MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
ÁREA CÓRDOBA

No. S- 2019- 056348 **/JEFAT - GASIS – 3.1**

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL
Unidad: OPEON.
Radicado No:
Recibido por: PT. Jorge Cuevas
Fecha 30-08-19 Hora 17:15

Montería, 30 de Agosto de 2019

Teniente
ADEL JAVIER DE HOYOS GARCIA
Jefe Sanidad de Córdoba
Carrera 14 # 41 – 61, Barrio Los Laurales
Montería-

Asunto: Verificación Técnica

De manera atenta y respetuosa remito al señor teniente la verificación Técnica realizada a la oferta presentada por el oferente **OTORRINOLARINGOLOGO ASOCIADO DE CORDOBA. S.A.S,** dentro del proceso de contratación **PN ARSAN MEMOT MIC 087-2019** que tiene por objeto la **"PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y OTOLOGÌA, CONTENIDOS EN EL ACUERDO N° 002 DE 2001 "POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL" QUE INCLUYE (CONSULTAS, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES Y DEMAS ACTIVIDADES DE LA ESPECIALIDAD), PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, QUE HABITAN EN EL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA",** que acorde a los parámetros establecidos en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 del 2007, Decreto 1082 de 2015, Resolución 03049 del 2014 y demás normas concordantes, arrojó las siguientes consideraciones así:

RAZÓN SOCIAL	**OTORRINOLARINGOLOGO ASOCIADO DE CORDOBA. S.A.S.**
NIT No.	900.518.958-1
REPRESENTANTE LEGAL	ANTONIO QUERUBIN JIMENEZ LARRARTE
C.C. No. REPRESENTANTE LEGAL	6.872.411 de MONTERIA – CORDOBA
CIUDAD	MONTERIA - CORDOBA
DIRECCIÓN	CALLE 24 # 6 - 23 MONTERIA - CORDOBA
TELÉFONO	7895395 / 3165299948
EMAIL:	OTOCORDOBA@HOTMAIL.COM

VERIFICACION DE REQUISITOS MINIMOS HABILITANTES

CONDICIONES TECNICAS		CUMPLE	
		SI	NO
EXPERIENCIA DEL PROPONENTE	Certificación de experiencia.	X	
	Que contengan un objeto igual o similar al del presente proceso.	X	
	Que los contratos certificados se hayan ejecutado durante un periodo comprendido entre 01/01/2016 y a la fecha de cierre del presente proceso de selección.	X	
	El (los) contrato(s) certificado(s) debe(n) tener una cuantía igual o superior al 50% del presupuesto oficial estimado para el presente proceso de selección.	X	
	En las certificaciones debera especificarse lo siguiente: Nombre del contratante, Objeto del contrato, Número del contrato, Valor del contrato, Plazo, Fechas de inicio y finalización, Nombre del contratista, La Certificación debe estar debidamente suscrita por el representante legal o la persona autorizada para tal fin.	X	

TIEMPO EN EL MERCADO	Se requiere acreditar experiencia mínima por parte del oferente de un (01) año, los cuales se contarán desde la fecha de inscripción o habilitación en la secretaria departamental de salud, hasta la fecha del cierre y envió de las ofertas del proceso a la plataforma del SECOP II, para lo cual se debe anexar la respectiva certificación del ente competente.	X	
COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTA	Nivel de educación o nivel académico.	X	
	Formación.	X	
	Experiencia del personal y de los empleados.	X	
CAPACIDAD OPERATIVA	Infraestructura y Personal	X	
	Capacidad de organización	X	
	Capacidad instalada	X	
OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES	Formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud	X	
	Formulario de inscripción de Novedades de servicios ofertados	X	
	Modelo de prestación de servicios definido por el prestador	X	
	Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud	X	
	Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad Instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida y firmada por el representante legal	X	
	Proceso de atención al usuario	X	
	Portafolio de servicios de salud actualizados para el año 2017 (incluir tarifas)	X	
	Documentos que soporten la oportunidad de la consulta especializada, Subespecializada y cirugías programadas y la capacidad operativa que tenga la entidad en los diferentes servicios ofertados.	X	
	Instructivo o protocolo para la referencia de usuarios.	X	

Después de verificar la documentación de la oferta enviada por el oferente dentro del proceso en mención, se realiza la verificación de las instalaciones con lista de chequeo, con el fin de que la información aportada sea la exigida en las condiciones técnicas mínimas habilitantes de la invitación pública del proceso.

El comité técnico determinó que la oferta presentada por el oferente **OTORRINOLARINGOLOGO ASOCIADO DE CORDOBA. S.A.S.,** identificado con el **Nit. No. 900.518.958-1** dentro del proceso **PN ARSAN MEMOT MIC 087-2019, CUMPLE** técnicamente con los requisitos mínimos de obligatorio cumplimiento establecidos en la invitación pública que rigió el proceso. Por lo tanto pueden continuar en el proceso.

Atentamente,

Médico General **JOSE MIGUEL ZÚÑIGA CARRARA**
Evaluador Técnico

Elaborado por: Médico José Miguel Zúñiga Carrara
Revisado por: IT Liz Marina Ochoa Cardona
Fecha de elaboración: 30-08-2019
Ubicación: C:\\Referencia\Evaluaciones

Carrera 14 41–61, Barrio los laureles - Montería
Teléfono: 7828440 Ext. 8708
decor.grusa-refer@policia.gov.co
www.policia.gov.co