MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N ° 7

No. GS-2023 009104 RASES-REFER – 29.25

Villavicencio, 14 JUL 2023

Mayor
WILSON GOMEZ GARZÓN
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud (E)
Calle 15 #15ª-33 Barrio el Estero
Villavicencio

Asunto: Evaluación de Observaciones Proceso ***PN RASES No.7 MIC 084 2023***

De manera respetuosa me permito enviar a mi Mayor, la evaluación de observaciones (*técnicas*), de acuerdo a los documentos presentados en la página de *Colombia Compra eficiente SECOP II*, por la entidad ***NEUROELECTRODIAGNOSTICO SH DEL LLANO S.A.S, con NIT No. 901119103-1***, requeridos en la primera evaluación de ofertas, dentro del proceso de mínima cuantía ***PN RASES No.7 MIC 084 2023, cuyo objeto es la PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL SERVICIO DE EXAMENES POLISOMNOGRAFIAS Y ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO, MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.7, por un valor de CIENTO QUINCE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($ 115.200.000,00) M/CTE,*** así:

- ***EVALUACIÓN TECNICA***

CONDICIONES TECNICAS HABILITANTES	CUMPLE/ NO CUMPLE
EXPERIENCIA DEL PROPONENTE El proponente debe acreditar experiencia en contratos con objetos iguales o similares al objeto del presente proceso, tal acreditación será avalada con la presentación de hasta tres (3) contratos celebrados y liquidados con entidades públicas o privadas que sumados sea igual o mayor de setenta por ciento (70%) del presupuesto asignado al presente proceso. (allegar copia de contrato y acta de liquidación o certificación) La certificación deberá acreditar los siguientes aspectos: ✓ Nombre o razón social de contratante. ✓ Nombre o razón social del contratista. ✓ Objeto del contrato. ✓ Lugar de ejecución del contrato. ✓ Número del contrato. ✓ Fecha de inicio del contrato. ✓ Fecha de terminación del contrato. ✓ Valor del contrato. ✓ Certificación suscrita por la persona competente de la entidad contratante. ✓ Dirección y número telefónico del contratante. Además, en las certificaciones deberá manifestar la calificación del servicio ejecutado la cual deberá ser mínimo bueno, si la calificación otorgada a los contratistas es aceptable o malo no se tendrán en cuenta en la calificación de la experiencia acreditada. Cuando se certifiquen contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o de Unión Temporal, la Dirección de Sanidad tomará para la verificación, el porcentaje de participación del oferente en la ejecución del contrato, y luego sumará el valor obtenido para así establecer el total acreditado. Para lo anterior, deberá presentar el documento que acreditó la conformación del Consorcio o de la Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato. Además, debe tenerse en cuenta que: - No se admiten certificaciones de subcontrataciones o convenios. - No se acepta ningún otro documento a los enunciados para soportar las certificaciones presentadas. - No se tendrán en cuenta contratos en ejecución (entiéndase en ejecución hasta el acta de recibo final). - No se aceptan certificaciones con enmendaduras y que no contengan como mínimo la información solicitada o que presenten inconsistencias.	**CUMPLE**

<table>
<tr><th>No</th><th>CONDICIONES TÉCNICAS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO</th><th>CUMPLE/ NO CUMPLE</th></tr>
<tr><td>1</td><td>RECURSO HUMANO</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>El oferente deberá contar con el siguiente recurso humano:
Recurso Humano: (diligenciar el formato de idoneidad del personal) anexo No. 4, de acuerdo a las siguientes profesiones:

• Profesional en Neurología especialista en Somnologia.
• Auxiliar de Enfermera con entrenamiento en: Estudio del Sueño (Certificado) y Electroencefalograma.</td><td>CUMPLE</td></tr>
<tr><td>2</td><td>RECURSO DE INFRAESTRUCTURA:
El proponente deberá certificar mediante documento escrito y firmado por la representante legal, la infraestructura física ofrecida para la prestación del servicio la cual deberá tener cobertura en la ciudad de Villavicencio del departamento del Meta con infraestructura propia, requerida y oportunidad de atención, frente a las necesidades expresadas por la Regional de Aseguramiento en Salud No.7</td><td>CUMPLE</td></tr>
<tr><td>3</td><td>OPORTUNIDAD DEL SERVICIO:
El proponente deberá allegar certificación para prestar los servicios ofertados en el portafolio de servicios en los siguientes horarios

