**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICÍA AMAZONAS

## INFORME DE VERIFICACIÓN JURÍDICA
## PN DEAMA MIC 014 2020

**OBJETO:** "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO NIVELES DE COMPLEJIDAD I, II Y CITOLOGÍAS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SANIDAD POLICIAL EN EL DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS",

**FECHA:** 24 MAR 2020

**PRESUPUESTO OFICIAL:** QUINCE MILLONES DE PESOS ($ 15´000.000,00) M/CTE

**PROPONENTE:** LABORATORIO DE CLÍNICA HUMANA GÓMEZ VÁSQUEZ E.U. NIT: 900243862-1

Una vez allegado los documentos en el SECOP II se determina realizar el análisis de los mismos en atención a la invitación del proceso, así:

### ANÁLISIS DE DOCUMENTOS Y REQUISITOS EXIGIDOS

| DOCUMENTACIÓN | OBSERVACIÓN |
|---|---|
| CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA | Anexa en dos (02) folios el formulario No. 1 "CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA" debidamente diligenciado como lo establece la invitación del proceso. |
| CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL | Anexa certificado de existencia y representación legal con fecha de expedición el 16/07/2019, y fecha de renovación de la matricula el 29/03/2019. |
| FOTOCOPIA CEDULA DE CIUDADANÍA REPRESENTANTE LEGAL | Anexa fotocopia de la cedula de ciudadanía en un (01) folio del señor:<br>GLORIA VIRGINIA LOPEZ RAMIREZ<br>No. 41.660.148<br>Expedida el 19/08/1976 en Bogotá |
| BOLETÍN DE RESPONSABLES FISCALES DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPUBLICA, DE LA FIRMA Y EL REPRESENTANTE LEGAL | se consultó |
| CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS EXPEDIDO POR LA PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN, DEL REPRESENTANTE LEGAL | se consultó |
| LA POLICÍA NACIONAL CONSULTARA LOS ANTECEDENTES JUDICIALES DEL OFERENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL. | se consultó |
| SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNMC. | se consultó |
| CERTIFICADO DE APORTES PARAFISCALES | Anexa en un (01) folios la certificación pago aportes parafiscales y sistemas de seguridad social integral. |

DOCUMENTO NO CONTROLADO

| | |
|---|---|
| COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN | Presenta en dos (02) folios el formulario No. 3 compromiso anticorrupción, debidamente diligenciado como lo establece la invitación del proceso. |
| FORMULARIO INSCRIPCIÓN REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO | Anexa en un (01) folio el formulario de Registro Único Tributario con número de formulario 14445616649 con fecha de generación 27/06/2019. |
| CERTIFICACIÓN BANCARIA VIGENTE | Anexa en un (01) folio certificación expedida por BANCO AGRARIO DE COLOMBIA, con fecha 24/01/2019, referenciando la cuenta corriente No. 3-710-30-00082-7, la cual el banco certifica que se encuentra activa y vigente. |
| DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA | Presenta en un (01) folio el formulario No. 2 en donde suministra información básica de la cuenta bancaria de la empresa debidamente diligenciada como lo determina la invitación del proceso. |
| ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD | Presenta en dos (02) folio el formulario No. 4 en donde diligencia el acuerdo de confidencialidad. |
| CERTIFICADO DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD | Presenta en dos (02) folio el formulario No. 5 en donde diligencia el certificado de inhabilidad e incompatibilidad. |

**OBSERVACIONES:** Se realiza la primera evaluación a la oferta presentada por la empresa en donde se determina HABILITAR, en atención a que CUMPLE con los requisitos jurídicos exigidos en la invitación que rige en el proceso.

DOCUMENTO NO CONTROLADO

Capitán **URIEL LEONARDO CARMONA LEON**
**Verificador Jurídico Proceso PN DEAMA MIC 014 2020**

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICIA AMAZONAS

## INFORME DE VERIFICACION TECNICA
### PN DEAMA MIC 014 2020

**OBJETO:** "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO NIVELES DE COMPLEJIDAD I, II Y CITOLOGÍAS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SANIDAD POLICIAL EN EL DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS",

**FECHA:** 24 MAR 2020

**PRESUPUESTO OFICIAL:** QUINCE MILLONES DE PESOS ($15´000.000,00) M/CTE

**PROPONENTE:** LABORATORIO DE CLINICA HUMANA GOMEZ VASQUEZ E.U NIT: 900243862-7

Mediante la plataforma SECOP II, el proponente anexa el formato de acuerdo al anexo No. 1 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS, debidamente diligenciado el cual comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que conforman la empresa, declara cumplir con los criterios técnicos exigidos en la invitación del proceso, así:

**OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES**

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN | CUMPLE | |
|---|---|---|---|
| | | SI | NO |
| 1 | Las actividades inherentes al servicio las desarrollará en sus instalaciones, utilizando los equipos y Personal que se requiera. | X | |
| 2 | El prestador se compromete a realizar los procedimientos y en general los servicios contratados observado la totalidad de leyes y normas que regulen los servicios de salud en el Territorio Nacional | X | |
| 3 | Permitirán la asistencia durante el contrato, de la Auditoría de Concurrencia por parte del Auditor de Calidad o de pertinencia de Sanidad DEAMA, para los fines que establece la Ley respecto al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y la Atención en Salud. | X | |
| 4 | Equipos, el oferente deberá CERTIFICAR POR ESCRITO la tenencia de los equipos para la realización de los procedimientos de apoyo diagnóstico, para cumplir con el objeto del contrato, entre ellos, Química semicomputarizado, Microscopio, Centrifuga, Microcentrifuga, Lector de orina, Baño serológico, Incubadora, Equipo de hematología, Sistema de esterilización de instrumental, anexar certificado de tenencia de estos equipos, ANEXAR CERTIFICADO. | X | |
| 5 | La oportunidad para la asignación de citas para la atención de la consulta ambulatoria especializada, debe ser igual o menor a Tres (03) días hábiles. | X | |
| 6 | Cuenta con un proceso documentado y/o manual de Esterilizacion (aplica para laboratorio clínico). | X | |
| 7 | Tener registro de las cargas que se esterilizan (laboratorio clínico). | X | |
| 8 | Llevar los indicadores químicos, físicos y biológicos que garanticen la esterilización del instrumental. | X | |
| 9 | Realizar asesoría Pre-Tes para prueba VIH (aplica para laboratorio clínico) | X | |
| 10 | Tener y utilizar el formato de consentimiento informado (aplica para laboratorio clínico). | X | |
| 11 | Prestar en forma integral los servicios requeridos, incluyendo procedimientos especiales y diagnósticos en cada una de estas áreas de acuerdo a lo reglamentado y/o requisitos exigidos por el Ministerio de la Protección Social y cumpliendo las normas vigentes. | X | |
| 12 | Disponer de una sede en la ciudad de Leticia, donde deberá contar con sala de espera, al igual que la dirección para la realización de dichos exámenes de laboratorio. | X | |
| 13 | Disponer de un sistema de información histórica que registre de forma individual las actividades desarrolladas, utilizando la Codificación establecida en el Manual Tarifario pactado y con las especificaciones técnicas necesarias para la recolección completa de los datos requeridos en los Registros Individuales de Procedimientos en Salud (RIPS). | X | |

DOCUMENTO CONTROLADO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 14 | Garantizar que el servicio prestado sea acorde con el contratado con nuestra institución con criterios de oportunidad, eficacia, eficiencia, efectividad y racionalidad. | X | |
| 15 | Prestar el servicio siempre y cuando el usuario presente la orden de servicio debidamente diligenciada por el médico tratante con firma, sello e impresión diagnóstica; firma del jefe de la central de referencia del Área de Sanidad DEAMA, y firma del paciente, anexar fotocopia del carné Policial. | X | |
| 16 | Presentar copia del título del Técnico auxiliar en laboratorio y Profesional en Bacteriología, ANEXAR COPIA A LA PROPUESTA QUE SE PRESENTE EN EL SECOP II | X | |
| 17 | Reportar mensualmente la ejecución del contrato a la Central de Referencia y Contra referencia del Área de Sanidad Amazonas, cuando el monto ejecutado del contrato llegue al 80% se continuara reportando semanalmente, al supervisor del contrato.<br><br>Diligenciando el siguiente formato:<br>**Contratista** Nombre o Razón Social<br>**NC del Contrato** Numero Asignado por Contratación<br>**Valor del Contrato** Valor Asignado incluye adiciones<br>**Fecha del reporte** Fecha en que se hace el corte (dd/mm/aaaa)<br>**Valor ejecutado** Valor de las actividades que ya se han realizado a la fecha del corte<br>**Valor Programado** Valor de remisiones que han recibido pero no se han atendido a la fecha del corte<br>**Saldo** Valor total del contrato menos (valor ejecutado más valor programado) | X | |
| 18 | Reportar mensualmente el número de pacientes y procedimientos realizados, en medio magnético a la Central de Referencia del Área de Sanidad DEAMA. | X | |
| 19 | Anexar certificación de habilitación de requisitos exigidos por la seccional local de salud, para su funcionamiento como IPS para los servicios contratados. | X | |
| 20 | Garantizar la prestación ininterrumpida del servicio durante la ejecución del contrato. El oferente deberá tener un plan de contingencia para cubrir los casos en los que no pueda prestar el servicio por sí mismo. | X | |
| 21 | Estará dispuesto a dar cumplimiento al instructivo interno de la Dirección de Sanidad número 009 del 06 se marzo de 2014 Modelo de Atención en Salud Familiar con enfoque de riesgo de la Policía Nacional ( el instructivo va anexo a este documento). | X | |
| 22 | Presentar certificado firmado por profesional en seguridad y salud en el trabajo de contar con sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. Anexar certificado firmado y anexar diploma del profesional y licencia en seguridad y salud en el trabajo vigente. | X | |
| 23 | Anexar Certificado de accidentalidad donde se informe que la empresa no haya presentado accidentes mortales durante el periodo anterior a la contratación | X | |
| 24 | Anexar constancia que el responsable del SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO cuenta con el curso de 50 HORAS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO o genera compromiso de realizar en el primer mes de asignado el contrato | X | |

