.
11	EL oferente debe manifestar por escrito que el tiempo de asignación del personal idóneo domiciliario para la prestación del servicio requerido luego de la autorización por parte del ESM no será mayor a un día.	X		
12	El oferente debe presentar certificación de cumplimiento de la Normatividad Sistema de gestión se Seguridad y Salud en el trabajo. (Salud ocupacional y jornada de trabajo.) Y manifestar por escrito que los turnos de 12 horas, será la jornada máxima para cada profesional del área asistencial.	X		
13	EL oferente debe manifestar por escrito que cuenta con un ventilador mecánico cuya característica debe ser la siguiente: Sistema de ventilación mecánico para asistencia en cuidado critico e intermedio. Ventilador mecánico portátil adulto-pediátrico. Ciclado por volumen y presión, para Homecare y apoyo intrahospitalario, ventilación mecánica invasiva y no invasiva. Debe tener como modos de ventilación presión positiva continua en la vía aérea, ventilación con presión soporte, ventilación con presión soporte con frecuencia respiratoria de Backup, volumen ajustable, ventilación controlada con presión asistida, ventilación controlada con volumen asistido, ventilación mandataria intermitente sincronizada y ventilación mecánica no invasiva. (Anexar hoja de vida del dispositivo y ficha técnica).Toda vez que actualmente en el programa de atención domiciliaria del ESM BAS29 existe un paciente con Diagnóstico médico de Distrofia muscular de Duchenne.	X		
14	El oferente debe certificar por escrito y entregar junto con la propuesta, en único documento que se compromete a lo siguiente: · En caso de fallecimiento del paciente la entidad no debe facturar ni cobrar las órdenes no ejecutadas, debe informar inmediatamente al Comité de atención domiciliaria y hace llegar copia de las órdenes de servicio no realizadas a la coordinación del programa de atención domiciliaria. · Se debe garantizar el manejo de la historia clínica de cada paciente, con sus respectivos registros profesionales, evolución y manejo. · No se debe hacer sesiones dobles de ninguna terapia solo en caso de autorizados por el comité técnico científico de atención domiciliaria y el supervisor del contrato.	X		

ESM BAS29

	· Las terapias respiratorias deben ser realizadas por el profesional en Terapia Respiratorio o fisioterapeuta. · Las enfermeras y demás profesionales deben tener sus equipos básicos para el manejo de signos vitales. · Formular, de acuerdo a las políticas y criterios establecidos mediante Acuerdo 052 de 2013 del Consejo Superior de Sanidad Militar y Policial o normas que lo modifiquen. Directiva Permanente 0041 del 2016. · El Auxiliar de enfermería asignado deberá realizar Capacitación a cuidador encargado del paciente. · Previa realización de las curaciones la Enfermera Jefe debe hacer un Diagnóstico de la lesión y presentar el plan de tratamiento a el coordinador del programa para su autorización · De no contar con la presencia de cuidador familiar en el domicilio del paciente el servicio de auxiliar de enfermería no será prestado eventualmente y debe ser informado de inmediato al coordinador del programa del ESM BAS29. · Los cateterismos vesicales, la colocación de enema las curaciones de baja y mediana complejidad, la toma de glucometrías, así como la administración de medicamentos a horario hacen parte de las funciones a realizar por el Auxiliar de enfermería durante su turno y no deben ser cobrados como evento.			
15	El oferente deberá garantizar la entrega oportuna de los equipos de oxigenoterapia y contenido de oxígeno a los pacientes que lo requieran según su condición clínica y bajo formulación médica. Para esto, el proponente deberá presentar contrato vigente con proveedor que respalde la disponibilidad de equipos y de oxígeno, con el fin de garantizar la oportunidad y accesibilidad del servicio, así mismo deberá anexar concepto sanitario vigente del proveedor de gases medicinales y tecnologías relacionadas con este objeto.		X	No aporta concepto sanitario vigente del proveedor de gases medicinales.

