



EJÉRCITO NACIONAL

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA**

Bucaramanga veinticinco (25) de junio de dos mil Veinticuatro (2024)

ADENDA N° 02

PROCESO DE SELECCIÓN MÍNIMA CUANTÍA N.º MC363-DIGSA/DMBUG-2024, CUYO OBJETO ES LA “PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ATENCIÓN DOMICILIARIA, SERVICIOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES, INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL EJERCITO (PADE) SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO NO 002 DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) Y LA DIRECTIVA No 0041 DEL 2016 PARA LA VIGENCIA 2024 GRUPO 1 PARA EL : ESM BISAN15 OCAÑA NORTE DE SANTANDER Y GRUPO 2 PARA EL: ESM BIROV 13 PAMPLONA NORTE DE SANTANDER”.

**EL ORDENADOR DEL GASTO Y SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DEL DISPENSARIO
MÉDICO DE BUCARAMANGA**

En uso de sus facultades, legales, en especiales las que le confiere la Resolución de delegación del Ministerio de la Defensa Nacional No. 4223 del 23 de junio de 2022, por la cual se delegan unas funciones y competencias relacionadas con la contratación de bienes y servicios con destino al Ministerio de Defensa Nacional, a las Fuerzas Militares y la Policía y se dictan otras disposiciones, la Resolución 4130 de 16 de junio de 2022 Manual de Contratación del Ministerio de Defensa Nacional modificada parcialmente por la Resolución 4223 del 13 de octubre de 2023 y

CONSIDERANDO

Que mediante la Resolución de delegación del Ministerio de la Defensa Nacional No. 4223 del 23 de junio de 2022, el señor Ministro de Defensa Nacional debidamente facultado por los artículos 211, 216 y 217 de la Constitución Política, el artículo 12 de la ley 80 de 1993 y la Ley 1150 de 2007, delegó parcialmente al ordenador del gasto y subdirector administrativo y financiero del dispensario médico de Bucaramanga, la celebración, modificación, adición, prórroga, liquidación y terminación de contratos, así como los demás actos inherentes a la actividad contractual cuando este dentro de su cuantía.

Que el DISPENSARIO MÉDICO DE BUCARAMANGA está interesado en contratar EL “PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ATENCIÓN DOMICILIARIA, SERVICIOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES, INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL EJERCITO (PADE) SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO NO 002 DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) Y LA DIRECTIVA No 0041 DEL 2016 PARA LA VIGENCIA 2024 GRUPO 1 PARA EL : ESM BISAN15 OCAÑA NORTE DE SANTANDER Y GRUPO 2 PARA EL: ESM BIROV 13 PAMPLONA NORTE DE SANTANDER”.

Que teniendo en cuenta las observaciones presentadas a la invitación pública del proceso y a las respuestas emitidas por el comité técnico del proceso a través de formulario de preguntas y respuestas por cada uno de los grupos, en donde se acogieron a las observaciones,

Resulta necesario modificar los documentos del proceso en los aspectos acogidos.

Que, en virtud de lo expuesto, la administración procede a expedir el presente ACTO ADMINISTRATIVO para **MODIFICAR** el estudio previo en su parte de especificaciones de obligatorio cumplimiento y adicionales, así como el anexo 3 de los anexos y formularios.

RESUELVE

PATRIA HONOR LEALTAD

ARTICULO PRIMERO: MODIFICAR las especificaciones técnicas de obligatorio cumplimiento y adicionales dentro del presente proceso mediante el presente acto administrativo del PROCESO DE SELECCIÓN MÍNIMA CUANTÍA N.º MC363-DIGSA/DMBUG-2024, CUYO OBJETO ES LA “PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ATENCIÓN DOMICILIARIA, SERVICIOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES, INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL EJERCITO (PADE) SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO NO 002 DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) Y LA DIRECTIVA No 0041 DEL 2016 PARA LA VIGENCIA 2024 GRUPO 1 PARA EL : ESM BISAN15 OCAÑA NORTE DE SANTANDER Y GRUPO 2 PARA EL: ESM BIROV 13 PAMPLONA NORTE DE SANTANDER”. Las cuales quedaran así:

