

PUBLICA



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL



DISPENSARIO MÉDICO DE BUCARAMANGA

NIT: 901541137-1

Bucaramanga, mayo 8 de 2024

Señor Teniente Coronel
JORGE BECERRA VALDERRAMA
GERENTE DE PROYECTO PROCESO SELECCIÓN ABREVIADA MINIMA CUANTIA
MC327-DIGSA/DMBUG-2024

Asunto: EVALUACION TECNICA DEL PROCESO **MC327-DIGSA/DMBUG-2024**,

MODALIDAD DE SELECCIÓN ABREVIADA CAUSAL SERVICIOS DE SALUD- PROCEDIMIENTO **DE SELECCIÓN DE MINIMA CUANTÍA N.ºMC327-DIGSA/DMBUG-2024**, CUYO OBJETO ES LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN NEUMOLOGIA ESPECIALIZADA, INCLUIDOS DENTRO DEL PLAN DE COMPLEJIDAD DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL (ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y 042 DE 2005 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y POLICÍA NACIONAL) PARA TODOS LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES DEL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA EN LA VIGENCIA 2024”

ESPECIFICACIONES TECNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

El proponente acreditará que los servicios a prestar, cumplen con las Especificaciones Técnicas que son de obligatorio cumplimiento y que corresponden al ítem o ítems ofertados, para tal efecto diligenciará correctamente el Anexo 3 “Especificaciones Técnicas de Obligatorio Cumplimiento, el cual será verificado por el comité técnico evaluador.

NECESIDAD							INTITUTO NEUMOLOGICO DEL ORIENTE	
ITEM	COD UNSPSC	CUPS	CUPS DE ACUERDO A RESOLUCION 2775	DESCRIPCION DEL SERVICIO OFERTADO	UNI. MED.	CANT.	CUMPLE	NO CUMPLE
1	85101500	890271	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA	CONSULTA DE 1VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA NEUMOLOGIA ADULTOS (VALORACION EN EL DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA Y/O EXTRAMURAL)	UNIDAD	1	X	
2	85101500	890371	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA	CONSULTA CONTROL MEDICINA ESPECIALIZADA NEUMOLOGIA ADULTOS	UNIDAD	1	X	
3	85101500	890272	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA	CONSULTA 1VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA NEUMOLOGIA PEDIATRICA	UNIDAD	1	X	
4	85101500	890372	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA	CONSULTA CONTROL MEDICINA ESPECIALIZADA NEUMOLOGIA PEDIATRICA	UNIDAD	1	X	
5	85101500	N/A		VALORACION DEL PACIENTE HOSPITALIZADO DENTRO DEL DMBUG QUE REQUIERE INTERCONSULTA POR LA ESPECIALIDAD	UNIDAD	1	X	
6	85101500	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA POR MEDICINA ESPECIALIZADA (PARTICIPACION DE CUATRO ESPECIALIDADES: NEUMOLOGIA ADULTO O PEDIATRICO, RADIOLOGO, CIRUGIA DE TORAX Y PATOLOGIA)	UNIDAD	1	X	