**OBSERVACIONES:** EL OFERENTE CUMPLE CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS REQUERIDAS.

Teniente **JUAN CAMILO QUINTERO SANTIAGO**
Verificador Técnico proceso **PN DEAMA MIC 014 2020**

DOCUMENTO CONTROLADO

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICÍA AMAZONAS

**INFORME DE VERIFICACIÓN ECONÓMICA No. 001**

**PN DEAMA MIC 014 2020**

**OBJETO:** "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO NIVELES DE COMPLEJIDAD I, II Y CITOLOGÍAS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SANIDAD POLICIAL EN EL DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS",

**FECHA:** 24-03-2020

**PRESUPUESTO OFICIAL:** QUINCE MILLONES DE PESOS ($ 15´000.000,00) M/CTE

**PROPONENTE:** LABORATORIO DE CLÍNICA HUMANA GÓMEZ VÁSQUEZ E.U. NIT: 900243862-1

Una vez allegada la propuesta en el Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOP II, se procede a realizar la revisión de los valores ofertados ítem por ítem así:

- ✓ El oferente anexa a su propuesta el anexo 3 OFERTA ECONÓMICA debidamente diligenciada como lo establece la invitación del proceso.
- ✓ Se verifica el diligenciamiento del ítem 1.1.3.1 - CRITERIOS ECONÓMICOS en el SECOP II, el cual queda de la siguiente forma:

**PRESUPUESTO OFICIAL**

| ÍTEM | CÓDIGO UNSPSC | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD. | PRESUPUESTO OFICIAL DEL PROCESO | PRESUPUESTO OFERTADO |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 85121800 | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO NIVELES DE COMPLEJIDAD I, II Y CITOLOGÍAS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SANIDAD POLICIAL EN EL DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS | 1 | $ 15´000.000,00 | $ 15´000.000,00 |

**CONDICIÓN ECONÓMICA DEL PROCESO**

| ÍTEM | CÓDIGO UNSPSC | DESCRIPCIÓN | CANTIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | PRECIO UNITARIO ESTIMADO | PORCENTAJE DE DESCUENTO OFERTADO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 85121800 | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO NIVELES DE COMPLEJIDAD I, II Y CITOLOGÍAS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SANIDAD POLICIAL EN EL DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS | 1 | SERVICIO | SOAT AMAZONAS PLENO - 8% | SOAT AMAZONAS PLENO - 10% |

**OBSERVACIONES:** Una vez verificados los ítems de la oferta presentada en la plataforma del SECOP II, se determina que el oferente CUMPLE con las condiciones económicas, toda vez que no sobrepasa el presupuesto oficial establecido para el proceso, y en las condiciones económicas, oferta un porcentaje de descuento correspondiente al – 10% sobre la tarifa SOAT AMAZONAS y en atención a que no se cuenta con una segunda empresa que oferte un porcentaje de descuento mayor al ofertado por la empresa LABORATORIO GÓMEZ VÁSQUEZ E.U. se establece que se habilita la presente propuesta en lo Económico.

Patrullero **ERICK HOSMIT VARGAS AHUANARY**
**Verificador Económico proceso PN DEAMA MIC 014 2020**

DOCUMENTO CONTROLADO