CONCLUSION DE LA RE EVALUACIÓN TÉCNICA:

Una vez verificados los requisitos de orden técnico solicitados en el pliego de condiciones definitivas para el proceso de selección abreviada N° 297-DIGSA/DMCAL-2023 se puede establecer que la entidad **SOLUCIONES Y EMPRENDIMIENTO EMPRESARIAL SAS,** **SE RECHAZA** Técnicamente con lo solicitado, como lo establece el pliego de condiciones en el punto **1.24 ADMISIBILIDAD Y CAUSALES DE RECHAZO DE LAS PROPUESTAS** que a la letra dice:

9. Cuando se presente la propuesta en forma subordinada al cumplimiento de cualquier condición o modalidad.

22. En los demás casos establecidos en el presente pliego de Condiciones y la Ley

Razón por la cual **rechaza técnicamente** y no se le recomienda al Gerente del Proyecto que continúe con el proceso de adjudicación.

IPS OSTEOSALUD DEL CAUCA SAS

DOCUMENTOS DE CONTENIDO TÉCNICO OBJETO DE VERIFICACIÓN Y EVALUACIÓN
4.0 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

El oferente deberá presentar el cumplimiento de especificaciones técnicas excluyentes de los bienes y/o servicios que ofrece, conforme a la descripción de las mismas en el **numeral 4.0 del Anexo No. 2 "NORMAS TÉCNICAS, FICHAS Y/O ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO**", que son de obligatorio cumplimiento, para lo cual debe diligenciar correcta y completamente el **Anexo No. 2 "NORMAS TÉCNICAS, FICHAS Y/O ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO**"

ITEM	CODIGO DANE	CÓDIGO CUPS	CÓDIGO UNSPSC	DESCRIPCION DEL SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
1	93221	890101	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR MEDICINA GENERAL	SERVICIO	1	X	
2	93221	890101	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR MEDICO ESPECIALIZADO EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	SERVICIO	1	X	
3	93221	890101	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR MEDICO ESPECIALIZADO EN GERIATRÍA	SERVICIO	1	X	
4	93221	890101	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR MEDICINA INTERNA	SERVICIO	1	X	
5	93221	890101	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR MEDICO ESPECIALIZADO EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	SERVICIO	1	X	
6	93221	890102	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR MEDICINA ESPECIALIZADA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	SERVICIO	1	X	
7	93221	890111	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR FISIOTERAPIA	SERVICIO	1	X	
8	93221	890110	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR FONIATRIA Y/O FONOAUDIOLOGIA	SERVICIO	1	X	
9	93221	890113	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR TERAPIA OCUPACIONAL	SERVICIO	1	X	
10	93221	890106	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR NUTRICION Y DIETETICA	SERVICIO	1	X	
11	93221	890108	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR PSICOLOGIA	SERVICIO	1	X	
12	93221	890115	85101600	ATENCIÓN DOMICILIARIA POR FONIATRIA Y/O FONOAUDIOLOGÍA CON DIPLOMADO EN NEURODESARROLLO	SERVICIO	1	X	

13	93193	890115	85101600	ATENCIÓN DOMICILIARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL CON DIPLOMADO EN NEURODESARROLLO	SERVICIO	1	X	
14	93193	890115	85101600	ATENCIÓN DOMICILIARIA POR TERAPIA FISICA CON ENFASIS EN NEUROREHABILITACION	SERVICIO	1	X	
15	93193	890109	85101600	ATENCIÓN DOMICILIARIA POR TRABAJO SOCIAL	SERVICIO	1	X	
16	93304	933300	85101600	HIDROTERAPIA (Contar con contrato vigente de piscina climatizada y personal con entrenamiento en Terapia Acuática).	SERVICIO	1	X	
17	93304	931101	85101600	TERAPIA DE REHABILITACIÓN DE PISO PÉLVICO (El personal debe contar con curso en rehabilitación uro ginecológica o piso pélvico)	SERVICIO	1	X	
18	93304	890112	85101600	ATENCION DOMICILIARIA. POR TERAPIA RESPIRATORIA (incluido insumos (Guantes, tapabocas, aplicadores, baja lenguas, bolsa para recolección de residuos hospitalarios)	SERVICIO	1	X	
19	93411	933500	85101600	TERAPIA DE REHABILITACION PULMONAR	SERVICIO	1	X	
20	93411	890115	85101600	TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENFERMERA CON ESPECIALIDAD EN HERIDAS Y OSTOMIA (Incluye insumos y apósitos especiales) (debe contar con personal especialista en esta área).	SERVICIO	1	X	
21	93192	890105	85101600	CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 2 HORAS	SERVICIO	1	X	
22	93192	890105	85101600	CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 4 HORAS	SERVICIO	1	X	
23	93192	890105	85101600	CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 6 HORAS	SERVICIO	1	X	
24	93192	890105	85101600	CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 8 HORAS	SERVICIO	1	X	
25	93192	890105	85101600	CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 10 HORAS	SERVICIO	1	X	
26	93192	890105	85101600	CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 12 HORAS	SERVICIO	1	X	
27	93192	890105	85101600	CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 24 HORAS	SERVICIO	1	X	
28	93304	869500	85101600	CURACIÓN DE LESIÓN EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD, aplica únicamente para las quemaduras de segundo y tercer grado en área especial o general (incluido insumos)	SERVICIO	1	X	