DEL ANEXO N° 3 Y DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS DOCUMENTOS DEL PROCESO

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO Y ESPECIFICACIONES TECNICAS ADICIONALES

El proponente debe cumplir con las especificaciones técnicas mínimas de obligatorio cumplimiento, las cuales están descritas y corresponden a las especificaciones técnicas del presente proceso de selección, las cuales se calificarán CUMPLE O NO CUMPLE, así:

GRUPO 1 PARA EL: ESM BISAN15 OCAÑA NORTE DE SANTANDER

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

Nº	CODIGO UNSPCS	CODIGO CUPS	DESCRIPCIÓN CÓDIGOS CUPS	DESCRIPCION	UNI. MED.	CANT	CUMPLE	NO CUMPLE
1	85121501	890106	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR NUTRICION Y DIETETICA	ATENCION POR ESTA SUBESPECIALIDAD QUE INCLUYA ELEMENTOS PROPIOS DE NUTRICION Y DIETETICA: PESO (DEBIDAMENTE CALIBRADO BAJO ONAC), CINTA METRICA, BAJALENGUAS, GUANTES, TAPABOCA, GORRO (DE SER NECESARIO)	EVENTO	1		
2	85121501	890108	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR PSICOLOGIA	MATERIAL DIDACTICO SEGÚN DIAGNOSTICO	EVENTO	1		
3	85121501	890109	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR TRABAJO SOCIAL	DE ACUERDO A NESECIDAD SEGÚN DIAGNOSTICO	EVENTO	1		
4	85121501	890110	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA	TERAPIA DOMICILIARIA, POR FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA Y TERAPIA MIOFUNCIONAL : REALIZACION DE TERAPIA EN CASA CON DURACION 45 MINUTOS, CON VALORACION INICIAL, EVOLUCION Y CONTRAREFERENCIA,	EVENTO	1		

				INCLUYE LOS INSUMOS PERTINENTES, BAJALENGUAS, GUANTES, GORRO, TAPABOCA, JABON ANTIBACTERIAL.				
5	85121501	890111	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA	TERAPIA DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA: REALIZACION DE TERAPIAS EN DOMICILIO DEL PACIENTE CON DURACION 45 MINUTOS, DEPENDIENDO DE LA PATOLOGÍA DISPOCISIÓN DE LOS EQUIPOS: MASAJEADOR DE CUERPO Y MASAJEADOR FACIAL, TENS, ULTRASONIDO, BALONES, THERABAND, PLASTILINAS, RESISTENCIA (DIGIFLEX) PARA TRABAJO DE MANO, PESAS PORTATILES, ACEITE MIMERAL, ALCOHOL, GEL CONDUCTOR, TOALLAS DESHECHABLES, GORRO TAPABOCAS, GUANTES. VALORACION INICIAL, EVOLUCION DE CADA TERAPIA, CONTRAREFERENCIA CON PLAN CASERO Y RECOMENDACIONES	EVENTO	1		
6	85121501	890112	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA RESPIRATORIA	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA RESPIRATORIA: REALIZACION DE TERAPIAS EN DOMICILIO DEL PACIENTE CON DURACION 45 MINUTOS, DISPOCISIÓN DE NEBULIZADOR, KIT DE NEBULIZACION (MASCARA, JERINGA, SOLUCION SALINA) TOALLAS	EVENTO	1		

