

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
ARMADA NACIONAL



DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL  
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 1034

INVITACION PÚBLICA No.077- DISAN-ARC-ESM1034-2019

EVALUACIÓN TÉCNICA

FECHA: 28 de Octubre de 2019

Señor Teniente de Fragata  
FRANCISCO ANTONIO ALVARADO MENDOZA  
Subdirector Administrativo y Financiero ESM1034  
Barranquilla.

Con toda atención me dirijo al señor Teniente de Fragata Subdirector Administrativo y financiero con el fin de rendir informe de evaluación técnica realizada al proceso No.077- DISAN-ARC-ESM1034-2019.

**OBJETO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON **CAPACIDADES DIVERSAS**, Y DEMÁS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES - ESM 1034 QUE LO REQUIERAN, A TRAVÉS DE CONSULTA DE NEUROPSICOLOGÍA Y CONTROLES, INTERVENCIÓN CONJUNTA CON PARTICIPACIÓN DE FISIATRÍA Y DOS O MÁS PROFESIONALES, SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGÍA, TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA CONDUCTUAL – COMPORTAMENTAL - COGNITIVA, PSICOLOGÍA, TERAPIA MULTISENSORIAL (INTEGRACIÓN SENSORIAL), REHABILITACIÓN VISUAL, REHABILITACIÓN AUDITIVA (REHABILITACIÓN AUDITIVO – VERBAL PARA IMPLANTE COCLEAR) Y TALLERES PREVOCACIONALES.

**PRESUPUESTO ASIGNADO: \$40.000.000,00.**

**NUMERO PROPUESTAS PRESENTADAS: Tres (03) PROPUESTAS**

De acuerdo con el CIERRE del proceso contractual de Mínima Cuantía No.**077-DISAN-ARC-ESM1034-2019**, surtido a las 3:00 p.m. del 23 de octubre de 2019, se presentaron los siguientes oferentes:

| OFERENTE                                                       | NIT           | VALOR DE LA OFERTA * |
|----------------------------------------------------------------|---------------|----------------------|
| A) CAD IPS REINICIAR S.A.S.                                    | 900.906.001-1 | \$2.322.828,00       |
| B) UNIDAD EDUCATIVA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL INCLUSER S.A.S. | 901.069.814-4 | \$2.367.490.00       |
| C) ESTIMA S.A.S IPS                                            | 900.728.605   | \$2.382.387.69       |

\* Sumatoria de las tarifas individuales de servicios ofrecidos.

\*\* Teniendo en cuenta que en la evaluación económica preliminar se determinó que la oferta presentada por REINICIAR S.A.S queda descartada por precios artificialmente bajos y cuyo requerimiento no fue respondido por el oferente se procede a efectuar evaluación de la siguiente oferta con menor precio.