ESMPAS29

29	93304	869500	85101600	CURACION NIVEL I INCLUIDO INSUMOS (Guantes estéril, jeringas, torundas de algodón, gasas estériles, antiséptico, micropore, espadrapo, solución salina, bolsa para recolección de residuos hospitalarios).	SERVICIO	1	X	
30	93304	869500	85101600	CURACION NIVEL II INCLUIDO INSUMOS (Guantes estéril, jeringas, torundas de algodón, gasas estéril, antiséptico, micropore, espadrapo, solución salina, bolsa para recolección de residuos hospitalarios)	SERVICIO	1	X	
31	93304	869500	85101600	CURACION NIVEL III INCLUIDO INSUMOS (Guantes estéril, jeringas, torundas de algodón, gasas estéril, antiséptico, micropore, espadrapo, solución salina, hidrocel, acuacel, Tegaderm o duoderm, bolsa para recolección de residuos hospitalarios).	SERVICIO	1	X	
32	93304	869500	85101600	CURACION NIVEL IV INCLUIDO INSUMOS (Guantes estéril, jeringas, torundas de algodón, gasas estéril, antiséptico, micropore, espadrapo, solución salina, hidrocel, acuacel, Tegaderm o duoderm, bolsa para recolección de residuos hospitalarios)	SERVICIO	1	X	
33	93304	890105	85101600	CAMBIO DE BOLSA DE COLOSTOMÍA INCLUIDO INSUMOS (Guantes, gasas estériles, solución salina, bolsa para recolección de residuos hospitalarios), incluye bolsa de colostomía.	SERVICIO	1	X	
34	93304	903883	85101600	GLUCOMETRÍA INCLUIDO INSUMOS (Lancetas y tirillas)	SERVICIO	1	X	
35	93304	960600	85101600	INSERCIÓN DE SONDA VESICAL SOD, incluye insumos (sonda, bolsa de drenaje, guantes, gasas estériles, solución salina, bolsa para recolección de residuos hospitalarios, sylocaina).	SERVICIO	1	X	
36	93304	890105	85101600	PASO DE SONDA NASOGASTRICA INCLUIDO INSUMOS (sonda, guantes, gasas estériles, jeringas, bolsa para recolección de residuos hospitalarios).	SERVICIO	1	X	
37	93192	862801	85101600	DESBRIDAMIENTO NO INCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO HASTA 5% DE SUPERFICIE CORPORAL (incluye curación de nivel I e insumos)	SERVICIO	1	X	
38	93192	890105	85101600	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HORARIO DIURNO INCLUIDO INSUMOS (Guantes, jeringas, torundas de algodón, alcohol, micropore, espadrapo, solución salina, equipo de macro o micro goteo, buretrol, jelco, bolsa para recolección de residuos hospitalarios),	SERVICIO	1	X	