				DESHECHABLES, GORRO TAPABOCAS, GUANTES. VALORACION INICIAL, EVOLUCION DE CADA TERAPIA, CONTRAREFERENCIA CON PLAN CASERO Y RECOMENDACIONES, INCLYENDO DEMÁS INSUMOS PERTINENTES (se permite realizar servicio por parte del profesional en salud como fisioterapeuta que cumple con las competencias y funciones de formación profesional).				
7	85121501	89.0.1.12	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA RESPIRATORIA	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA RESPIRATORIA, CON SUCCION: REALIZACION DE TERAPIAS EN DOMICILIO DEL PACIENTE, VASO Y MANGUERAS DE SILICONA, FILTRO, SONDAS DE SUCCIÓN, APLICADORES O ISOPO, SOLUCION SALINA, JERINGA, GASAS, GUANTE ESTERIL, GUANTE DE EXAMEN, TOALLAS DESHECHABLES, GORRO TAPABOCAS, GUANTE Y DEMAS INSUMOS PERTINENTES. VALORACION INICIAL, EVOLUCION DE CADA TERAPIA, CONTRAREFERENCIA CON RECOMENDACIONES (se permite realizar servicio por parte del profesional en salud como fisioterapeuta que cumple con las competencias y funciones de formación profesional).	EVENTO	1		
8	85121501	93.9.4.03	ALQUILER DE SUCCIONADOR DE	ALQUILER DE SUCCIONADOR DE	EVENTO	1		

			SECRECIONES (INCLUYE INSUMOS)	SECRECIONES (INCLUYE INSUMOS) VALOR DIA: VASO Y MANGUERAS DE SILICONA, FILTRO, SONDAS DE SUCCIÓN, TODO LOS INSUMOS PERTINENTES INCLUSO CALIBRACION Y MANTENIMIENTO				
9	85121501	890113	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL	TERAPIA DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL: REALIZACION DE TERAPIAS EN DOMICILIO DEL PACIENTE CON DURACION 45 MINUTOS, DEPENDIENDO DE LA PATOLOGÍA, DISPOCISIÓN DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES: MASAJEADOR, PLASTILINAS, RESISTENCIA (DIGIFLEX) PARA TRABAJO DE MANO, PESAS PORTATILES, MATERIAL DIDACTICOL PARA TERAPIA OCUPACIONAL VALORACION INICIAL, EVOLUCION DE CADA TERAPIA, CONTRAREFERENCIA CON PLAN CASERO Y RECOMENDACIONES Y DEMAS INSUMOS PERTINENTES.	EVENTO	1		
10	85121501	991800	INFUSION O ADMINISTRACION DE SOLUCIONES DE LIQUIDOS Y ELECTROLITOS SOD	SERVICIO DE ALQUILER BOMBA DE INFUSION: SEGUN REQUERIMIETO DEL PACIENTE Y SEGUN PRESCRIPCION MEDICA POR EVENTO PREVIA AUTORIZACION DE COORDINACION Y SUPERVISION DEL PROGRAMA PADE DEL DMBUG. VALOR /DIA,	EVENTO	1		

				TODOS LOS INSUMOS PERTINENTES				
11	85121501	890105	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA	ATENCION (VISITA)DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA - CUIDADOS POR AUXILIAR DE ENFERMERIA TURNO DE 6 HORAS: VALORACION Y ATENCION POR ENFERMERIA EL LA CUAL SE REALICE LA TOMA DE SIGNOS VITALES, ASEO GENERAL DE PACIENTE, CAMBIOS DE POSICIÓN, ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA ORAL O ENDOVENOSO, ASEO DE LA UNIDAD, ASISTENCIA EN EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, PROCEDIMIENTOS DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA EN CASO DE QUE LO REQUIERA EN EL DOMICILIO, APOYO Y ASESORAMIENTO A LOS FAMILIARES PARA EL ENTRENAMIENTO DEL MANEJO DEL PACIENTE, LIMPIEZA DE TRAQUEOSTOMIA, LIMPIEZA DE GASTROSTOMIA, CUIDADOS DE LA Sonda VESICAL, CATETERISTMO VESICAL, CAMBIO DE Sonda, CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS, CONTROL POR CURVAS TERMICAS, APLICACION DE ENEMAS, SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL GRUPO INTERDISCIPLINARIO DE REHABILITACIÓN, SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL MÉDICO	TURNO	1		