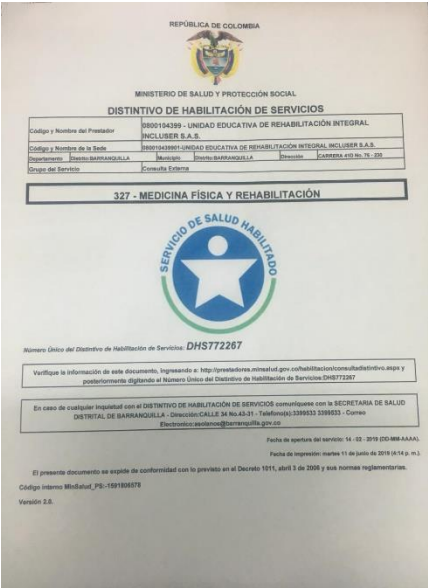
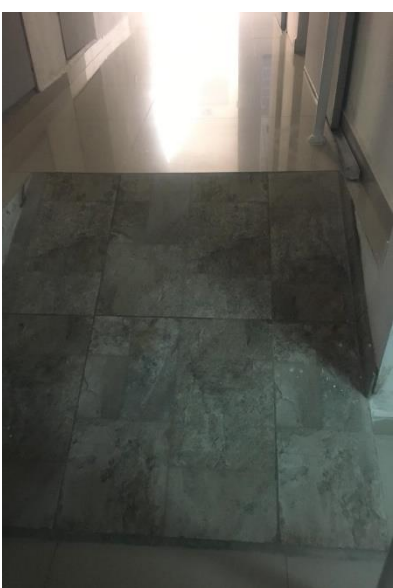
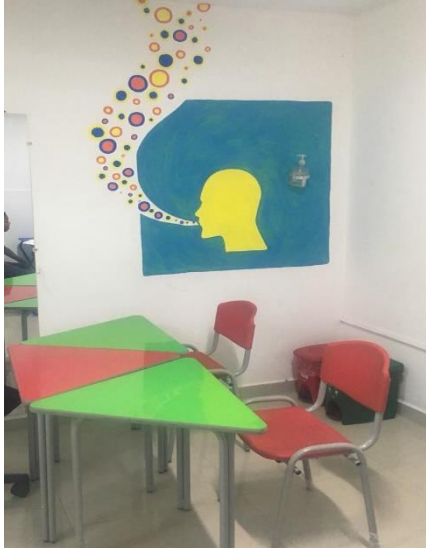
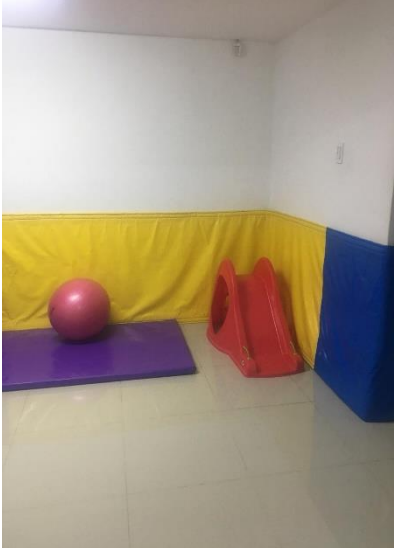
1. PROPONENTE EVALUADO: UNIDAD EDUCATIVA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL INCLUSER S.A.S.

1.1. VERIFICACIÓN DE REQUISITOS HABILITANTES TÉCNICOS

| REQUISITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CUMPLE | OBSERVACIÓN                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a. <b>HABILITACIÓN CON EXPERIENCIA:</b> El proponente debe presentar el certificado de habilitación expedido por la autoridad competente, correspondiente al 100% de los servicios ofertados, con una antigüedad mínima de UN (1) AÑO. El oferente deberá indicar el número de habilitación correspondiente, verificable en línea en el Registro Especial Nacional del Ministerio de Salud y la Protección Social. | NO     | LOS SERVICIOS OFERTADOS EN LAS ESPECIALIDADES DE NEUROPSICOLOGIA Y FISIATRIA FUERON HABILITADOS HACE MENOS DE 1 AÑO. (14/02/2019) |

| REQUISITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CUMPLE | OBSERVACIÓN                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>b. CALIDAD DEL SERVICIO:</b> El proponente debe presentar Protocolos y Guías de manejo interdisciplinarias de las deficiencias/discapacidades que atiende, así como los procedimientos de los programas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI     | NO SE PRESENTA OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>c. IDONEIDAD DEL TALENTO HUMANO:</b> Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano, el Oferente debe demostrar que el siguiente personal cuenta con la experiencia laboral mínima de dos (2) años y en el área de discapacidad mínima de un (1) año, para lo cual se deben anexar de cada profesional: Hoja de vida, documento de identidad, tarjeta profesional, copia de diploma y/o acta de grado, certificaciones de experiencia laboral específica. (nómina o certificación laboral) o contratista (contrato de prestación de servicios).                                                                                                                                                                                                | SI     | AL MOMENTO DE LA VISITA NO SE PUDO VERIFICAR DIPLOMA DE POSGRADO DE PROFESIONAL EN NEUROPSICOLOGIA; SIN EMBARGO, LA INSITUCION HIZO ENVIO DEL DOCUMENTO AL EVALUADOR TECNICO VIA WEB. SE SOLICITAN COMO REQUERIMIENTO EN EL SECOP II Y ES SUBSANADO. |
| <b>d. PERTINENCIA Y OPORTUNIDAD DEL APOYO TERAPÉUTICO INTEGRAL:</b> Se requiere que el apoyo terapéutico integral a los niños pertenecientes al programa de “NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD”, incluya: Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Talleres Terapéuticos Vocacionales, Fisioterapia, Psicología y Capacitación a la familia una (1) vez al mes.<br>Se debe ofrecer una atención mínima de dos (2) sesiones semanales por servicio a cada paciente o como estipule la Coordinadora del programa de la ESM 1034, previa evaluación conjunta entre la institución contratada y el respectivo equipo interdisciplinario del ESM 1034. Se revisará y evaluará por cada usuario su plan de tratamiento de acuerdo con su estado funcional. | SI     | NO SE PRESENTA OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>e. EXPERIENCIA:</b> Presentar mínimo uno (1) máximo tres (3) certificaciones (copia de contratos) que acrediten la experiencia del proponente en contratos con objeto igual al de la presente invitación (SERVICIOS DE ATENCION MÉDICA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD) con entidades públicas o privadas durante los cinco (5) últimos años, cuyo valor sumen igual al 100% o superior, del Presupuesto Oficial.                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI     | NO SE PRESENTA OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>f. CAPACIDAD INSTALADA:</b> El proponente debe contar con los siguientes servicios y/o instalaciones en su sede, la cual debe hallarse ubicada en la ciudad de Barranquilla:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SI     | NO SE PRESENTA OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                                         |
| AREAS DE TERAPIA FÍSICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SI     |                                                                                                                                                                                                                                                      |
| AREAS TERAPEUTICAS PARA TRABAJO GRUPAL E INDIVIDUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SI     |                                                                                                                                                                                                                                                      |
| CONSULTORIOS TERAPIA OCUPACIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI     |                                                                                                                                                                                                                                                      |
| CONSULTORIOS DE FONOAUDIOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SI     |                                                                                                                                                                                                                                                      |
| CONSULTORIOS PSICOLOGÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SI     |                                                                                                                                                                                                                                                      |
| GIMNASIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SI     |                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ZONAS VERDES, SALON O PATIO PARA ACTIVIDADES RECREATIVAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SI     |                                                                                                                                                                                                                                                      |
| AREA VOCACIONAL (TALLERES)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI     |                                                                                                                                                                                                                                                      |
| BAÑOS CON ADAPTACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SI     |                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ACCESO Y MOVILIZACION ADECUADOS (RAMPAS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SI     |                                                                                                                                                                                                                                                      |
| BUENA ILUMINACION Y VENTILACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SI     |                                                                                                                                                                                                                                                      |
| AREA DE ESTIMULACION SENSORIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SI     |                                                                                                                                                                                                                                                      |

1.2. REGISTRO FOTOGRAFICO INCLUSER S.A.S IPS.



1.3. ACTA DE VISITA TECNICA INCLUSER S.A.S IPS

ARMADA NACIONAL

DIRECCION DE SANIDAD NAVAL

PROCESO GESTION DOCUMENTAL

FORMATO ACTA DE REUNION

Versión: 4.0

fecha

FECHA

25/0ctubre/19

HORA DE INICIO

8:20 Am

ACTA No

COL

LUGAR

Incluser S.A.S

TEMA

VISITA TECNICA IPS INCLUSER S.A.S (verificación requisitos Técnicos)

PARTICIPANTES

| GRADO | NOMBRE             | CARGO              | FIRMA |
|-------|--------------------|--------------------|-------|
|       | Vanesa Juarez      | Coordinadora legal |       |
|       | Karina Novilla     | Señal de calidad   |       |
|       | Margarita Acosta M | Asesor             |       |
|       | Dora Rodriguez J   | Evaluador Técnico  |       |

95.1-25082017R REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN

ARMADA NACIONAL

DIRECCION DE SANIDAD NAVAL

PROCESO GESTION DOCUMENTAL

FORMATO ACTA DE REUNION

Versión: 4.0

fecha

DESARROLLO

Ce realiza visita técnica a IPS INCLUSER S.A.S. Evidenciando los siguientes hallazgos:  
1. **Habilitación en Experiencia** (habilitación con antigüedad mínima de 1 año) **No cumple**  
Psicología **Cumple**  
Terapia Física **cumple**  
Terapia Ocupacional **cumple**  
Fonoaudiología **Cumple**  
Neuropsicología **No cumple** (14/02/19)  
Fisioterapia **No cumple** (14/02/19)  
2. **Calidad del Servicio** (protocolos y guías de manejo interdisciplinario)  
Psicología **Cumple**  
Terapia Física **Cumple**  
Terapia Ocupacional **Cumple**  
Fonoaudiología **Cumple**  
Neuropsicología **Cumple**  
Fisioterapia **Cumple**