7	85101500	893701	VOLUMENES PULMONARES POR PLETISMOGRAFIA, PRE Y POST BRONCODILATADORES	VOLUMENES PULMONARES POR PLETISMOGRAFIA PRE Y POST BRONCODILATADORES	UNIDAD	1	X	
8	85101500	893805	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES	UNIDAD	1	X	
9	85101500	893806	CAPACIDAD DE DIFUSION CON MONOXIDO DE CARBONO	CAPACIDAD DE DIFUSION CON MONOXIDO DE CARBONO	UNIDAD	1	X	
10	85101500	893808	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN SIMPLE	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN SIMPLE	UNIDAD	1	X	
11	85101500	893809	RESISTENCIA DE VIAS AEREAS POR PLETISMOGRAFIA SIMPLE	RESISTENCIA DE VIAS AEREAS POR PLETISMOGRAFIA SIMPLE	UNIDAD	1	X	
12	85101500	893810	MEDICION DE LA FUERZA MUSCULAR RESPIRATORIA (PIM-PEM AJUSTADO CON VOLUMENES PULMONARES)	MEDICION DE LA FUERZA MUSCULAR RESPIRATORIA (PIM PEM AJUSTADO CON VOLUMENES PULMONARES)	UNIDAD	1	X	
13	85101500	893812	REGISTRO DE OXIMETRIA CUTANEA	REGISTRO DE OXIMETRIA CUTANEA	UNIDAD	1	X	
14	85101500	893813	RESISTENCIA DE LAS VIAS AEREAS POR PLETISMOGRAFIA PRE Y POST BRONCODILATADORES	RESISTENCIA DE LAS VIAS AEREAS POR PLETISMOGRAFIA PRE Y POST BRONCODILATADORES	UNIDAD	1	X	
15	85101500	894402	PRUEBA DE CAMINATA DE 6 MINUTOS	PRUEBA DE CAMINATA DE 6 MINUTOS	UNIDAD	1	X	
16	85101500	893820	PRUEBA DE BRONCOMOTRICIDAD CON EJERCICIO	PRUEBA DE BRONCOMOTRICIDAD CON EJERCICIO	UNIDAD	1	X	
17	85101500	894101	PRUEBA DE EJERCICIO CARDIO-PULMONAR INTEGRADA (ERGOESPIROMETRIA)	PRUEBA DE EJERCICIO CARDIO-PULMONAR INTEGRADA (ERGOESPIROMETRIA)	UNIDAD	1	X	
18	85101500	893815	PRUEBA DE BRONCOPROVOCACION ESPECIFICA (ALERGENO) O INESPECIFICA	PRUEBA DE BRONCOPROVOCACION ESPECIFICA (ALERGENO) O INESPECIFICA METACOLINA	UNIDAD	1	X	
19	85101500	893825	OSCILOMETRIA DE IMPULSO	OSCILOMETRIA DE IMPULSO	UNIDAD	1	X	
20	85101500	903612	ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS] MEDICION DIRECTA	ELECTROLITOS EN SUDOR	UNIDAD	1	X	
21	85101500	893819	MEDICION DE LA FRACCION EXHALADA DE OXIDO NITRICO	FRACCION EXHALADA DE OXIDO NITRICO (FENO)	UNIDAD	1	X	
22	85101500	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	CONSULTA DE 1VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA SOMNOLOGIA	UNIDAD	1	X	
23	85101500	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	CONSULTA DE CONTROL MEDICINA ESPECIALIZADA SOMNOLOGIA	UNIDAD	1	X	
24	85101500	891704	ESTUDIO FISIOLÓGICO COMPLETO DEL SUEÑO [POLISOMNOGRAFIA]	ESTUDIO POLISOMNOGRAFICO COMPLETO (CON OXIMETRIA)	UNIDAD	1	X	
25	85101500	891703	POLISOMNOGRAMA EN TITULACION DE DISPOSITIVO MEDICO	POLISOMNOGRAFIA EN TITULACION DE CPAP NASAL	UNIDAD	1	X	
26	85101500	891801	PRUEBAS DE LATENCIA MULTIPLE DE SUEÑO	PRUEBA DE LATENCIAS MULTIPLES DE SUEÑO (MSLT)	UNIDAD	1	X	
27	85101500	893818	MEDICION NO INVASIVA DE CO2 O CAPNOGRAFIA	MEDICION NO INVASIVA DE CO2 O CAPNOGRAFIA	UNIDAD	1	X	
28	85101500	891805	MONITOREO DE FLUJO RESPIRATORIO DURANTE EL SUEÑO [POLIGRAFIA RESPIRATORIA]	POLIGRAFIA RESPIRATORIA	UNIDAD	1	X	
29	85101500	891806	MONITOREO DE ACTIVIDAD SUEÑO VIGILIA [ACTIGRAFIA]	ACTIGRAFIA	UNIDAD	1	X	
30	85101500	891804	MONITOREO DE PRESION POSITIVA DURANTE EL SUEÑO	MONITOREO DE PRESION POSITIVO Y/O ADAPTACION DE CPAP	UNIDAD	1	X	
31	85101500	891807	MONITOREO AMBULATORIO DE SUEÑO	MONITOREO AMBULATORIO DE SUEÑO	UNIDAD	1	X	
32	85101500	891803	PRUEBA DE MANTENIMIENTO DE LA VIGILIA	PRUEBA MANTENIMIENTO DE LA VIGILIA	UNIDAD	1	X	
33	85101500	930111	ANALISIS MIOFUNCIONAL OROFACIAL	TERAPIA FONOAUDIOLOGIA- ANALISIS MIOFUNCIONAL OROFACIAL(APLICADO A TRASTORNOS DEL SUEÑO)	UNIDAD	1	X	
34	85101500	893110	ELABORACION Y ADAPTACION DE APARATO ORTESICO INTRAORAL	ELABORACION Y ADAPTACION DE APARATO ORTESICO INTRAORAL. INCLUYE: -CONSULTA DE VALORACION INICIAL - ANÁLISIS DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO, DEFINICION DE ESTRATEGIAS DE MANEJO Y DISEÑO DE DISPOSITIVO DE AVANCE MANDIBULAR NÚMERO Y CARACTERISTICAS DE ACTIVACIONES. - ENTREGA DE APARATO DE AVANCE MANDIBULAR. - ACTIVACIONES PROGRESIVAS DEL APARATO (SE REQUIEREN EN PROMEDIO 3	UNIDAD	1	X	