ESMBAS29

				excepto medicamento. De acuerdo a dosis del paciente (1, 2, 3 y 4 dosis).				
39	93192	890105	85101600	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HORARIO NOCTURNO INCLUIDO INSUMOS (Guantes, jeringas, torundas de algodón, alcohol, micropore, espadrapo, solución salina, equipo de macro o micro goteo, buretrol, jelco, bolsa para recolección de residuos hospitalarios), excepto medicamento. De acuerdo a dosis del paciente (1, 2, 3 y 4 dosis)	SERVICIO	1	X	
40	93192	940701	85101600	ADMINISTRACION DE PRUEBAS NEUROPSICOLOGICAS (El personal debe contar con especialidad o Maestría en Neuropsicología)	SERVICIO	1	X	
41	93122	944301A	85101600	TERAPIA NEUROPSICOLÓGICA	SERVICIO	1	X	
42	93122	930860	85101600	ELECTROMIOGRAFIA DE EXTREMIDADES (Este ítem incluye: 1 Extremidad con Neuroconducción, Reflejo H y Onda F)	SERVICIO	1	X	
ALQUILER DE EQUIPOS								
43	73290	932400	85101600	ALQUILER DIARIO DE ASPIRADOR DE SECRECIONES A DOMICILIO	SERVICIO	1	X	
44	73290	932400	85101600	ALQUILER DIARIO DE PULSOXIMETRO LECTURA CONTINUA DOMICILIO	SERVICIO	1	X	
45	73290	932400	85101600	ALQUILER MONITOR DE SIGNOS VITALES DÍA	SERVICIO	1	X	
46	73290	932400	85101600	ALQUILER DIARIO DE CAMA MANUAL DÍA	SERVICIO	1	X	
47	73290	932400	85101600	ALQUILER DIARIO DE CAMA ELECTRICA DÍA	SERVICIO	1	X	
48	73290	932400	85101600	CAMA HOSPITALARIA 2 NIVELES ALQUILER DÍA	SERVICIO	1	X	
49	73290	932400	85101600	ALQUILER DE NEBULIZADOR DÍA	SERVICIO	1	X	
50	73290	932400	85101600	ALQUILER BOMBA DE INFUSION POR DÍA INCLUYE SET PARA BOMBA	SERVICIO	1	X	
51	73290	932400	85101600	ALQUILER DE PULSOXIMETRO PORTATIL DÍA	SERVICIO	1	X	
52	73290	932400	85101600	ALQUILER DE PULSOXIMETRO NEONATAL DÍA	SERVICIO	1	X	
53	73290	932400	85101600	ALQUILER DE VENTILADOR MECANICO DIA	SERVICIO	1	X	

ESM BAS 29

54	73290	932400	85101600	ALQUILER DIARIO DE CILINDRO Y REGULADOR DE OXIGENO MAS CONTENIDO DE OXIGENO	SERVICIO	1	X	
DESCRIPCION ESPECIFICACION DEL PAQUETE DE SERVICIOS								
55	73290	932400	85101600	PAQUETE INTEGRAL DE SERVICIO DE OXIGENOTERAPIA POR MES, PARA PACIENTE CRONICO O AGUDO **CON OXIGENO DE BAJO FLUJO**. QUE INCLUYE: - VALORACIÓN POR TERAPEUTA REPIRATORIO O FISIOTERAPEUTA. - CONCENTRADOR DE OXIGENO DE BAJO FLUJO (ALQUILER POR MES). - 1 CILINDRO DE RESPALDO MAS REGULADOR (ALQUILER POR MES). - 1 CONTENIDO DE OXIGENO POR MES (NO ACUMULABLE) - HUMIDIFICADOR + CANULA POR MES - DESPACHO DE LOS EQUIPOS DEBE SER EN EL DOMICILIO DONDE EL USUARIO LO REQUIERA SEGÚN COBERTURA. - EDUCAR AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES EN EL MANEJO DE LOS INSUMOS Y EQUIPOS BIOMEDICOS. *Nota: En caso de que el paciente necesite de manera adicional cilindro + regulador de oxígeno + contenido; bajo criterio médico, este se solicitará por evento.*	SERVICIO	PAQUETE POR MES	X	
56	73290	932400	85101600	PAQUETE INTEGRAL DE SERVICIO DE OXIGENOTERAPIA POR MES, PARA PACIENTE CRÓNICO O AGUDO **CON OXÍGENO DE ALTO FLUJO.** QUE INCLUYE: - VALORACIÓN POR TERAPEUTA REPIRATORIO O FISIOTERAPEUTA. - CONCENTRADOR DE OXIGENO DE ALTO FLUJO (ALQUILER POR MES). - 1 CILINDRO DE RESPALDO MAS REGULADOR (ALQUILER POR MES). - 1 CONTENIDO DE OXIGENO POR MES (NO ACUMULABLE) - HUMIDIFICADOR + CÁNULA POR MES	SERVICIO	PAQUETE POR MES	X	