				TRATANTE, PRESENTAR INFORME DE NOVEDADES A LA ENFERMERA JEFE. CAJA DE ENFERMERIA COMPUESTA POR : TENSIOMETRO (DEBIDAMENTE CALIBRADO BAJO ONAC), FONENDOSCOPIO, MALETIN DE CURACIONES (GASAS, GORROS, TABABOCAS, ALCOHOL, JABON QUIRURGICO, SOLUCION SALINA, JERINGAS, GAFAS, APOSITOS, MICROPORE), PULSOXIMETRO, TERMOMETRO DIGITAL, GLUCOMETRO, GASAS ESTERILES, APOSITOS, SOLUCION SALINA, JELCO, EQUIPO DE MACROGOTEO Y MICROGOTEO, TAPON HEPARINIZADO, GORROS, GUANTES, TAPABOCAS, BATA QUIRURGICA, ALGODÓN, ALCOHOL, JABON ANTIBACTERIAL, ISOPOS, BAJALENGUAS, MICROPORE, GUARDIAN (A NECESIDAD), KIT DE DERRAMES, FICHAS: IDENTIFICACION DEL PACIENTE, 10 CORRECTO DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, RELOJ DE CAMBIO POSICIONES Estricto AL PACIENTE ENCAMADO, 5 CORRECTOS LAVADO DE MANOS, SEÑALIZACION RIESGO DE CAIDAS,CARPETA DE SEGUIMIENTO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA . NOTA DE ENFERMERÍA, CONTROL DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, CONTROL DE SIGNOS VITALES, CONSENTIMIENTO				
--	--	--	--	---	--	--	--	--

				<p>INFORMADO, REGISTRO DE ATENCION (FIRMAS), HOJA DE GASTOS DE INSUMOS. CANECA DE RESIDUOS BIOLOGICOS (ROJA) GUARDIAN SEGÚN NECESIDAD. RECOLECCION DE RESIDUOS PATOLOGICOS POR LA EMPRESA DE ASEO EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE.</p>				
12	85121501	890105	<p>ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA</p>	<p>ATENCION (VISITA)DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA - CUIDADOS POR AUXILIAR DE ENFERMERIA -TURNO DE 8 HORAS:</p> <p>VALORACION Y ATENCION POR ENFERMERIA EL LA CUAL SE REALICE LA TOMA DE SIGNOS VITALES, ASEO GENERAL DE PACIENTE, CAMBIOS DE POSICIÓN, ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA ORAL O ENDOVENOSO, ASEO DE LA UNIDAD, ASISTENCIA EN EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, PROCEDIMIENTOS DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA EN CASO DE QUE LO REQUIERA EN EL DOMICILIO, APOYO Y ASESORAMIENTO A LOS FAMILIARES PARA EL ENTRENAMIENTO DEL MANEJO DEL PACIENTE, LIMPIEZA DE TRAQUEOSTOMIA, LIMPIEZA DE GASTROSTOMIA, CUIDADOS DE LA SONDA VESICAL, CATETERISTMO VESICAL, CAMBIO DE SONDA, CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y</p>	<p>TURNO</p>	1		

				ELIMINADOS, CONTROL POR CURVAS TERMICAS, APLICACION DE ENEMAS, SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL GRUPO INTERDISCIPLINARIO DE REHABILITACIÓN, SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL MÉDICO TRATANTE, PRESENTAR INFORME DE NOVEDADES A LA ENFERMERA JEFE. CAJA DE ENFERMERIA COMPUESTA POR : TENSIOMETRO (DEBIDAMENTE CALIBRADO BAJO ONAC), FONENDOSCOPIO, MALETIN DE CURACIONES (GASAS, GORROS, TABABOCAS, ALCOHOL, JABON QUIRURGICO, SOLUCION SALINA, JERINGAS, GAFAS, APOSITOS, MICROPORE), PULSOXIMETRO, TERMOMETRO DIGITAL, GLUCOMETRO, GASAS ESTERILES, APOSITOS, SOLUCION SALINA, JELCO, EQUIPO DE MACROGOTEO Y MICROGOTEO, TAPON HEPARINIZADO, GORROS, GUANTES, TAPABOCAS, BATA QUIRURGICA, ALGODÓN, ALCOHOL, JABON ANTIBACTERIAL, ISOPOS, BAJALENGUAS, MICROPORE, GUARDIAN (A NECESIDAD), KIT DE DERRAMES, FICHAS: IDENTIFICACION DEL PACIENTE, 10 CORRECTO DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, RELOJ DE CAMBIO POSICIONES Estricto AL PACIENTE ENCAMADO, 5 CORRECTOS LAVADO				
--	--	--	--	--	--	--	--	--