Scanned with CamScanner

ARMADA NACIONAL

DIRECCION DE SANIDAD NAVAL

PROCESO GESTION DOCUMENTAL

FORMATO ACTA DE REUNION

Versión: 4.0

fecha

3. **Idoneidad del Técnico Humano**  
Psicología **Cumple**  
Terapia Física **Cumple**  
Terapia Ocupacional **Cumple**  
Fonoaudiología **Cumple**  
Neuropsicología **No se evidencia** Título en Neuropsicología  
Fisioterapia **Cumple**  
4. **Pertinencia y Oportunidad del Apoyo Terapéutico**  
Integral **Cumple**  
Cuentan con todos los especialidades para atender en el programa de discapacidad (Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Talleres, Terapias Vocacionales, Fisioterapia, Psicología y capacitación a la familia).  
Se evidencia capacidad en el agendamiento para cumplir en los impactos establecidos por el proveedor del servicio.  
5. **Experiencia** (capacidad de atender) que acredite la experiencia del personal en contratos con objeto igual al de la presente invitación.  
**Cumple**

95.1-25082017R REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN

ARMADA NACIONAL

DIRECCION DE SANIDAD NAVAL

PROCESO GESTION DOCUMENTAL

FORMATO ACTA DE REUNION

Versión: 4.0

fecha

6. **Capacidad Instalada**  
El presente evento en los servicios / instalaciones en su sede ubicada en la ciudad de Barranquilla.  
Área Terapia Física **Cumple**  
Área Terapéutica para trabajo grupal e individual **Cumple**  
Consultorio Terapia ocupacional **Cumple**  
Consultorio Fonoaudiología **Cumple**  
Consultorio psicología **Cumple**  
Gineceo **Cumple**  
Zona vedada para actividades recreativas **Cumple**  
Área Vocacional **Cumple**  
Obras en adaptación (Acceso Infantil) **No cumple**  
Acceso y movilidad adecuada (rampas) **Cumple**  
Iluminación y ventilación **Cumple**  
Área Estimulación sensorial **Cumple**  
7. **Servicio de Urgencias** Atención Extremal **Cumple**  
8. **Ental Prehospital** **Cumple**

95.1-25082017R REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN

REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS

Si conoce algún dato digitelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

| PRESTADORES                   | SEDES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SERVICIOS                                      | CAPACIDAD          | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCCIONES |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------|----------------------|------------|
| NIT/CC                        | 801069814                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | - 4                                            |                    |                      |            |
| Naturaleza Jurídica           | Privada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                |                    |                      |            |
| DATOS GENERALES DEL PRESTADOR |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                |                    |                      |            |
| Código del Prestador          | 0800104399                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | - 01                                           | Clase de Prestador | Instituciones - IP   |            |
| Empresa Social del Estado     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Nivel Atención Prestador                       |                    | Carácter Territorial |            |
| DATOS DE LA SEDE              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                |                    |                      |            |
| Departamento                  | Atlántico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Municipio                                      | BARRANQUILLA       |                      |            |
| Código de la Sede             | 0800104399                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | - 01                                           |                    |                      |            |
| Nombre de la Sede             | UNIDAD EDUCATIVA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL INCLUSER S.A.S.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                |                    |                      |            |
| SERVICIO                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                |                    |                      |            |
| Grupo                         | Consulta Externa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Número Distintivo de Habilitación del Servicio | DHS772268          |                      |            |
| Servicio                      | 356-OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                |                    |                      |            |
| Modalidad                     | <input checked="" type="checkbox"/> Intramural: Ambulatorio <input type="checkbox"/> Intramural: Hospitalario <input type="checkbox"/> Extramural: Unidad Móvil<br><input type="checkbox"/> Extramural: Domiciliario <input type="checkbox"/> Extramural: Otras Extramural <input type="checkbox"/> Telemedicina: Centro Referencia<br><input type="checkbox"/> Telemedicina: Institución Remisora |                                                |                    |                      |            |
| Complejidad                   | <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                |                    |                      |            |
| Fecha apertura del servicio   | 20190214 AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                |                    |                      |            |

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: viernes 25 de octubre de 2019 (7:45 a. m.)

REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS

Si conoce algún dato digitelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

| PRESTADORES                   | SEDES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SERVICIOS                                      | CAPACIDAD          | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCCIONES |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------|----------------------|------------|
| NIT/CC                        | 801069814                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | - 4                                            |                    |                      |            |
| Naturaleza Jurídica           | Privada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                |                    |                      |            |
| DATOS GENERALES DEL PRESTADOR |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                |                    |                      |            |
| Código del Prestador          | 0800104399                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | - 01                                           | Clase de Prestador | Instituciones - IP   |            |
| Empresa Social del Estado     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Nivel Atención Prestador                       |                    | Carácter Territorial |            |
| DATOS DE LA SEDE              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                |                    |                      |            |
| Departamento                  | Atlántico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Municipio                                      | BARRANQUILLA       |                      |            |
| Código de la Sede             | 0800104399                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | - 01                                           |                    |                      |            |
| Nombre de la Sede             | UNIDAD EDUCATIVA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL INCLUSER S.A.S.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                |                    |                      |            |
| SERVICIO                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                |                    |                      |            |
| Grupo                         | Consulta Externa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Número Distintivo de Habilitación del Servicio | DHS772267          |                      |            |
| Servicio                      | 327-MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                |                    |                      |            |
| Modalidad                     | <input checked="" type="checkbox"/> Intramural: Ambulatorio <input type="checkbox"/> Intramural: Hospitalario <input type="checkbox"/> Extramural: Unidad Móvil<br><input type="checkbox"/> Extramural: Domiciliario <input type="checkbox"/> Extramural: Otras Extramural <input type="checkbox"/> Telemedicina: Centro Referencia<br><input type="checkbox"/> Telemedicina: Institución Remisora |                                                |                    |                      |            |
| Complejidad                   | <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                |                    |                      |            |
| Fecha apertura del servicio   | 20190214 AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                |                    |                      |            |

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: viernes 25 de octubre de 2019 (7:44 a. m.)

1.4. CONCLUSIÓN:

Teniendo en cuenta que en la Evaluación de los requisitos Técnicos Habilitantes de la IPS INCLUSER S.A.S. se ha evidenciado que no cumple con los numerales A, esta oferta queda **INHABILITADA**, razón por la cual se procede a efectuar EVALUACIÓN de la siguiente oferta con menor precio.

2. PROPONENTE EVALUADO: ESTIMA S.A.S. IPS

2.1. VERIFICACIÓN DE REQUISITOS HABILITANTES TÉCNICOS

| REQUISITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CUMPLE | OBSERVACIÓN                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------|
| a. <b>HABILITACIÓN CON EXPERIENCIA:</b> El proponente debe presentar el certificado de habilitación expedido por la autoridad competente, correspondiente al 100% de los servicios ofertados, con una antigüedad mínima de UN (1) AÑO. El oferente deberá indicar el número de habilitación correspondiente, verificable en línea en el Registro Especial Nacional del Ministerio de Salud y la Protección Social.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SI     | NO SE PRESENTA OBSERVACIONES |
| b. <b>CALIDAD DEL SERVICIO:</b> El proponente debe presentar Protocolos y Guías de manejo interdisciplinarias de las deficiencias/discapacidades que atiende, así como los procedimientos de los programas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI     | NO SE PRESENTA OBSERVACIONES |
| c. <b>IDONEIDAD DEL TALENTO HUMANO:</b> Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano, el Oferente debe demostrar que el siguiente personal cuenta con la experiencia laboral mínima de dos (2) años y en el área de discapacidad mínima de un (1) año, para lo cual se deben anexar de cada profesional: Hoja de vida, documento de identidad, tarjeta profesional, copia de diploma y/o acta de grado, certificaciones de experiencia laboral específica. (nómina o certificación laboral) o contratista (contrato de prestación de servicios).                                                                                                                                                                                                | SI     | NO SE PRESENTA OBSERVACIONES |
| d. <b>PERTINENCIA Y OPORTUNIDAD DEL APOYO TERAPÉUTICO INTEGRAL:</b> Se requiere que el apoyo terapéutico integral a los niños pertenecientes al programa de “NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD”, incluya: Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Talleres Terapéuticos Vocacionales, Fisioterapia, Psicología y Capacitación a la familia una (1) vez al mes.<br>Se debe ofrecer una atención mínima de dos (2) sesiones semanales por servicio a cada paciente o como estipule la Coordinadora del programa de la ESM 1034, previa evaluación conjunta entre la institución contratada y el respectivo equipo interdisciplinario del ESM 1034. Se revisará y evaluará por cada usuario su plan de tratamiento de acuerdo con su estado funcional. | SI     | NO SE PRESENTA OBSERVACIONES |
| e. <b>EXPERIENCIA:</b> Presentar mínimo uno (1) máximo tres (3) certificaciones (copia de contratos) que acrediten la experiencia del proponente en contratos con objeto igual al de la presente invitación (SERVICIOS DE ATENCION MÉDICA Y REHABILITACIÓN INTEGRAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD) con entidades públicas o privadas durante los cinco (5) últimos años, cuyo valor sumen igual al 100% o superior, del Presupuesto Oficial.                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI     | NO SE PRESENTA OBSERVACIONES |
| f. <b>CAPACIDAD INSTALADA:</b> El proponente debe contar con los siguientes servicios y/o instalaciones en su sede, la cual debe hallarse ubicada en la ciudad de Barranquilla:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SI     | NO SE PRESENTA OBSERVACIONES |
| AREAS DE TERAPIA FÍSICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SI     |                              |
| AREAS TERAPEUTICAS PARA TRABAJO GRUPAL E INDIVIDUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SI     |                              |
| CONSULTORIOS TERAPIA OCUPACIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI     |                              |
| CONSULTORIOS DE FONOAUDIOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SI     |                              |
| CONSULTORIOS PSICOLOGÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SI     |                              |
| GIMNASIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SI     |                              |
| ZONAS VERDES, SALON O PATIO PARA ACTIVIDADES RECREATIVAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SI     |                              |
| AREA VOCACIONAL (TALLERES)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI     |                              |
| BAÑOS CON ADAPTACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SI     |                              |