ESAB329

				- SISTEMA VENTURY SI LO REQUIERE. - DESPACHO DE LOS EQUIPOS DEBE SER EN EL DOMICILIO DONDE EL USUARIO LO REQUIERA SEGÚN COBERTURA. - EDUCAR AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES EN EL MANEJO DE LOS INSUMOS Y EQUIPOS BIOMÉDICOS. *Nota: En caso de que el paciente necesite de manera adicional cilindro + regulador de oxígeno + contenido; bajo criterio médico, este se solicitará por evento.*				
57	73290	890105 - 890112- 890112 - 890111- 890110 - 890106- 890101- 932400- 932400	8510160 0	PAQUETE DE VENTILACION MECANICA DE PACIENTE CRÓNICO CON VENTILADOR POR MES	AUXILIAR DE ENFERMERIA 24 HORAS POR DIA (ATENCION POR UN MES) TERAPIA RESPIRATORIA 1 SESION POR DIA(MANEJO POR UN MES) TOTAL 30 SESIONES AL MES TERAPIA FISICA 20 SESIONES POR MES TERAPIA FONOAUDIOLOGICA DE DEGLUCIÓN 20 SESIONES POR MES NUTRICIÓN 1 VISITA AL MES VISITA MEDICA 2 VISITAS AL MES VENTILADOR MECANICO 1 POR MES UPS 1 POR MES ASPIRADOR DE SECRECIONES 1 POR MES PULSOXIMETRO 1 POR MES CAMA ELECTRICA 1 POR MES (INCLUYE BARANDAS, COLCHON DE ALGODÓN Y	SERVICIO	PAQUETE POR MES	X	

ESM BAS29

					COLCHONETA ANTIESCARAS) NARIZ DE CAMELLO 6 POR MES FILTROS HVB 2 POR MES CIRCUITO DE VENTILACIÓN 2 POR MES NEBULIZADOR POR MES ATRIL POR MES				

4.1 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ADICIONALES

El ofente deberá tener en cuenta que, en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato, deberá cumplir como mínimo con las siguientes obligaciones y especificaciones técnicas adicionales, para el cumplimiento de las mismas los interesados en participar diligenciarán correctamente el **Anexo No. 2 "NORMAS TÉCNICAS, FICHAS Y/O ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO"** adjunto en los anexos y formularios del pliego de condiciones definitivo, el cual será verificado por el Comité Técnico Evaluador, así mismo debe tener en cuenta aquellos requerimientos que se requieren en documento independiente y demás documentos solicitados a continuación:

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

N°	DESCRIPCION DEL REQUERIMIENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIÓN
REQUERIMIENTOS GENERALES				
1	Portafolio de servicios actualizado.	X		
2	Certificado de habilitación de los servicios requeridos por especialistas en atención domiciliaria.	X		
3	El oferente deberá contar mínimo con un (1) establecimiento de Salud IPS abierto al público en el municipio de Popayán, matriculado conforme a las disposiciones legales, donde se garantice la existencia de bienes, equipos, operarios, profesionales y prestación de servicios que son requeridos por la Entidad, se preste atención oportuna a cambios o reclamaciones y se garantice el soporte técnico permanente, cuando sea del caso. Para esto, el proponente deberá presentar documentos que acrediten la habilitación vigente para todos los servicios requeridos, expedido por la secretaría de salud del Cauca.	X		
4	La entidad contratante debe verificar que el oferente se encuentre inscrito en el reps y ha realizado la autoevaluación de la totalidad de los servicios habilitados con su correspondiente declaración en el reps, dentro del término legalmente previsto y en consecuencia ha obtenido constancia de su inscripción en el registro especial nacional del ministerio de la protección social y efectuado la autoevaluación de su cumplimiento en los servicios, en consonancia con lo estipulado en las resoluciones antes descritas.	X		