				DE MANOS, SEÑALIZACION RIESGO DE CAIDAS,CARPETA DE SEGUIMIENTO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA . NOTA DE ENFERMERÍA, CONTROL DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, CONTROL DE SIGNOS VITALES, CONSENTIMIENTO INFORMADO, REGISTRO DE ATENCION (FIRMAS), HOJA DE GASTOS DE INSUMOS. CANECA DE RESIDUOS BIOLOGICOS (ROJA) GUARDIAN SEGÚN NECESIDAD. RECOLECCION DE RESIDUOS PATOLOGICOS POR LA EMPRESA DE ASEO EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE				
13	85121501	890105	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA	ATENCION (VISITA)DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA - CUIDADOS POR AUXILIAR DE ENFERMERIA -TURNO DE 12 HORAS: VALORACION Y ATENCION POR ENFERMERIA EL LA CUAL SE REALICE LA TOMA DE SIGNOS VITALES, ASEO GENERAL DE PACIENTE, CAMBIOS DE POSICIÓN, ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA ORAL O ENDOVENOSO, ASEO DE LA UNIDAD, ASISTENCIA EN EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, PROCEDIMIENTOS DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA EN CASO DE QUE LO REQUIERA EN EL DOMICILIO, APOYO Y ASESORAMIENTO A LOS FAMILIARES PARA	TURNO	1		

				<p>EL ENTRENAMIENTO DEL MANEJO DEL PACIENTE, LIMPIEZA DE TRAQUEOSTOMIA, LIMPIEZA DE GASTROSTOMIA, CUIDADOS DE LA SONDA VESICAL, CATETERISTMO VESICAL, CAMBIO DE SONDA, CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS, CONTROL POR CURVAS TERMICAS, APLICACION DE ENEMAS, SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL GRUPO INTERDISCIPLINARIO DE REHABILITACIÓN, SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL MÉDICO TRATANTE, PRESENTAR INFORME DE NOVEDADES A LA ENFERMERA JEFE. CAJA DE ENFERMERIA COMPUESTA POR : TENSIOMETRO (DEBIDAMENTE CALIBRADO BAJO ONAC), FONENDOSCOPIO, MALETIN DE CURACIONES (GASAS, GORROS, TABABOCAS, ALCOHOL, JABON QUIRURGICO, SOLUCION SALINA, JERINGAS, GAFAS, APOSITOS, MICROPORE), PULSOXIMETRO, TERMOMETRO DIGITAL, GLUCOMETRO, GASAS ESTERILES, APOSITOS, SOLUCION SALINA, JELCO, EQUIPO DE MACROGOTEO Y MICROGOTEO, TAPON HEPARINIZADO, GORROS, GUANTES, TAPABOCAS, BATA QUIRURGICA, ALGODÓN, ALCOHOL, JABON ANTIBACTERIAL, ISOPOS, BAJALENGUAS, MICROPORE,</p>				
--	--	--	--	---	--	--	--	--

				<p>GUARDIAN (A NECESIDAD), KIT DE DERRAMES, FICHAS: IDENTIFICACION DEL PACIENTE, 10 CORRECTO DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, RELOJ DE CAMBIO POSICIONES Estricto AL PACIENTE ENCAMADO, 5 CORRECTOS LAVADO DE MANOS, SEÑALIZACION RIESGO DE CAIDAS,CARPETA DE SEGUIMIENTO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA . NOTA DE ENFERMERIA, CONTROL DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, CONTROL DE SIGNOS VITALES, CONSENTIMIENTO INFORMADO, REGISTRO DE ATENCION (FIRMAS), HOJA DE GASTOS DE INSUMOS. CANECA DE RESIDUOS BIOLOGICOS (ROJA) GUARDIAN SEGÚN NECESIDAD. RECOLECCION DE RESIDUOS PATOLOGICOS POR LA EMPRESA DE ASEO EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE</p>				
14	85121501	890105	<p>ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA</p>	<p>ATENCION (VISITA)DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA - CUIDADOS POR AUXILIAR DE ENFERMERIA -TURNO DE 24 HORAS:</p> <p>VALORACION Y ATENCION POR ENFERMERIA EL LA CUAL SE REALICE LA TOMA DE SIGNOS VITALES, ASEO GENERAL DE PACIENTE, CAMBIOS DE POSICIÓN, ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA</p>	TURNO	1		