| REQUISITO                                | CUMPLE | OBSERVACIÓN |
|------------------------------------------|--------|-------------|
| ACCESO Y MOVILIZACION ADECUADOS (RAMPAS) | SI     |             |
| BUENA ILUMINACION Y VENTILACION          | SI     |             |
| AREA DE ESTIMULACION SENSORIAL           | SI     |             |

2.2. REGISTRO FOTOGRAFICO DE LA VISITA TECNICA ESTIMA S.AS. IPS.



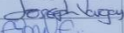
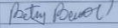
### 2.3. ACTA DE VISITA TECNICA ESTIMA S.A.S IPS

|                                                                                   |                            |       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------|--|
|  | ARMADA NACIONAL            |       |  |
|                                                                                   | DIRECCION DE SANIDAD NAVAL |       |  |
|                                                                                   | PROCESO GESTION DOCUMENTAL |       |  |
|                                                                                   | FORMATO ACTA DE REUNION    |       |  |
| Versión: 4.0                                                                      |                            | fecha |  |

|        |                                |                 |       |          |  |
|--------|--------------------------------|-----------------|-------|----------|--|
| FECHA: | 25/10/19                       | HORA DE INICIO: | 10:28 | ACTA No: |  |
| LUGAR: | ESTIMA                         |                 |       |          |  |
| AGENDA |                                |                 |       |          |  |
| TEMA   | VISITA TECNICA ESTIMA SAJ IPS. |                 |       |          |  |
|        |                                |                 |       |          |  |
|        |                                |                 |       |          |  |
|        |                                |                 |       |          |  |
|        |                                |                 |       |          |  |

| PARTICIPANTES |                   |                     |                                                                                   |
|---------------|-------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| GRADO         | NOMBRE            | CARGO               | FIRMA                                                                             |
| SHIM          | DORA RODRIGUEZ V. | EVALUADOR TECNICO   |  |
|               | Joseph Vargas     | Administración      |  |
|               | Samy Girona       | Coordinador         |  |
|               | Sara Villalob     | Atención al usuario |  |
|               | Patty Benitez     | Coordinación        |  |
|               |                   |                     |                                                                                   |
|               |                   |                     |                                                                                   |
|               |                   |                     |                                                                                   |
|               |                   |                     |                                                                                   |
|               |                   |                     |                                                                                   |
|               |                   |                     |                                                                                   |
|               |                   |                     |                                                                                   |
|               |                   |                     |                                                                                   |