				ACTIVACIONES EN LOS 3 PRIMEROS MESES. - CONTROL CADA TRES MESES DURANTE UN AÑO POSTERIOR A LA ENTREGA DEL DISPOSITIVO CON EL FIN DE HACER REVISION Y SEGUIMIENTO PARA GARANTIZAR LA EFECTIVIDAD EN EL TRATAMIENTO.				
35	85101500	332201	BRONCOSCOPIA CON LAVADO BRONQUIAL	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA CON LAVADO BRONQUIAL (ADULTOS) INCLUYE: HONORARIOS MÉDICO ESPECIALISTA -APOYO AUXILIAR QUIRÚRGICA - DERECHOS DE SALA Y MATERIALES - TODO LO NECESARIO PARA ESTE PROCEDIMIENTO - TODO LO NECESARIO PARA ESTE PROCEDIMIENTO - PAQUETE DE ESTUDIO LABORATORIO CLINICO Y PATOLOGIA BÁSICA	UNIDAD	1	X	
36	85101500	332204	BRONCOSCOPIA CON CEPILLADO	BRONCOSCOPIA FIBROOPTICA CON CEPILLADO BRONQUIAL (ADULTOS) INCLUYE: HONORARIOS MÉDICO ESPECIALISTA - APOYO AUXILIAR QUIRÚRGICA - DERECHOS DE SALA Y MATERIALES - TODO LO NECESARIO PARA ESTE PROCEDIMIENTO -PAQUETE DE ESTUDIO LABORATORIO CLINICO Y PATOLOGIA BÁSICA	UNIDAD	1	X	
37	85101500	332703	BIOPSIA DE PULMON VIA ENDOSCOPICA	BIOPSIA DE PULMON VIA ENDOSCOPICA	UNIDAD	1	X	
38	85101500	908885	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	UNIDAD	1	X	
39	85101500	908874	MYCOBACTERIUM NO TUBERCULOSO IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	MYCOBACTERIUM NO TUBERCULOSO IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	UNIDAD	1	X	
40	85101500	901007	MYCOBACTERIUM PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	MYCOBACTERIUM PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	UNIDAD	1	X	
41	85101500	332401	BIOPSIA DE BRONQUIO VIA ENDOSCOPICA	BIOPSIA CERRADA [ENDOSCOPICA] BRONQUIAL SOD (ADULTOS) INCLUYE: HONORARIOS ESPECIALISTA, AUXILIAR QUIRÚRGICO, DERECHOS DE SALA Y MATERIALES, LABORATORIO CLINICO Y PATOLOGIA	UNIDAD	1	X	
42	85101500	345001	TORACENTESIS DIAGNOSTICA	TORACENTESIS DIAGNOSTICA SOD (ADULTOS) INCLUYE: HONORARIOS ESPECIALISTA, AUXILIAR QUIRÚRGICO, DERECHOS DE SALA Y MATERIALES LABORATORIO CLINICO Y PATOLOGIA BÁSICA.	UNIDAD	1	X	
43	85101500	881213	ECOGRAFIA ENDOSCOPICA DE MEDIASTINO, TRAQUEA Y BRONQUIOS	ECOGRAFIA ENDOSCOPICA DE MEDIASTINO, TRÁQUEA Y BRONQUIOS: HONORARIOS ESPECIALISTA, AUXILIAR QUIRÚRGICO, DERECHOS DE SALA Y MATERIALES Y TODO LO NECESARIO PARA ESTE PROCEDIMIENTO, USO DEL EQUIPO ESPECIALIZADO.	UNIDAD	1	X	
44	85101500	332902	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE BRONQUIO O PULMON VIA ENDOSCOPICA	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE BRONQUIO O PULMON VIA ENDOSCOPICA (FIBROBRONCOSCOPIA RIGIDA O FLEXIBLE) (INCLUYE BIOPSIA CERRADA ENDOSCOPICA) PROCEDIMIENTO PARA EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO QUE REQUIERE SALA DE CIRUGIA GENERAL. ADICIONAL SE FACTURA LOS COSTOS QUE SE GENEREN EN CLINICA SI SE REQUIERE UCI O INTERVENCION DE OTRAS ESPECIALIDADES.	UNIDAD	1	X	
45	85101500	898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	ESTUDIO BASICO DE BIOPSIA	UNIDAD	1	X	
46	85101500	898102	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN BIOPSIA	ESTUDIO HISTOQUIMICA BIOPSIA	UNIDAD	1	X	
47	85101500	898103	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA	ESTUDIO INMUNOHISTOQUIMICO	UNIDAD	1	X	
48	85101500	933501	TERAPIA DE REHABILITACION PULMONAR	REHABILITACION PULMONAR PAQUETE (POR MES) INCLUYE HASTA 12 SESIONES DE REHABILITACION, CONSULTA MEDICA OPORTUNA, NUTRICION, PSICOLOGIA, FISIOTERAPIA, EXAMENES DE LABORATORIO PULMONAR (ESPIROMETRIA, OXIMETRIA, CAMINATA DE 6 MINUTOS) SEGUN LA NECESIDAD DEL PACIENTE Y PROGRAMA DE EDUCACION INDIVIDUAL Y GRUPAL.INCLUIDO COMO TERAPIA DE REHABILITACION CARDIACA	UNIDAD	1	X	
49	85101500	319201	DILATACION DE LA TRAQUEA VIA ENDOSCOPICA	DILATACION DE TRAQUEA VIA ENDOSCOPICA: INCLUYE HONORARIOS ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA Y MATERIALES Y TODO LO NECESARIO PARA ESTE PROCEDIMIENTO. USO DE EQUIPO ESPECIALIZADO	UNIDAD	1	X	
50	85101500	321401	DILATACION DE BRONQUIO VIA ENDOSCOPICA	DILATACION DE BRONQUIO VIA ENDOSCOPICA: INCLUYE HONORARIOS ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA Y MATERIALES Y TODO LO NECESARIO PARA ESTE PROCEDIMIENTO. USO DE EQUIPO ESPECIALIZADO	UNIDAD	1	X	
51	85101500	315104	RESECCION O ABRACION DE LESION DE TRAQUEA VIA ENDOSCOPICA	RESECCION O ABRACION DE LESION DE TRAQUEA VIA ENDOSCOPICA: INCLUYE HONORARIOS ESPECIALISTA, DERECHOS DE SALA Y MATERIALES Y TODO LO NECESARIO PARA ESTE	UNIDAD	1	X	

