MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAVIARE
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAVIARE

CEA.3.0-07
16-ECD-003
575544945

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

APRES-UPRES - 3.1

Villavicencio, 11 de septiembre de 2023

Señor (a) mayor
ANDREA PAOLA RODRIGUEZ SERRANO
Jefe Regional De Aseguramiento En Salud
Villavicencio

Asunto: Evaluación Técnica PN RASES No 7 MIC 134 2023

De manera respetuosa me permito enviar a mi Capitán, la evaluación Técnica de acuerdo a la propuesta presentada por la entidad ***MARIA LILIANA VARGAS RIVERA***, con número de NIT. ***52.622.686*** dentro del Proceso ***PN RASES No 7 MIC 134 2023,*** cuyo objeto es la ***PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL QUE PERTENENCEN AL DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE.***, por un valor de ***a NUEVE MILLONES CIEN MIL PESOS M/CTE ($9.100.000,00)***, así:
EVALUACION TÉCNICA

CONDICIONES TÉCNICAS ESPECÍFICA				
ITEM	**CUPS**	**DESCRIPCION**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
1	890204	Consulta de especialista	X	
2	232401	Obturaciones superficie resina compuesta de fotocurado	X	
3	232200	Colocación pin milimétrico	X	
4	232401	Reconstrucción ángulo incisal resina fotocurado	X	
5	232402	Reconstrucción tercio incisal resina fotocurado	X	
6	232103	Obturaciones superficie ionomero de vidrio	X	
7	234104	Corona acrílica en anteriores	X	
8	997105	Resina preventiva pre sellante	X	
9	870460	Radiografías periapicales y coronal	X	
10	230101	Exodoncia simple unirradiculares	X	
11	230102	Exodoncia simple multirradiculares	X	
12	231100	Exodoncia unirradicular (vía abierta) sin rx	X	
13	231200	Exodoncia multirradicular (vía abierta) sin rx	X	
14	237401	Apicectomia unirradiculares con relleno sin rx	X	
15	237401	Apicectomia multirradiculares con relleno sin rx	x	
16	36607	Regularización bordes cada arcada sin rx	X	
17	237701	Radectomia (amputación radicular con hemisección) sin endodoncia	X	
18	247400	Fijaciones temporales por cuadrante – ferulizacion	X	
19	237800	Hemisección del diente	X	
20	231500	Colgajo (ventana quirúrgica)	X	
21	235100	Reimplante o trasplante de diente	X	
22	243500	Recesión capuchón pericoronario (operculectomia)	X	
23	237301	Terapia de conducto radicular en diente uniradicular (sin valor rx	X	
24	237302	Terapia de conducto radicular en diente birradicular (sin valor rx)	X	
25	237303	Terapia de conducto radicular en diente multradicular (sin valor rx)	X	
26	237601	Fistulización endodóntica por trepanación y drenaje	X	
27	237100	Pulpotomía	X	
28	237101	Pulpotomía con pulpectomia	X	
29	237200	Apexificación (inducción apexogenesis)	X	
30	231200	Exodoncia de diente incluido	x	

575544945

ÍTEM	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	OBSERVACIONES	CUMPLE	NO CUMPLE
1	**EXPERIENCIA DEL PROPONENTE** Con el fin de garantizar la calidad del servicio a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere acreditar experiencia en proyectos similares al objeto del presente estudio previo, tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos que acrediten la realización de contratos celebrados y ejecutados con entidades públicas y privadas de proyectos iguales o similares al presente proceso contractual cuya suma supere el setenta por ciento (70%) del presupuesto asignado al presente proceso. ✓ 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. ✓ No se admiten: ✓ Certificaciones de Subcontrataciones ✓ No se acepta auto certificaciones. ✓ Copias de facturas órdenes de pago etc. ✓ Copias de Contratos. Cuando se certifiquen contratos que se encuentren en ejecución al momento de presentar la oferta, además de la información solicitada en el párrafo anterior, se debe incluir el porcentaje de ejecución a la fecha de expedición de la certificación, el cual será tomado para verificar la experiencia solicitada. Por otra parte, cuando la experiencia de un proponente corresponda a contratos como integrante de un contratista plural, (consorcio, unión temporal, promesa de sociedad futura), la experiencia derivada de ese contrato corresponde a la ponderación del valor del contrato por el porcentaje de participación. Por 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. La Regional de Aseguramiento en Salud N° 2, se reserva el derecho de verificar el contenido de las anteriores certificaciones, en el caso de no poderse corroborar dicha información, la certificación no será tenida en cuenta.	NO SE ADJUNTA CERTIFICACIONE QUE ACREDITE LA EXPERIENCIA		***x***

