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

Bucaramanga, 15 Agosto de 2023

Teniente Coronel
JORGE BECERRA VALDERRAMA
Gerente de Proyecto

Asunto: Evaluación Técnica del Proceso de CONTRATACION DIRECTA- CAUSAL CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS **N.º CD427-DIGSA/DMBUG-2023**,

OBJETO ES LA **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE I Y II NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA EL PERSONAL DE AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BITER N° 5 EN CORREGIMIENTO JUNCAL DEL MUNICIPIO DE AGUACHICA CESAR, PARA LA VIGENCIA 2023"**
SOLICITUD DE OFERTA DEL MODALIDAD CONTRATACION DIRECTA- CAUSAL CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS **N.º CD427-DIGSA/DMBUG-2023**,

OFERENTE

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL JOSE DAVID PADILLA VILLAFAÑE
NIT. 8 9 2 3 0 0 4 4 5 -8
Aguachica-

ITEM	CODIGO CUPS	DESCRIPCION TECNICA	UNI. MED.	CANT.	CUMPLE	NO CUMPLE
1	890226	ANESTESIOLOGIA	SERVICIO	1	X	
2	890266	MEDICINA INTERNA	SERVICIO	1	X	
3	890282	OTORRINOLARINGOLOGIA	SERVICIO	1	X	
4	890202	UROLOGIA	SERVICIO	1	X	
5	890306	NUTRICION Y DIETETICA	SERVICIO	1	X	
6	890212	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA RESPIRATORIA	SERVICIO	1	X	
7	890235	CIRUGIA GENERAL	SERVICIO	1	X	
8	890276	OFTALMOLOGIA	SERVICIO	1	X	
9	890283	PEDIATRIA	SERVICIO	1	X	
10	890211	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FISIOTERAPIA	SERVICIO	1	X	
11	890210	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA	SERVICIO	1	X	
12	890250	GINECOBTETRICIA	SERVICIO	1	X	
13	890250	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	SERVICIO	1	X	
14	890284	PSIQUIATRIA	SERVICIO	1	X	
15	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA	SERVICIO	1	X	
16	930105	TERAPIA OCUPACIONAL	SERVICIO	1	X	
17	890228	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	SERVICIO	1	X	
URGENCIAS 24 HORAS						
18	890735	CIRUGIA GENERAL	SERVICIO	1	X	
19	890783	PEDIATRIA	SERVICIO	1	X	
20	890266	MEDICINA INTERNA	SERVICIO	1	X	
21	890780	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	SERVICIO	1	X	

SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO YCOMPLEMENTACION TERAPEUTICO						
22	452301	COLONOSCOPIA TOTAL, CON SEDACION	SERVICIO	1	X	
23	INCLUIDO TODOS	LABORATORIO CLINICO GENERAL Y ESPECIALIZADO	SERVICIO	1	X	
24	INCLUIDO TODOS	RADIOLOGIAE IMÁGENES DIAGNOSTICAS	SERVICIO	1	X	
25	441302	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA, CON SEDACION	SERVICIO	1	X	
SERVICIOS DE INTERNACION						
26	10M003	ESTANCIA HOSPITALIZACION (3 O MAS CAMAS)	SERVICIO	1	X	
27	10M004	ESTANCIA EN URGENCIAS (4 O MAS CAMAS)	SERVICIO	1	X	
SERVICIOS TRANSPORTE ASISTENCIAL						
28	S31302	TRASPORTE ASITENCIAL BASICO	SERVICIO	1	X	
29	S33302	TRASPORTE ASITENCIAL MEDICALIZADO	SERVICIO	1	X	

N°	DESCRIPCIÓN	SI CUMPLE	NO CUMPLE
1	**EXPERIENCIA MÍNIMA DEL PROPONENTE** El oferente deberá demostrar experiencia específica, para lo cual deberá anexar a su propuesta como mínimo una (01) certificación de contratos ejecutados, cuyo objeto sea de la naturaleza del objeto del presente proceso de contratación, el valor o la suma de las certificaciones deberá ser igual o mayor al 100% del valor del presupuesto asignado para cada grupo y/o grupos. Las certificaciones de experiencia deberán reunir los siguientes requisitos: a) Número del contrato. b) Nombre o razón social del contratante. c) Nombre o razón social del contratista. d) Fecha de iniciación del contrato. e) Fecha de terminación del contrato. f) Objeto del contrato. g) Valor del contrato (Valor contrato principal más adiciones, sobre las cuáles se efectuará la respectiva verificación). h) La certificación de experiencias que vengan suscritas por el representante legal y/o funcionaria competente de la entidad contratante. i) En caso de que la certificación sea expedida a un consorcio o unión temporal, el proponente deberá adjuntar a su oferta el documento consorcial a su equivalente. j) Si la certificación incluye varios contratos, se debe identificar en forma precisa si son contratos adicionales al principal lo son contratos nuevos, indicando en cada uno de ellos sus plazos, valor. k) Cuando se trate de Consorcios o Uniones temporales, un extremo de estos podrá certificar toda la experiencia requerida. Si es necesario, el evaluador técnico podrá solicitar cualquiera de los siguientes documentos como adicionales: Acta de Entrega y Recibo Definitivo, debidamente diligenciada y suscrita por las partes involucradas, en la cual se incluya la información faltante en la Certificación de Experiencia y, si es necesario Acta de liquidación y/o el acto administrativo de liquidación (si el contrato fue liquidado), en las cuales se incluya la información faltante en la Certificación de Experiencia. La información relativa a la experiencia se podrá complementar con cualquier otro documento adicional que se requiera cuando la información referida en el presente numeral, no se pueda obtener de la certificación expedida por el ente contratante o contrato y acta de liquidación o terminación o recibo parcial o final. El documento adicional para complementar la información relativa a la experiencia deberá ser expedido por la entidad contratante.	**X**	
2	**CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD**	**X**	