5	Certificación donde el oferente se compromete a realizar el procedimiento de pasar los RIPS por la malla validadora M.P.S., sin errores de estructura obteniendo el certificado o reporte de "0" errores almacenando la información en medio físico y magnético, conforme la (resolución 3374 de 2000) y normatividad vigente aplicable).	X		
6	HABILITACIÓN DE SERVICIOS. El oferente deberá contar con la habilitación de todos los servicios requeridos, debidamente habilitados en su IPS sede principal y cada una de sus sedes puestas a disposición de los usuarios del Subsistema de Salud del Dispensario Médico de Popayán, de acuerdo con la Resolución 2003 de 2014 y Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección social, soportado por registro único de habilitación. (Anexar Certificado de Habilitación vigente que acredite el cumplimiento de los requisitos de habilitación).	X		
7	La institución prestadora de servicios de salud cuenta con la generación del distintivo de habilitación de los servicios, emitido y autorizado por la entidad departamental o distrital de salud y/o entidad competente en el reps, expedido conforme la normatividad vigente, debidamente descargado, impreso y publicado como corresponde. SISTEMA DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD.	X		
8	El oferente debe aportar el manual de procesos y protocolos de enfermería en atención domiciliaria de acuerdo a los procedimientos más frecuentes en el servicio.	X		
9	Certificado que soporte la suficiencia para prestar los servicios que se contratan (capacidad instalada vs población a atender) suscrito por el representante legal que cumpla con los requisitos mínimos de habilitación definidos en el Decreto 1011 y anexo técnico uno (1) de la resolución 1043 del Ministerio de Protección Social de 2006.	X		
10	Hojas de Vida del personal profesional y técnico, anexando la respectiva hoja de vida con los respectivos soportes que demuestren su nivel de estudios (técnico, pregrado, diplomados, cursos, especialización, etc.), donde demuestre una experiencia mínima de 1 año certificada en cuidado de paciente domiciliario y que va a prestar el servicio al ESM. ● 1 Médico internista ● 2 Médico general ● 2 Terapeuta ocupacional de los cuales uno (1) debe tener Diplomado en Neurodesarrollo ● 2 Terapeuta de lenguaje y/o Fonoaudióloga de los cuales uno (1) debe tener Diplomado en Neurodesarrollo ● 5 Fisioterapeuta de los cuales se requiere los siguientes estudios: * Uno (1) debe tener entrenamiento en terapia acuática * Uno (1) debe tener entrenamiento en terapia cardiopulmonar. * Uno (1) debe tener curso en rehabilitación uro-ginecológica o piso pélvico. * Uno (1) debe tener énfasis en neurorehabilitación ● 3 Auxiliar de enfermería ● 1 Nutricionista ● 1 Psicólogos ● 1 Trabajador social ● 2 Jefe de enfermería de los cuales uno (1) debe tener especialidad en cuidado a las personas con Heridas y Ostomías. ● 1 Médico Especialista en Geriatría. ● 1 Médico Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos. ● 1 Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología. ● 1 Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.		X	-**Médico Geriatra** no cuenta con experiencia mínima de un año en la Especialidad. -No aporta hoja de vida de Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación (sólo aporta una carta de intención del mismo). -No aporta hoja de vida de Nutricionista.