575544945

	NOTA: En caso de que el oferente haya firmado contratos con la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 7, no es obligatorio que anexe certificación, solamente con allegar certificación en la cual mencione el número de contrato objeto y el valor siempre que este guarde relación con el servicio que se requiere satisfacer; la unidad verificará la información, según la Ley 019 de del 2012. ARTICULO 9. PROHIBICIÓN DE EXIGIR DOCUMENTOS QUE REPOSAN EN LA ENTIDAD. Para emprendimientos y empresas de mujeres la suma deberá superar el sesenta (60%) del presupuesto asignado al presente proceso.			
2	**Capacidad operativa** El oferente y futuro contratista deberá certificar la existencia de establecimiento comercial para la atención de odontología especializada en el municipio de San José del Guaviare soportada mediante documento, en el cual relacione la cantidad de personal que ofrece, consultorios, sala de espera entre otros recursos logísticos, operativos y físicos.		***X***	
3	**Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud** Los oferentes deberán presentar el Formulario de Inscripción en el Registro Especial De Prestadores de Servicios de Salud o Certificación de Cumplimiento de las Condiciones de Habilitación V4.0 (Resolución 1043 de 2006 del Ministerio de la Protección Social).		***X***	
	Profesional y experiencia **Endodoncista**: El oferente y futuro contratista debe certificar que cuenta con un profesional en endodoncia, del cual debe anexar los siguientes documentos: Hoja de vida Documento que certifique la profesión del endodoncista. Fotocopia cédula de ciudadanía Antecedentes procuraduría, contraloría y Policía Nacional. La experiencia del profesional debe ser mínimo de un año como endodoncista soportado por la hoja de vida y los documentos que certifique la profesión de endodoncista. **Auxiliar de Odontología** El oferente y futuro contratista debe certificar que cuenta con un técnico en auxiliar de odontología, del cual debe anexar los siguientes documentos: Hoja de vida Documento que certifique los estudios. Fotocopia cédula de ciudadanía Antecedentes procuraduría, contraloría y Policía Nacional.	NO SE ADJUNTA CERTIFICACION Y/O DOCUEMNTO QUE RELACIONE EL PERSONAL		***X***

575544945

	La experiencia del técnico debe ser mínimo de seis meses como auxiliar de odontología, anexar certificación laboral			
4	**Personal (Recurso Humano)** Por cada uno de los funcionarios asistenciales ofertados se debe presentar: **Formato de Idoneidad del Personal** Para cada uno de los funcionarios técnicos, tecnólogos, auxiliares, profesionales, especialistas, sub-especialistas asistenciales, se deberá diligenciar el FORMATO DE IDONEIDAD DEL PERSONAL. **Diligenciar Anexo 2: FORMATO DE IDONEIDAD** Se debe por cada uno de los servicios ofertados, soportarse con la siguiente documentación, solamente adicionando los aquí solicitados: • **Copia del Registro Profesional.** Aportar Copia del Registro Profesional Nacional o Departamental que lo acredite como médico para ejercer su profesión en el Departamento y/o en el territorio Nacional.	NO SE ADJUNTA NI DILIGENCIA EL FORMATO DE RECURSO HUMANO		***x.***
5	**Descripción Características Administrativas** El proponente presentará **certificará**, las características que oferta respecto a la atención a los usuarios, incluyendo como mínimo: • Requisitos para la atención de servicio, • Horarios de Atención, • Modalidad para la asignación de citas (Telefónica y/o Presencial), • Entrega de instrucciones para procedimientos, • Entrega de resultados, • Entrega de copia de Historias clínicas, Entrega de la Contra-referencia,		***x***	
6	El oferente y futuro contratista se obliga a sostener las tarifas ofrecidas para la prestación de servicios de odontología especializada y la práctica de procedimientos diagnósticos ofrecidos durante el tiempo de ejecución del contrato.		***x***	
7	El contratista deberá informar al supervisor de contrato, mensualmente sobre la ejecución del contrato y cuando el mismo se encuentre en un setenta (70%), un noventa (90%) y un cien (100%) por ciento, con el fin de no sobre ejecutar el contrato.		***x***	
8	El oferente se compromete a realizar las actividades propias para las que fue contratado dando cumplimiento a la normatividad y leyes vigentes de carácter general e interno que guarden relación con el Sistema de Gestión Integral (MECI, CALIDAD y SISTEDA) • *La oportunidad de asignación del servicio de primera vez será de 3 días como máximo*		***x***	
9	El oferente y futuro contratista **garantizará que durante la vigencia del contrato** aplicará el protocolo de bioseguridad para mitigar el impacto que genera la emergencia sanitaria producida por el COVID-19 de acuerdo a la normatividad vigente que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a uso de elementos de protección personal y bioseguridad, gestión ambiental y accidentes de trabajo de riesgo biológico		***x***	