	El Proponente deberá allegar la CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, la cual deberá estar vigente durante la ejecución del contrato y deberá ser presentado por cada uno de los servicios ofertados. EL Comité Técnico evaluador del DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA verifica el cumplimiento de este requisito con el NIT del Proponente o del propietario de la Sede en el Registro Especial de X Prestadores de Servicios deSalud del Ministerio de Salud y Protección Social. No se tendrán en cuenta las propuestas que se habiliten durante el tiempo del proceso.		
3	**CAPACIDAD DE PRESTAR LOS SERVICIOS** El Proponente debe presentar certificación firmada por el representante legal en la que garantiza tener la capacidad de prestar la totalidad de los servicios requeridos del proceso, que cumple con las habilitaciones según el Sistema Único de Habilitación de que trata el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social.	**X**	
4	**SEDE DEL PROVEEDOR** El Proveedor debe acreditar que cuenta MINIMO con una SEDE en el municipio de Aguachica Cesar, el cual debe acreditar con el certificado de Existencia y Representación legal; en el cual se verificara el domicilio. Cabe resaltar que el oferente que nocuente con sede en la ciudad Bucaramanga, podrá aunar esfuerzos a través de consorcio o uniones temporales o una promesa de sociedad futura. Así mismo debe certificar que cuenta con las áreas terapéuticas para trabajo grupal e individual, con el material, equipos o elementos pertinentes para el desarrollo de las terapias según la patología y plan de manejo de cada paciente y/o grupo.	**X**	
5	**GARANTÍA DE DISPONIBILIDAD** El Proponente debe presentar certificación firmada por el representante legal de la IPS en la que conste la existencia y disponibilidad de los equipos médicos, hoja de vida y planes de mantenimiento de cada equipo que destinará para la prestación de los servicios.	**X**	
6	**PORTAFOLIO DE SERVICIOS** El oferente debe presentar portafolio de servicios actualizado, que relacione capacidad instalada, líneas telefónicas disponibles de información al usuario dentro de este deben estar contemplados los siguientes requisitos: a) Horarios de atención. b) Modalidad para la asignación de citas (telefónica y/o presencial, correo electrónico). c) Dirección y teléfonos (fijos y móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios.	**X**	
7	**RECURSO HUMANO** La institución prestadora del servicio debe disponer del talento humano necesario y competente para la prestación de los servicios de salud ofertados y el personal asistencial que	**X**	

	presta directamente los servicios de salud a los usuarios deberá cumplir con los requisitos exigidos por el estado para ejercer la profesión u oficio e igualmente cumplir con lo establecido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social. El oferente debe presentar certificación donde se establezca que el recurso humano que labora en la entidad cumple con los requisitos legales para el ejercicio de la profesión de servicios médicos. Esta certificación debe ser firmada por el representante legal y el jefe de talento humano y/o quien haga sus veces.		
8	**MANEJO RESIDUOS BIOLOGICOS** El oferente debe presentar una certificación suscrita por el representante legal, de compromiso para recoger del domicilio transportar y asumir el gasto de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades que estén debidamente clasificados, embalados, envasados y etiquetados de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, además donde queden registrados el cumplimiento de los siguientes puntos obligatorios por parte de la empresa gestor o receptor de desechos o residuos peligrosos así: **1)** Transportar residuos generados en la atención en salud y otras actividades que estén debidamente clasificados, embalados, envasados y etiquetados de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente. **2)** Entregar la totalidad de los residuos o desechos peligrosos al gestor autorizado para el almacenamiento, tratamiento, aprovechamiento y/o disposición final que sea definido por el generador, se verificaran actas desactivación final. **3)** Realizar las actividades de lavado y desinfección de los vehículos en que se hayan transportado residuos o desechos peligrosos en lugares que cuenten con todos los permisos ambientales y sanitarios a que haya lugar, se verificara protocolos de limpieza y desinfección de vehículos. **4)** En casos en que la empresa preste el servicio de embalado y etiquetado de residuos o desechos peligrosos a un generador, debe realizar estas actividades de acuerdo con los requisitos establecidos en la normatividad vigente. Se verificará certificaciones. **5)** Asumir el costo del almacenamiento, tratamiento, y/o disposición final de los residuos peligrosos generados en la atención en salud y otras actividades, que se encuentre transportando, si una vez efectuada la verificación de la autoridad competente, no se encuentra en capacidad de demostrar quién es el remitente y/o propietario de los mismos, se verificaran acta de compromiso **6)** Entregar al generador un comprobante de recolección de los residuos o desechos peligrosos con riesgo biológico o infeccioso. Se verificarán manifiestos de recolección residuos hospitalarios. **7)** Contar con un plan de contingencia actualizado para atender cualquier accidente o eventualidad que se presente en el transporte de residuos y personal capacitado y entrenado para su implementación. Se verificará plan de contingencia. **8)** Cumplir con las disposiciones establecidas en el Manual para la Gestión Integral de Residuos	**X**	