11	EL oferente debe manifestar por escrito que el tiempo de asignación del personal idóneo domiciliario para la prestación del servicio requerido luego de la autorización por parte del ESM no será mayor a un día.	X		
12	El oferente debe presentar certificación de cumplimiento de la Normatividad Sistema de gestión se Seguridad y Salud en el trabajo. (Salud ocupacional y jornada de trabajo.) Y manifestar por escrito que los turnos de 12 horas, será la jornada máxima para cada profesional del área asistencial.	X		
13	EL oferente debe manifestar por escrito que cuenta con un ventilador mecánico cuya característica debe ser la siguiente: Sistema de ventilación mecánico para asistencia en cuidado critico e intermedio. Ventilador mecánico portátil adulto-pediátrico. Ciclado por volumen y presión, para Homecare y apoyo intrahospitalario, ventilación mecánica invasiva y no invasiva. Debe tener como modos de ventilación presión positiva continua en la vía aérea, ventilación con presión soporte, ventilación con presión soporte con frecuencia respiratoria de Backup, volumen ajustable, ventilación controlada con presión asistida, ventilación controlada con volumen asistido, ventilación mandataria intermitente sincronizada y ventilación mecánica no invasiva. (Anexar hoja de vida del dispositivo y ficha técnica).Toda vez que actualmente en el programa de atención domiciliaria del ESM BAS29 existe un paciente con Diagnóstico médico de Distrofia muscular de Duchenne.	X		
14	El oferente debe certificar por escrito y entregar junto con la propuesta, en único documento que se compromete a lo siguiente: · En caso de fallecimiento del paciente la entidad no debe facturar ni cobrar las órdenes no ejecutadas, debe informar inmediatamente al Comité de atención domiciliaria y hace llegar copia de las órdenes de servicio no realizadas a la coordinación del programa de atención domiciliaria. · Se debe garantizar el manejo de la historia clínica de cada paciente, con sus respectivos registros profesionales, evolución y manejo. · No se debe hacer sesiones dobles de ninguna terapia solo en caso de autorizados por el comité técnico científico de atención domiciliaria y el supervisor del contrato. · Las terapias respiratorias deben ser realizadas por el profesional en Terapia Respiratorio o fisioterapeuta. · Las enfermeras y demás profesionales deben tener sus equipos básicos para el manejo de signos vitales. · Formular, de acuerdo a las políticas y criterios establecidos mediante Acuerdo 052 de 2013 del Consejo Superior de Sanidad Militar y Policial o normas que lo modifiquen. Directiva Permanente 0041 del 2016. · El Auxiliar de enfermería asignado deberá realizar Capacitación a cuidador encargado del paciente.	X		

	· Previa realización de las curaciones la Enfermera Jefe debe hacer un Diagnóstico de la lesión y presentar el plan de tratamiento a el coordinador del programa para su autorización · De no contar con la presencia de cuidador familiar en el domicilio del paciente el servicio de auxiliar de enfermería no será prestado eventualmente y debe ser informado de inmediato al coordinador del programa del ESM BAS29. · Los cateterismos vesicales, la colocación de enema las curaciones de baja y mediana complejidad, la toma de glucometrías, así como la administración de medicamentos a horario hacen parte de las funciones a realizar por el Auxiliar de enfermería durante su turno y no deben ser cobrados como evento.			
15	El oferente deberá garantizar la entrega oportuna de los equipos de oxigenoterapia y contenido de oxígeno a los pacientes que lo requieran según su condición clínica y bajo formulación médica. Para esto, el proponente deberá presentar contrato vigente con proveedor que respalde la disponibilidad de equipos y de oxígeno, con el fin de garantizar la oportunidad y accesibilidad del servicio, así mismo deberá anexar concepto sanitario vigente del proveedor de gases medicinales y tecnologías relacionadas con este objeto.		X	Contrato no vigente con proveedor de Gases Medicinales. No aporta Concepto sanitario vigente del proveedor de Gases Medicinales.

CONCLUSION DE LA RE EVALUACIÓN TÉCNICA:

Una vez verificados los requisitos de orden técnico solicitados en el pliego de condiciones definitivas para el proceso de selección abreviada N° 297-DIGSA/DMCAL-2023 se puede establecer que la entidad **SOLUCIONES Y EMPRENDIMIENTO EMPRESARIAL SAS,** **SE RECHAZA** Técnicamente con lo solicitado, como lo establece el pliego de condiciones en el punto **1.24 ADMISIBILIDAD Y CAUSALES DE RECHAZO DE LAS PROPUESTAS** que a la letra dice:

9. Cuando se presente la propuesta en forma subordinada al cumplimiento de cualquier condición o modalidad.

22. En los demás casos establecidos en el presente pliego de Condiciones y la Ley

Razón por la cual **rechaza técnicamente** y no se le recomienda al Gerente del Proyecto que continúe con el proceso de adjudicación.

SV. GUILLERMO HERNANDEZ HERNANDEZ
Comité Técnico Evaluador Proceso de selección de Mínima Cuantía N°**297-DIGSA/DMCAL-2023**

ESM BAS29