3.1 El servicio se prestará ininterrumpidamente desde el inicio hasta la finalización del contrato sin excepción, en el horario de atención de 07:00 am a 06:00 pm de lunes a viernes y sábados de 8:00 a 1:00 pm.

3.2 El contratista se obliga a garantizar que la oportunidad del servicio para inicio de procedimientos será de 3 días máxima 5 días

3.3 El horario de entrega de resultados para los usuarios de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 7 será de 10 días :7:00 am a 6:00 pm de lunes a viernes y sábados de 8:00 a 6:00 pm.</td><td>CUMPLE</td></tr>
<tr><td>4</td><td>CAPACIDAD OPERATIVA
La entidad cuenta con las instalaciones adecuadas para tender usuarios en salud como:

• -Salas de espera :02
• -Equipos biomédicos en excelentes condiciones:
• Easy : 03 equipos
• Cadwell: 02 equipos
• Camas para realizar los procedimientos del estudio del sueño: 05 camas
•</td><td>CUMPLE</td></tr>
<tr><td>5</td><td>CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.
El oferente debe ajustarse según lo contemplado por el Ministerio de Salud y de Protección Social y todas aquellas normas legales que deroguen, modifiquen o establezcan estándares de habilitación para la prestación de servicios de salud sin causar traumatismo en la prestación del mismo. Dando aplicación a lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y de la Protección Social.

De acuerdo con lo anterior debe presentar el certificado de Registro en el Sistema Único de Habilitación vigente expedido por la secretaria de Salud del Departamento del Meta para cada servicio ofertado los cuales deben estar inscritos y habilitados al momento de presentar la propuesta y mantener dicha habilitación vigente durante la ejecución del contrato que se llegase a celebrar.

<table>
<tr><th>CODIGO</th><th>SERVICIO</th></tr>
<tr><td>891402</td><td>ELECTROENFACELOGRAMA COMPUTARIZADO</td></tr>
<tr><td>891704</td><td>ESTUDIO FISIOLOGICO DEL SUEÑO (ESTUDIO DE POLISOMNOGRAFIA SIN OXIMETRIA)</td></tr>
<tr><td>891703</td><td>POLISOMNOGRAFIA EN TITULACION DE CPAP NASAL</td></tr>
<tr><td>891401</td><td>ELECTROENCEFALOGRAMA CONVENCIONAL</td></tr>
<tr><td>930403</td><td>ESTUDIO COMPUTARIZADO DE LA MARCHA (CAMINATA DE 6 MINUTOS)</td></tr>
<tr><td>891901</td><td>MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFIA POR VIDEO Y RADIO (HORA)</td></tr>
</table>

Aspectos que serán verificados mediante visita a las instalaciones del oferente.</td><td>CUMPLE</td></tr>
<tr><td>6</td><td>Deberá Anexar el Portafolio de servicios el cual deberá describir:

a. Capacidad instalada por servicios (recursos logísticos, servicios operativos y físicos), Servicios ambulatorios (número de consultorios, de procedimientos y/o servicios de apoyo diagnóstico).

b. Con que se cuenta (horas profesionales disponibles o por disponibilidad requeridas), cobertura requerida y oportunidad de atención, incluyendo en este el modelo de atención y así como el listado del recurso humano asistencial por servicios.

