PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL

ETAPA PRECONTRACTUAL

MÍNIMA CUANTÍA
MC-HIL-003-2024

OBJETO: 41_1010_183 Prestar los servicios de atención de salud en el área de terapias especializadas y servicios ambulatorios de terapias tales como: Fisioterapia, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, fonoaudiología, terapia domiciliaria, y demás servicios afines remitidos por el médico asesor, para los beneficiarios en la ciudad de Neiva, de acuerdo con los requerimientos de salud de los usuarios del Servicio Médico Asistencial del SENA Regional Huila.

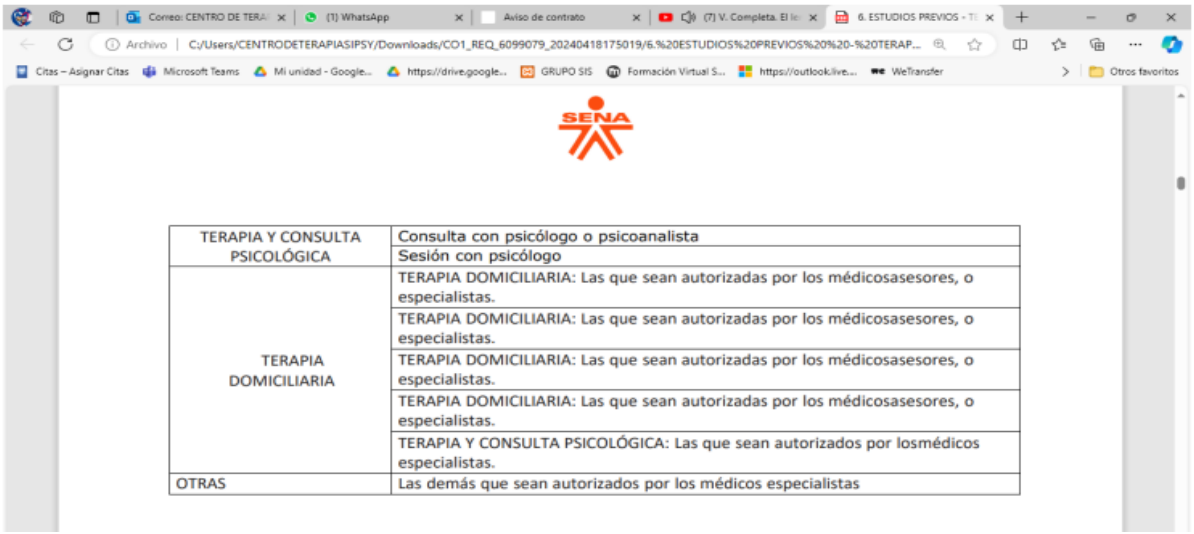
RESPUESTA A OBSERVACIONES PRESENTADAS AL INFORME PRELIMINAR DE EVALUACIÓN

OBSERVACION PRESENTADA POR LA CENTRO DE TERAPIAS IPS & CIA LTDA, SEGÚN MENSAJE DEL 19/04/2024 A LAS 9:29:39 AM

HALLAZGO No. 1

7.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Cuando se enuncian TERAPIAS DOMICILIARIAS, hace repetición en 4 itmes NO ESPECIFICANDO QUE TIPO DE TERAPIA DOMICILIARIA ES LA QUE SE REQUIERE, donde pensaría que se debe enunciar:

FISIOTERAPIA – ATENCION DOMICILIARIA
TERAPIA OCUPAIONAL- ATENCION DOMICILIARIA
TERAPIA LENGUAJE Y/O FONOAUDIOLOGIA- ATENCION DOMICILIARIA
TERAPIA RESPIRATORIA- ATENCION DOMICILIARIA



TERAPIA Y CONSULTA PSICOLÓGICA	Consulta con psicólogo o psicoanalista
	Sesión con psicólogo
TERAPIA DOMICILIARIA	TERAPIA DOMICILIARIA: Las que sean autorizadas por los médicosasesores, o especialistas.
	TERAPIA DOMICILIARIA: Las que sean autorizadas por los médicosasesores, o especialistas.
	TERAPIA DOMICILIARIA: Las que sean autorizadas por los médicosasesores, o especialistas.
	TERAPIA DOMICILIARIA: Las que sean autorizadas por los médicosasesores, o especialistas.
	TERAPIA Y CONSULTA PSICOLÓGICA: Las que sean autorizados por losmédicos especialistas.
OTRAS	Las demás que sean autorizados por los médicos especialistas