575544945

10	Las siguientes condiciones deben observarse durante la ejecución del contrato y están relacionados con REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA. **SISTEMA DE REFERENCIA - CONTRARREFERENCIA:** • El oferente debe disponer de una o varias líneas telefónicas directas y servicio de FAX para la Coordinación previa de los servicios de Referencia y Contra-referencia de pacientes. • El oferente debe asignar el COORDINADOR del sistema anotando nombre, cargo del funcionario y teléfonos fijos o celular del mismo para resolver las posibles dificultades administrativas o asistenciales que bien pudieran presentarse en el proceso. Para el caso de Profesionales Independientes, el contacto será el mismo profesional, especialistas o sub-especialista. • La formulación entregada a los usuarios o contra-referidos debe prescribirse en nombre GENERICO y deben hallarse incluidos en el MANUAL DE MEDICAMENTOS del SSPN – Acuerdo 045 / 2007) por cuanto no se aceptará en nombre comercial. • Entrega inmediata de la contra-referencia del usuario donde se incluya datos de identificación, resumen clínico, diagnostico, pronóstico y tiempo de tratamiento, a la oficina de referencia y Contra-referencia de la Unidad Prestadora de Salud Guaviare, para poder autorizar los servicios solicitados por la IPS Contratada. Debe respetarse la MALLA DE PERTINENCIA de REFERENCIA, MEDICAMENTOS y SERVICIOS, y también deben respetarse los lineamientos descritos en el instructivo 021 de 2011, 013 de 2013.		***x***	
11	El oferente deberá **certificar** tener el manual de bioseguridad, manual de limpieza y desinfección y manual de manejo de desechos, esta documentación será verificada por el médico de garantía de la calidad de la Unidad Prestadora de Salud Guaviare antes de adjudicar el contrato, ya que el no tener estos procesos prioritarios, representa un riesgo en la atención de los usuarios. Si la entidad oferente es una I.P.S deberá tener el PAMEC, este documento será verificado por el médico de garantía de la calidad de la Unidad Prestadora de Salud Guaviare antes de adjudicar el contrato, ya que el no tenerlo, representa un riesgo en la atención de los usuarios. (**ESTA INFORMACION SE DEBE SUBIR AL SECOP II PARA QUE EL AUDITOR MEDICO DE CALIDAD LA PUEDA REVI**	NO SE ADJUNTA CERTIFICACION Y/O DOCUMENTO QUE ACREDITE TENER MANUAL DE BIOSEGURIDAD		***x***
12	EL SERVICIO DEBE SER PROPORCIONADO BAJO RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR CONTRATADO, con cumplimiento de Requisitos según lo contemplado por el Ministerio de la		***x***	

575544945

	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 Unidad Prestadora de Salud Guaviare, 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.			
13	Etapa precontractual, celebración y ejecución del contrato: la documentación que se relaciona a continuación deberá presentarse al momento radicar la propuesta frente al pliego de condiciones según cronograma 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		**x**	
14	El oferente deberá diligenciar el anexo de COMPROMISO firmado por el representante legal de la entidad,		**x**	
15	El oferente deberá diligenciar el anexo SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL firmado por el representante legal de la entidad.		**x**	
16	El oferente deberá diligenciar el anexo DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD, firmado por el representante legal de la entidad.		**x**	
17	El oferente deberá diligenciar el anexo del SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		**x**	

Finalizada la evaluación técnica, de la propuesta presentada por entidad **MARIA LILIANA VARGAS RIVERA,** con número de **NIT. 52.622.686**, **CUMPLE PARCIALMENTE**, con La totalidad de los requisitos técnicos establecidos en la

575544945

invitación, Por lo anterior, se solicita dar traslado al informe de evaluación, con el fin que presenten los documentos subsanables u observaciones que considere conveniente.

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 CD 134 2023.

Atentamente,

…

Firmado digitalmente por:
Nombre: Sindy Paola Aguirre
Grado: Patrullero
Cargo: Secretario (A)
Cédula: 1120563938
Dependencia: Unidad Prestadora De Salud Guaviare
Unidad: Departamento De Policia Guaviare
Correo: sindy.aguirre4453@correo.policia.gov.co
12/09/2023 11:49:34 a. m.

Anexo: no .

Teléfono:

www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA

575544945