Aspectos que serán verificados mediante visita a las instalaciones del oferente.</td><td>CUMPLE</td></tr>
<tr><td>7</td><td>El proponente con su propuesta allegara el Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.</td><td>CUMPLE</td></tr>
</table>

8	**COORDINADOR:** El proponente deberá designar un empleado con poder de decisión para la canalización y resolución de todos aquellos aspectos relacionados con la atención a los usuarios durante la ejecución del contrato, quien estará en permanente comunicación con el supervisor del contrato. **Nota 1:** El contratista se compromete a cubrir el servicio en caso de que se requiera con más personal de las mismas características, sin que implique costo adicional para la institución policial.	**CUMPLE**
9	El Contratista deberá presentar con la cuenta el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS (en medio magnético), conforme lo establecido en las Resolución Numero 3374 DE 2000 (Diciembre 27) Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados, modificada por la resolución 1531 del 28 de abril de 2014, expedidas por el ministerio de la salud y protección social.	**CUMPLE**
10	EL SERVICIO DEBE SER PROPORCIONADO BAJO RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR CONTRATADO, con cumplimiento de Requisitos según lo contemplado por el Ministerio de la Protección Social, en el Decreto 1011 del 2006; Resolución 3100 del 2019 y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares de calidad en prestación de servicios de salud. Estos pueden ser verificados en cualquier momento por parte de grupo de Auditores de la Regional de Aseguramiento en Salud No.7, incluyendo "LA ATENCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS GENERADOS DURANTE EL MANEJO DEL PACIENTE ENTENDIDO COMO "EL DAÑO NO INTENCIONAL CONSECUENCIA DEL CUIDADO MÉDICO O TODO AQUEL DERIVADO DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y NO DE LA ENFERMEDAD MISMA DEL PACIENTE, SITUACIÓN QUE CORRERÁ POR CUENTA DEL CONTRATISTA PREVIO ANALISIS DEL CASO ENTRE AUDITORIA DE ENTIDADES, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA SERA ASUMIDA BAJO ORDEN JUDICIAL QUE ASI LO DETERMINE", dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-006 REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS. Que se adjunta al presente estudio previo.	**CUMPLE**

ÍTEM	CODIGO CUPS	DESCRIPCIÓN	OFERTA	
			SI	NO
1	891402	ELECTROENFACELOGRAMA COMPUTARIZADO	X	
2	891704	ESTUDIO FISIOLOGICO DEL SUEÑO (ESTUDIO DE POLISOMNOGRAFIA SIN OXIMETRIA)	X	
3	891703	POLISOMNOGRAFIA EN TITULACION DE CPAP NASAL	X	
4	891401	ELECTROENCEFALOGRAMA CONVENCIONAL	X	
5	930403	ESTUDIO COMPUTARIZADO DE LA MARCHA (CAMINATA DE 6 MINUTOS)	X	
6	891901	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFIA POR VIDEO Y RADIO (HORA)	X	

Finalizado la evaluación, de acuerdo a los documentos presentados por la entidad ***NEUROELECTRODIAGNOSTICO SH DEL LLANO S.A.S, con NIT No. 901119103-1,*** subsano la totalidad de las observaciones requeridas en la primera evaluación de ofertas. Evidenciando el cumplimiento de los requisitos establecidos en la invitación del proceso de mínima ***PN RASES No.7 MIC 084 2023, cuyo objeto es la PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL SERVICIO DE EXAMENES POLISOMNOGRAFIAS Y ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO, MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.7, por un valor de CIENTO QUINCE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($ 115.200.000,00) M/CTE.***

En atención al *numeral 2.1.3.3.1* de la *resolución 00090 del 15 de enero de 2018*, pongo en consideración la presente evaluación de observaciones, para ser analizada por el comité de adquisiciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No.7, para fines pertinentes dentro del proceso ***PN RASES No.7 MIC 084 2023.***

Atentamente,

Patrullera **SINDY NARDEY BENITO ROJAS**
Verificación Técnica

Fecha: 14 de julio de 2023
Ubicación: \\dsclipi-contra7\compartidarases7\carpeta 2023\minima cuantia\polisonografia\5-evaluacion tecnica.doc

demet.rase7-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

Humana

INFORMACIÓN PÚBLICA