				PROCEDIMIENTO. USO DE EQUIPO ESPECIALIZADO				
X52	85101500	341205	BIOPSIA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO POR BRONCOSCOPIA	BIOPSIA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO POR BRONCOSCOPIA: INCLUYE HONORARIOS MÉDICOS, AUXILIAR QUIRÚRGICO Y USO DE EQUIPO ESPECIALIZADO Y TODO LO NECESARIO PARA ESTE PROCEDIMIENTO.	UNIDAD	1	X	

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

Para el cumplimiento de las Especificaciones Técnicas el proponente además deberá garantizar los siguientes aspectos a través de documento, el cual deberá ser aportado en su OFERTA, adjuntando lo requerido aquí:

Nº	REQUERIMIENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE																																																																																										
1	<p>CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD</p> <p>El Proponente deberá allegar la CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, la cual deberá estar vigente durante la ejecución del contrato y deberá ser presentado por cada uno de los servicios ofertados.</p> <p>EL Comité Técnico evaluador del DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA verifica el cumplimiento de este requisito con el NIT del Proponente o del propietario de la Sede en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p><small>REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES</small> Si conoce algún dato dígitelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.</p> <p>Formulario que permite la CONSULTA en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.</p> <div><table><tr><th>PRESTADORES</th><th>SEDES</th><th>SERVICIOS</th><th>CAPACIDAD</th><th>MEDIDAS DE SEGURIDAD</th><th>SANCIONES</th></tr><tr><td colspan="6">NIT:NI Cédula ciudadanía:CC Cédula extranjería:CE Naturaliza Jurídica <div>Privada</div> <div>Prestadores acreditados en salud</div></td></tr><tr><td colspan="6">DATOS GENERALES DEL PRESTADOR</td></tr><tr><td colspan="6">Departamento <div>Santander</div> Municipio <div>BUCARAMANGA</div></td></tr><tr><td colspan="6">Código de Prestador <div>6800100140</div> <div>01</div></td></tr><tr><td colspan="6">Nombre del Prestador <div>INSTITUTO NEUMOLOGICO DEL ORIENTE S.A.</div></td></tr><tr><td colspan="6">Clase de Prestador <div>Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS</div> Empresa Social del Estadq <div>NO</div></td></tr><tr><td colspan="6">Dirección <div>CALLE 53 Nº 31-30</div></td></tr><tr><td colspan="6">Teléfono(s) <div>6972479</div></td></tr><tr><td colspan="6">Fax <div></div></td></tr><tr><td colspan="6">Correo Electrónico <div>neumologico@gmail.com</div></td></tr><tr><td colspan="6">Razón Social <div>INSTITUTO NEUMOLOGICO DEL ORIENTE S.A.</div></td></tr><tr><td colspan="6">Representante Legal <div>KAREN YANETH ACEROS ALQUICHIRE</div></td></tr><tr><td colspan="6">Nivel Atención Prestador <div></div> Carácter Territorial <div></div></td></tr><tr><td colspan="6">Fecha de Inscripción <div>20030128</div> Fecha de Vencimiento <div>20250430</div></td></tr></table><p><small>(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: lunes 06 de mayo de 2024 (9:01 a.m.))</small></p></div>	PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES	NIT:NI Cédula ciudadanía:CC Cédula extranjería:CE Naturaliza Jurídica <div>Privada</div> <div>Prestadores acreditados en salud</div>						DATOS GENERALES DEL PRESTADOR						Departamento <div>Santander</div> Municipio <div>BUCARAMANGA</div>						Código de Prestador <div>6800100140</div> <div>01</div>						Nombre del Prestador <div>INSTITUTO NEUMOLOGICO DEL ORIENTE S.A.</div>						Clase de Prestador <div>Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS</div> Empresa Social del Estadq <div>NO</div>						Dirección <div>CALLE 53 Nº 31-30</div>						Teléfono(s) <div>6972479</div>						Fax <div></div>						Correo Electrónico <div>neumologico@gmail.com</div>						Razón Social <div>INSTITUTO NEUMOLOGICO DEL ORIENTE S.A.</div>						Representante Legal <div>KAREN YANETH ACEROS ALQUICHIRE</div>						Nivel Atención Prestador <div></div> Carácter Territorial <div></div>						Fecha de Inscripción <div>20030128</div> Fecha de Vencimiento <div>20250430</div>						X	
PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES																																																																																								
NIT:NI Cédula ciudadanía:CC Cédula extranjería:CE Naturaliza Jurídica <div>Privada</div> <div>Prestadores acreditados en salud</div>																																																																																													
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR																																																																																													
Departamento <div>Santander</div> Municipio <div>BUCARAMANGA</div>																																																																																													
Código de Prestador <div>6800100140</div> <div>01</div>																																																																																													
Nombre del Prestador <div>INSTITUTO NEUMOLOGICO DEL ORIENTE S.A.</div>																																																																																													
Clase de Prestador <div>Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS</div> Empresa Social del Estadq <div>NO</div>																																																																																													
Dirección <div>CALLE 53 Nº 31-30</div>																																																																																													
Teléfono(s) <div>6972479</div>																																																																																													
Fax <div></div>																																																																																													
Correo Electrónico <div>neumologico@gmail.com</div>																																																																																													
Razón Social <div>INSTITUTO NEUMOLOGICO DEL ORIENTE S.A.</div>																																																																																													
Representante Legal <div>KAREN YANETH ACEROS ALQUICHIRE</div>																																																																																													
Nivel Atención Prestador <div></div> Carácter Territorial <div></div>																																																																																													
Fecha de Inscripción <div>20030128</div> Fecha de Vencimiento <div>20250430</div>																																																																																													
2	<p>PORTAFOLIO DE SERVICIOS</p> <p>El oferente debe presentar portafolio de servicios actualizado, que relacione capacidad instalada, líneas telefónicas disponibles de referencia y contrarreferencia y de información al usuario dentro de este deben estar contemplados los siguientes requisitos:</p> <p>a) Horarios de atención.</p> <p>b) Modalidad para la asignación de citas (telefónica y/o presencial, correo electrónico).</p> <p>c) Dirección y teléfonos (fijos y móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios.</p>	X																																																																																											
3	<p>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA Y PROTOCOLOS ATENCIÓN</p> <p>Allegar la información documentada de los procesos de atención de acuerdo a la Resolución 3100 del 2019 o aquella que la derogue o sustituya (no mayor a 5 años).</p>	X																																																																																											
4	<p>SEDE DEL PROVEEDOR</p>																																																																																												