Scanned with  
CamScanner

95.1-25082017R REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN

|                                                                                    |                            |       |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------|
|  | ARMADA NACIONAL            |       |
|                                                                                    | DIRECCION DE SANIDAD NAVAL |       |
|                                                                                    | PROCESO GESTION DOCUMENTAL |       |
|                                                                                    | FORMATO ACTA DE REUNION    |       |
| Versión: 4.0                                                                       |                            | fecha |

DESARROLLO

Se realiza visto y evaluación Técnica a IP:

ETIMASAS existenciando los siguientes hallazgos

**ANEXO A:**

1. **Habilitación en Experiencia:** los servicios deben estar habilitados en antigüedad mínima de (1) un año:

- psicólogo: Cumple.
- Terapia Ocupacional: Cumple
- Fonoaudiólogo: Cumple
- Neuropsicólogo: Cumple.
- Fisiatría: Cumple.

2. **Calidad del Servicio** (protocolos y guías de manejo interdisciplinarias).

- Psicólogo: Cumple
- Terapia Física Cumple.
- Terapia Ocupacional: Cumple
- Fonoaudiólogo: Cumple.
- Neuropsicólogo: Cumple.
- Fisiatría: Cumple.

|                                                                                     |                            |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------|
|  | ARMADA NACIONAL            |       |
|                                                                                     | DIRECCION DE SANIDAD NAVAL |       |
|                                                                                     | PROCESO GESTION DOCUMENTAL |       |
|                                                                                     | FORMATO ACTA DE REUNION    |       |
|                                                                                     | Versión: 4.0               | fecha |

3. Idoneidad del Talento Humano.

Psicología: Cumple.

Terapia Física: Cumple.

Terapia Ocupacional: Cumple.

Fonoaudiología: Cumple.

Neuropsicología: Cumple.

Fisioterapia: Cumple.

4. Pertinencia y Oportunidad del Apoyo Terapéutico Integral.

- Prestan el servicio integral en todas las especialidades (Apoyo Integral Terapéutico) y cubren la atención que se pudo verificar con la plataforma sistematizada de agendamientos.

5. Experiencia:

Cumplen, la ips aparte de ser de contrato donde se demuestra experiencia en contratos con objeto igual al de la presente invitación.

6. Capacidad Instalada:

la institución cuenta en los servicios y las

|                                                                                      |                            |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------|
|  | ARMADA NACIONAL            |       |
|                                                                                      | DIRECCION DE SANIDAD NAVAL |       |
|                                                                                      | PROCESO GESTION DOCUMENTAL |       |
|                                                                                      | FORMATO ACTA DE REUNION    |       |
| Versión: 4.0                                                                         |                            | fecha |

| DESARROLLO                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Instalaciones apropiadas y ajustadas a las necesidades terapéuticas.                   |
| Área Terapéutica: Cumple.                                                              |
| - Áreas Terapéuticas para trabajo Grupal e Individual (Cumple)                         |
| - Cuonitatorios: Terapia Ocupacional, Fonoaudiólogo                                    |
| Psicólogo: Cumple.                                                                     |
| - Gimnasio: Cumple                                                                     |
| - Zonas Verdes, sala o patio para actividades recreativas (Cumple)                     |
| - Área Vocacional (Talleres): Cumple                                                   |
| - Baños con adaptaciones: Cumple, se sugiere adecuación para niños (baños infantiles). |
| 7. Eventual Disponibilidad de Atención Extramural. Cumple.                             |
| 8. Control presupuestal de lo Ejecutado. Cumple.                                       |


Scanned with CamScanner

95\_1-25082017R REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN

En referencia a las observaciones de carácter técnico presentadas por los oferentes en el proceso durante la presente evaluación se da respuesta a la mismas.

## 2.4. CONCLUSIÓN:

Habiéndose verificado los requisitos habilitantes de carácter técnico del oferente **ESTIMA S.A.S IPS.**, se evidencia que éste se encuentra **HABILITADO** para celebrar el contrato objeto del presente proceso de selección, Invitación Pública de Mínima Cuantía **No.077-DISAN-ARC-ESM1034-2019**, porque cumplió con la documentación reglamentaria como soportes técnicos exigidos.

**ORIGINAL FIRMADO**  
**SMSM. DORIS RODRIGUEZ VARGAS**  
**EVALUADOR TÉCNICO**