	Generados en la Atención en Salud y otras actividades. Se verificará PGHRS en medio magnético. **9)** El carro de transporte debe cumplir la normatividad vigente kit antiderrame, licencia conducción, permisos correspondientes para transporte. **10)** Para transporte de riesgo biológico se deberá realizar en bolsas rotuladas y con la capacidad adecuada correspondientes a la normatividad aplicable: **a.** Licencia ambiental de autorización para el transporte, recolección y destinación final de los desechos hospitalarios emitido por la autoridad ambiental competente o quien expida este documento para la región. **b.** Certificado por escrito firmado por el representante legal donde garantice el adecuado tratamiento o disposición final de los residuos biológicos con las normatividades legales existentes; garantizara el transporte seguro de dichos residuos según la normatividad legal decreto 351/14 y decreto 1609/02.	**X**	
9	**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA Y PROTOCOLOS ATENCIÓN** Allegar la información documentada de los procesos de atención de acuerdo a la Resolución 3100 del 2019 o aquella que la derogue o sustituya (no mayor a 5 años).	**X**	
10	**ACCESIBILIDAD** El oferente debe presentar certificación firmada por el representante legal en la que garantiza que los servicios acordados se encuentren dentro de los atributos de accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad con el propósito de proteger, defender y dar seguridad a la vida y salud de los usuarios y se compromete a: • La oportunidad de atención de los pacientes en área metropolitana no debe ser mayor a 24 horas. • Plasmar el nombre de la persona encargada de la Coordinación y una línea telefónica directa para garantizar el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud, novedad sobre procedimientos tratamientos, quejas, programaciones y en general para la atención de los pacientes. • Estarán a cargo del contratista todos los costos en que deba incurrir en el cumplimiento de su deber de garantía, de lo contrario no se aceptará la garantía técnica, sino que se hará efectiva la garantía única de cumplimiento por el amparo de calidad de los servicios	**X**	
11	**CERTIFICADO DE SUFICIENCIA** Allegar 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**	
12	**POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.**	**X**	

	Allegar Política de Seguridad del Paciente		
13	**MANUAL DE CALIDAD INSTITUCIONAL** Cumplir con el sistema obligatorio de garantía de calidad de acuerdo al decreto 780 del 2016, así como con los requisitos mínimos esenciales (Cumplimiento de los estándares de habilitación según resolución 3100 de 2019 anexo técnico # 1, estos serán objeto de verificación por parte del área de Sanidad DMBUG) y las condiciones sanitarias, que fijen las autoridades competentes tanto de orden Nacional como territorial. El oferente deberá acreditar el presente requisito con el MANUAL DE CALIDAD INSTITUCIONAL	**X**	
14	Certificación firmada por el representante legal que cumple con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social y las normas sanitarias vigentes.	**X**	
15	Contar con un programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud de acuerdo a la Circular 012 del 2016 El oferente debe acreditar con el Documento **PAMEC (PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD)**	**X**	
16	Certificación firmada por el representante legal donde manifieste que una vez agotado el presupuesto y bajo los criterios de calidad y oportunidad en aras de garantizar el derecho a la salud y la vida de los usuarios del SSFM, deberá ofrecer el sostenimiento de la prestación del servicio del presente objeto contractual y sostener las tarifas ofertadas en la propuesta económica	**X**	

Realizada la respectiva evaluación técnica, se puede establecer que el Oferente **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL JOSE DAVID PADILLA VILLAFAÑE** NIT. 8 9 2 3 0 0 4 4 5 -8 CUMPLE con las especificaciones técnicas mínimas de obligatorio cumplimiento y se habilitada para continuar participando en la CONTRATACION DIRECTA-CAUSAL CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS **N.º CD427-DIGSA/DMBUG-2023**,

Atentamente,



SP. ANDRES MAURICIO QUINTERO GUTIERREZ
Comité Técnico Evaluador