RESPUESTA DEL SENA

La Dirección Regional Huila, se permite indicar que su observación se acepta lo anterior, teniendo en cuenta que por error de digitación al momento de la estructuración de los Estudios Previos quedo duplicada la línea de ***TERAPIA DOMICILIARIA: Las que sean autorizadas por los médicos asesores, o especialistas***. Del **ítem 7.1 CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** y que de acuerdo con lo anterior se eliminará las líneas duplicadas a través de adenda, según la Resolución 824 DE 2022 no clasifica cuales terapias serán domiciliarias y cuales no, por este motivo será terapia domiciliaria las que se autoricen a través del proveedor según prescripción del médico asesor.

HALLAZGO No. 2

7.2 CONDICIONES TÉCNICAS EXIGIDAS PARA CONTRATAR

CONSIDERO QUE EL ITMES 5 NO CORRESPONDE AL PLIEGO– NO CORRESPONDE A TERAPIAS



	médicos especialistas
4	Tener habilitados los siguientes servicios ante la Secretaría Departamental de Salud: EXÁMENES DE APOYO TERAPÉUTICO: Panfotocoagulación, Iridectomía, Capsulotomía,Fotocoagulación, y los demás que sean autorizadas por los médicos especialistas.
5	Tener habilitados los siguientes servicios ante la Secretaría Departamental de Salud: PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS: Extracción de catarata extracapsular o con Facoemulsificación más implante de lente intraocular, Vitrectomía vía anterior y/o posterior coninserción de gas y o silicón y endolaser, Identación escleral con implante y/o crioterapia, Queratoplastia lamelar y penetrante, Cirugía refractiva con excimer láser, estrabismo horizontaly vertical, cirugía de vía lagrimal, Implante secundario de lente intraocular (suturado y en cámara anterior), y los demás procedimientos o cirugías oftalmológicas, que sean autorizados por los médicos especialistas.
6	Tener habilitados los siguientes servicios ante la Secretaría Departamental de Salud: TERAPIA DEL LENGUAJE Y FONOAUDIOLOGÍA: Estimulación adecuada, Dificultad de aprendizaje, Problemas de voz (Disfonías), Tratamiento para deglución atípica e imbalance muscularorofacial (IMOF), Dificultades de articulación, Déficit de atención, Valoración integral y los demás que sean autorizados por los médicos especialistas
7	Tener habilitados los siguientes servicios ante la Secretaría Departamental de Salud: TERAPIA DOMICILIARIA: Las que sean autorizadas por los médicos asesores, o especialistas.

RESPUESTA DEL SENA

La Dirección Regional Huila, se permite indicar que su observación se acepta lo anterior, teniendo en cuenta que por error de digitación al momento de la estructuración de los Estudios Previos quedo consignada información en el ítem No. 5 solicitud que no corresponde el presente objeto de contratación, de acuerdo a lo anterior se eliminará a través de adenda el numeral **cinco (5) del Ítem 7.2 CONDICIONES TÉCNICAS EXIGIDAS PARA CONTRATAR**

HALLAZGO No.3

LOS ANEXOS- APARECEN CON NOMBRE DE FORMATOS SALUD VISUAL, CUANDO DEBERIAN DE SER A TERAPIAS.

RESPUESTA DEL SENA

La Dirección Regional Huila, informa que su observación se acepta, lo anterior, teniendo en cuenta que por error al momento de la creación del archivo quedó con el nombre de otra solicitud de servicio, por este motivo la entidad se permito indicar que a través de adenda se notificará el cambio del nombre del archivo, el cual quedará así: **FORMATOS TERAPIA FISICA**



PABLO JOSÉ GÓMEZ RUBIANO
Técnico Grado 2 (E) Servicio Médico Asistencial, Regional Huila



GERMAN DARÍO JIMÉNEZ JIMÉNEZ
Contratista Grupo Regional Gestión del Talento Humano SMA



JESÚS MOSQUERA TITIMBO
Abogado Contratista Dirección Regional