	El Proveedor debe acreditar que cuenta MINIMO con una SEDE en la ciudad de Bucaramanga o área metropolitana, el cual debe acreditar con el certificado de Existencia y Representación legal; en el cual se verificara el domicilio. Cabe resaltar que el oferente que no cuente con sede en la ciudad Bucaramanga, podrá aunar esfuerzos a través de consorcio o uniones temporales o una promesa de sociedad futura.	X	
4	CAPACIDAD DE PRESTAR LOS SERVICIOS El Proponente debe presentar certificación firmada por el representante legal en la que garantiza tener la capacidad de prestar la totalidad de los servicios requeridos del proceso, que cumple con las habilitaciones según el Sistema Único de Habilitación de que trata el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 2275 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social.	X	
6	GARANTÍA DE DISPONIBILIDAD El Proponente debe presentar certificación firmada por el representante legal de la IPS en la que conste la existencia y disponibilidad de los equipos médicos, hoja de vida y planes de mantenimiento de cada equipo que destinará para la prestación de los servicios.	X	
7	RECURSO HUMANO La institución prestadora del servicio debe disponer del talento humano necesario y competente para la prestación de los servicios de salud ofertados y el personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios deberá cumplir con los requisitos exigidos por el estado para ejercer la profesión u oficio e igualmente cumplir con lo establecido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social. El oferente debe presentar certificación donde se establezca que el recurso humano que labora en la entidad cumple con los requisitos legales para el ejercicio de la profesión de servicios médicos. Esta certificación debe ser firmada por el representante legal y el jefe de talento humano y/o quien haga sus veces. El talento mínimo requerido es: <ul style="list-style-type: none">• Neumólogo Adulto,• Neumólogo Pediatra,• Terapeuta Respiratorio,• Terapeuta físico o Respiratorio con especialización en Rehabilitación Pulmonar• Somnólogo	X	

