MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE REGIONAL ARMENIA

Al contestar, cite este número

Radicado No. **2023336015338403**: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMOP-DIV5-BR8-BASPC8-ESMBAS08-PLANES -29.25

Armenia-Quindío, 21 de julio de 2023

Señora Teniente Coronel
ANA MILIENA VELASQUEZ TAMAYO
Gerente de Proyecto Regional Nº 11
Av Centenario 25-00
Armenia Quindío.

Asunto: EVALUACIÓN TÉCNICA DE LA OFERTA QUE SE PRESENTA PARA EL PROCESO DE MÍNIMA CUANTÍA N° MC-156-DISANEJC/CENACARM- 2023.

OBJETO: GRUPO 1: NEUMOLOGÍA INCLUYENDO CONSULTA DE LA ESPECIALIDAD Y PROCEDIMIENTOS PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFM DEL ESM BAS08 EN ARMENIA Y SUS SATÉLITES GRUPO 2: ALERGOLOGÍA INCLUYENDO CONSULTA DE LA ESPECIALIDAD Y PROCEDIMIENTOS PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFM DEL ESM BAS 08 EN ARMENIA Y SUS SATÉLITES GRUPO 3: NEUMOLOGIA INCLUYE CONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS AFINES, PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFFMM DEL ESM BIAYA EN MANIZALES". GRUPO 4: NEUMOLOGIA INCLUYE CONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS AFINES PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFFMM DEL ESM BIVEN EN CARTAGO", GRUPO 5: NEUMOLOGIA INCLUYE CONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS AFINES PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFFMM DEL ESM BASAM EN PEREIRA". GRUPO 6: ALERGOLOGÍA INCLUYENDO CONSULTA DE LA ESPECIALIDAD Y PROCEDIMIENTOS PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFM DEL ESM BASAM "

ESMBAS08

GRUPO I

OFERENTE: NEUMOVIDA S.A.S. Nit 900.680.974-1, representante legal **JAIME SANCHEZ VALLEJO**, Cedula de Ciudadanía Nº. 18.593.326 De Santa Rosa de

Al contestar, cite este número

Radicado No. **2023336015338403**: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMOP-DIV5-BR8-BASPC8-ESMBAS08-PLANES -29.25

Cabal Risaralda, Dirección: Avenida Bolívar 17 Norte Interior Parqueadero Hospital San Juan de Dios, Teléfono 7454550 – 3104388854 – correo: neumovidaips@gmail.com

ITEM	REQUERIMIENTO	CUMPLE	NO CUMPLE	DOCUMENTO
1.	FICHA TECNICA DE ACUERDO AL GRUPO.	x		Anexa documento
2.	CERTIFICADO DE HABILITACIÓN DE LOS SERVICIOS El oferente debe adjuntar la Certificación de inscripción en el registro especial de Prestadores de acuerdo al decreto 780 de 2016 y a la resolución 3100 de 2019. Nota: Los servicios ofertados deben estar habilitados.	x		Anexa documento
3.	SOPORTE DE SUFICIENCIA PARA PRESTAR SERVICIOS 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.	x		Anexa documento
4.	MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS El oferente deberá entregar el modelo de prestación de servicios o portafolios de servicios (puede ser en Excel)	x		Anexa documento
5.	INDICADORES DE CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS El oferente deberá presentar el soporte del reporte de indicadores de calidad, así mismo el plan de mejoramiento en caso de aplicar.	x		Anexa documento
6.	AUDITORÍA CONCURRENTE El oferente deberá certificar mediante documento escrito firmado por el representante legal o quien esté autorizado para ello que aceptará y facilitará la realización del proceso de auditoria concurrente por el personal designado por la Sanidad Ejercito Nacional y suministrará la información correspondiente para tal efecto. Las actividades de auditoria serán orientadas hacia verificación de la entidad prestadora de servicios y demás condiciones indispensables para el cumplimiento del contrato, así como las actividades de promoción y prevención	x		Anexa documento
7.	COORIDNADOR REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA El oferente deberá mediante documento escrito firmado por el representante legal o quien esté autorizado para ello, certificar que tiene implementado el sistema de referencia y contra referencia, así mismo, informará quienes son los responsables de dicha área, entregando la siguiente información: NOMBRES TELÉFONO DE	x		Anexa documento

	CONTACTO CORREO ELECTRONICO HORARIO DE ATENCIÓN			
8.	COORDINADOR OFICINA ATENCIÓN AL USUARIO El oferente deberá mediante documento escrito firmado por el representante legal o quien esté autorizado para ello, informar quien es el responsable de la oficina de atención al usuario, comprometiéndose de que, esta oficina estará en contacto permanente con la oficina de atención al usuario del Establecimiento de Sanidad Militar, así mismo suministrará a siguiente información: Nombres completos Número de teléfono Correo electrónico Horario de atención	x		Anexa documento
9.	ENTREGA DE FACTURACIÓN El oferente deberá mediante documento escrito firmado por el representante legal o quien esté autorizado para ello, CERTIFICAR que se compromete a realizar entrega de facturación mensual (antes del día 20 de cada mes) a la firma auditora contratada, y a enviar al supervisor copia de la relación de las facturas que fueron radicadas, con el fin de que se lleve un estricto control de la ejecución del contrato.	x		Anexa documento
10.	VALIDACIÓN TALENTO HUMANO CONTRATADO El proponente anexará la certificación firmada por el representante legal o por el responsable de talento humano en donde manifieste que cuenta con el talento humano asistencial idóneo el cual le permitirá cumplir con el objeto contractual, igualmente que realizó verificación y validación de los títulos del personal que así lo requiera, como la verificación de que ha revisado y constatado que el personal cuenta con el registro profesional departamental, nacional y/o Registro único nacional de talento humano en salud (RETHUS).	x		Anexa documento
11.	LISTADO DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS El oferente deberá adjuntar junto con su oferta el listado precios de insumos y medicamentos que puedan llegar a ser parte del presente proceso	x		Anexa documento
12.	ACREDITACIÓN DE EXPERIENCIA El proponente debe presentar como mínimo una (01), certificación y/o copia de contrato y/o factura que sea igual o superior al ochenta 80% del presupuesto oficial cuyo objeto sea igual o similar a la del presente proceso contractual. (Puede incluir varias facturas o contratos o certificaciones) Las certificaciones deben contener la siguiente información: • Objeto del contrato • No. Del contrato • Valor • Plazo • Fechas de inicio y finalización del contrato • Cumplimiento • Nombre y NIT del contratante y del contratista. NOTA 1: NO SE ACEPTAN	x		Anexa documento

Al contestar, cite este número

Radicado No. **2023336015338403**: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-JEMOP-DIV5-BR8-BASPC8-ESMBAS08-PLANES -29.25

	AUTOCERTIFICACIONES NOTA 2: INFORMACION SUJETA A VERIFICACION			

CONCLUSION:

UNA VEZ VERIFICADA LA DOCUMENTACIÓN ALLEGADA POR EL OFERENTE: NEUMOVIDA S.A.S. Nit 900.680.974-1, representante legal **JAIME SANCHEZ VALLEJO**, Cedula de Ciudadanía Nº. 18.593.326 De Santa Rosa de Cabal Risaralda, Dirección: Avenida Bolívar 17 Norte Interior Parqueadero Hospital San Juan de Dios, Teléfono 7454550 – 3104388854 – correo: neumovidaips@gmail.com

OFERENTE HABILITADO TECNICAMENTE GRUPO I

Atentamente

SV. JUAN CARLOS PORRAS LONDOÑO
Comité Técnico Evaluador

ESMBAS08