	<p>de los límites y términos establecidos por el DMBUG para tal fin, para ser resuelto por el contratista.</p> <p>Estarán a cargo del contratista todos los costos en que deba incurrir en el cumplimiento de su deber de garantía, de lo contrario no se aceptará la garantía técnica, sino que se hará efectiva la garantía única de cumplimiento por el amparo de calidad de los servicios.</p>	X	
11	Certificación firmada por el representante legal donde manifieste que una vez agotado el presupuesto y bajo los criterios de calidad y oportunidad en aras de garantizar el derecho a la salud y la vida de los usuarios del SSFM, deberá ofrecer el sostenimiento de la prestación del servicio del presente objeto contractual y sostener las tarifas ofertadas en la propuesta económica	X	
12	<p>El oferente deberá presentar Certificado firmado por el representante legal donde se compromete a que si por necesidad del servicio, y por estar en riesgo el derecho a la vida y a la salud (Derechos fundamentales amparados en la Carta Magna) de algunos de los usuarios y/o beneficiarios del Establecimiento De Sanidad Militar DMBUG llegase a requerir un servicio no relacionado en las especificaciones técnicas del presente proceso y que tenga estrecha relación con el objeto contractual, contemplado en el acuerdo N° 002 del 27 de Abril de 2001 que trata sobre el plan de beneficios en salud para el personal de afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y se encuentre incluido en el portafolio de servicios del oferente, este servicio podrá ser prestado por el contratista.</p> <p>Para dar cumplimiento a esta especificación se requiere que una vez sea adjudicado el presente proceso el oferente allegue listado de los demás servicios prestados por la institución con sus respectivos precios, los cuales se mantendrán en caso de presentarse esta situación.</p>	X	

FORMULARIO NO. 9 “EXPERIENCIA HABILITANTE DEL PROPONENTE”	CUMPLE	NO CUMPLE
<p>1- FORMULARIO NO. 9 “EXPERIENCIA HABILITANTE DEL PROPONENTE” en los que relacione y adjunte <u>MINIMO UNA (01) CERTIFICACION DE CONTRATO EJECUTADO</u> a fin de verificar la experiencia acreditada la cual deberá ser IGUAL O SIMILAR AL OBJETO CONTRACTUAL.</p> <p>La certificación allegada deberá contar con la siguiente información:</p> <p>Las certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Nombre o razón social de la empresa o persona contratanteb. NIT de la empresa contratante (si aplica)c. Cargo de quien expide la certificación.d. Fecha de la certificación.e. Nombre o razón social del contratista.f. Objeto del contrato.g. Fecha de terminación del contrato o plazo del contrato.h. Valor del Contrato. <p>El Formulario No. 9 debe ir firmado por el representante legal del proponente y/o suplente debidamente facultado para ello.</p>	X	

De acuerdo a la verificación técnica evaluadora de la SELECCIÓN ABREVIADA CAUSAL SERVICIOS DE SALUD- PROCEDIMIENTO MINIMA CUANTIA N° °**MC327-DIGSA/DMBUG-2024**, el oferente **INSTITUTO NEUMOLOGICO DEL ORIENTE** debe subsanar los documentos requeridos de los ítems **4,7,9,10 Y 12** por el comité dentro del plazo establecido en el proceso, el oferente subsano lo requerido y que, una vez verificado por el presente comité, este lo habilitado técnicamente por el cumplimiento de los requisitos.

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long diagonal stroke extending from the top left towards the bottom right.

WALTHER DUARTE PEREZ
COMITÉ TECNICO EVALUADOR