				ORAL O ENDOVENOSO, ASEO DE LA UNIDAD, ASISTENCIA EN EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, PROCEDIMIENTOS DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA EN CASO DE QUE LO REQUIERA EN EL DOMICILIO, APOYO Y ASESORAMIENTO A LOS FAMILIARES PARA EL ENTRENAMIENTO DEL MANEJO DEL PACIENTE, LIMPIEZA DE TRAQUEOSTOMIA, LIMPIEZA DE GASTROSTOMIA, CUIDADOS DE LA SONDA VESICAL, CATETERISTMO VESICAL, CAMBIO DE SONDA, CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS, CONTROL POR CURVAS TERMICAS, APLICACION DE ENEMAS, SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL GRUPO INTERDISCIPLINARIO DE REHABILITACIÓN, SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL MÉDICO TRATANTE, PRESENTAR INFORME DE NOVEDADES A LA ENFERMERA JEFE. CAJA DE ENFERMERIA COMPUESTA POR : TENSIOMETRO (DEBIDAMENTE CALIBRADO BAJO ONAC), FONENDOSCOPIO, MALETIN DE CURACIONES (GASAS, GORROS, TABABOCAS, ALCOHOL, JABON QUIRURGICO, SOLUCION SALINA, JERINGAS, GAFAS, APOSITOS, MICROPORE), PULSOXIMETRO, TERMOMETRO DIGITAL, GLUCOMETRO, GASAS ESTERILES, APOSITOS,				
--	--	--	--	---	--	--	--	--

				SOLUCION SALINA, JELCO, EQUIPO DE MACROGOTEO Y MICROGOTEO, TAPON HEPARINIZADO, GORROS, GUANTES, TAPABOCAS, BATA QUIRURGICA, ALGODÓN, ALCOHOL, JABON ANTIBACTERIAL, ISOPOS, BAJALENGUAS, MICROPORE, GUARDIAN (A NECESIDAD), KIT DE DERRAMES, FICHAS: IDENTIFICACION DEL PACIENTE, 10 CORRECTO DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, RELOJ DE CAMBIO POSICIONES ESTRICTO AL PACIENTE ENCAMADO, 5 CORRECTOS LAVADO DE MANOS, SEÑALIZACION RIESGO DE CAIDAS,CARPETA DE SEGUIMIENTO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA . NOTA DE ENFERMERÍA, CONTROL DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, CONTROL DE SIGNOS VITALES, CONSENTIMIENTO INFORMADO, REGISTRO DE ATENCION (FIRMAS), HOJA DE GASTOS DE INSUMOS. CANECA DE RESIDUOS BIOLOGICOS (ROJA) GUARDIAN SEGÚN NECESIDAD. RECOLECCION DE RESIDUOS PATOLOGICOS POR LA EMPRESA DE ASEO EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE				
15	85121501	890105		TOMA DE MUESTRAS PARA ATENCION (VISITA)DOMICILIARIA: LA MUESTRA DE EXAMENES DE	EVENTO	1		

			ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA	LABORATORIO SE TOMARÁ EN EL DOMICILIO Y SERA RESPONSABILIDAD DE LA EMPRESA CONTAR CON UN LABORATORIO QUE GARANTICE LA CALIDAD Y VERACIDAD EN LOS RESULTADOS; ASI MISMO UBICAR LOS REPORTES EN LA RESIDENCIA DEL PACIENTE. LA TOMA DEL EXAMEN, INCLUYE RECIPIENTES NECESARIO PARA SU MANEJO. ESTE PROCEDIMIENTO SERA PREVIAMENTE AUTORIZADO POR COORDINADOR Y SUPERVISOR DEL PROGRAMA PADE DEL ESMBISAN				
16	85121501	991800	INFUSION O ADMINISTRACION DE SOLUCIONES DE LIQUIDOS Y ELECTROLITOS SOD	<p>ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA INFUSIÓN O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR ENFERMERA JEFE:</p> <p>EQUIPO DE MACROGOTEO, BURETROL, JELCO ·18, 20, 22, SEGÚN CALIBRE DE VENA, MICROPORE, ALGODÓN, SOLUCION SALINA, JERINGAS, ALCOHOL, TAPON HEPARIZADO, GUARDIAN, GORROS, TAPABOCAS, GUANTES, TORNIQUETE, TENSIOMETRO (DEBIDAMENTE CALIBRADO BAJO ONAC), ARRIENDO DE EQUIPO, BOMBA DE INFUSIÓN (SEGUN PATOLOGIA DEL PACIENTE) Y DEMAS INSUMOS PERTINENTES.</p>	EVENTO	1		
17	85121501	579401	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO (SONDA) URINARIO (VESICAL) (EN DOMICILIO):	EVENTO	1		

				<p>PROCEDIMIENTO QUE INCLYE INSUMOS MEDICOS-QUIRURGICO COMO JERINGAS, GUANTES ESTERILES, GUANTES DE EXAMEN, SONDA FOLEY/ NELATON CALIBRE SEGÚN EL CASO, CISTOFLO, GASAS, JABON QUIRURGICO, SOLUCION SALINA, MATERIAL ANESTEISICO, GORRO, TAPABOCAS, GAFAS Y BATA QUIRURGICA (SI LO REQUIERE) Y DEMAS INSUMOS PERTINENTES</p>				
18	85121501	869500	<p>CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD</p>	<p>CURACIONES DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANERO SOD (QUEMADURA) Ó CURACION DE ESCARAS Y/O LESIONES POR ENFERMERA JEFE - GRUPO A: MENOR 5x5 CMS DE DIAMETRO - (ESTADIO I):</p> <p>PROCESO DE CURACIONES QUE INCLUYAN ELELMNTOS DE CURACIONES COMPUESTO POR: GUANTES DE EXAMEN, GUANTES ESTERILES, GUANTES LIMPIOS SEGÚN CORRESPONDA EL CASO, SOLUCION SALINA, JABON QUIRURGICO, BISTURI, GASAS, MICROPORES, APOSITOS, BAJALENGUAS, GORRO, TAPABOCAS, BATA QUIRURGICA, JERINGAS, GUARDIAN, BOLSA RECOLECTORA, TIJERAS, ALCOHOL, GAFAS Y DEMAS EPP, HOJA DE NOTA DE ENFERMERIA, RECIPIENTE DE DESECHOS Y DEMAS</p>	EVENTO	1		

				INSUMOS PERTINENTES.				
19	85121501	869500	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	<p>CURACIONES DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANERO SOD (QUEMADURA) Ó CURACION DE ESCARAS Y/O LESIONES POR ENFERMERA JEFE - GRUPO B: ENTRE 5X5 A 7X7 CM DE DIAMETRO - (ESTADIO II):</p> <p>PROCESOS DE CURACIONES QUE INCLUYAN ELEMENTOS DE CURACIONES COMPUESTO POR: GUANTES DE EXAMEN, GUANTES ESTERILES, SOLUCION SALINA, JABON QUIRURGICO, BISTURI, GASAS, MICROPORES, APOSITOS, BAJALENGUAS, GORRO, TAPABOCAS, BATA QUIRURGICA, JERINGAS, GUARDIAN, TIJERAS, ALCOHOL, GAFAS Y DEMÀS EPP , NOTA DE ENFERMERIA, RECIPIENTE DE DESECHOS Y DEMAS INSUMOS PERTINENTES</p>	EVENTO	1		
20	85121501	869500	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	<p>CURACIONES DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANERO SOD (QUEMADURA) Ó CURACION DE ESCARAS Y/O LESIONES POR ENFERMERA JEFE GRUPO C: ENTRE 7X7 A 10X10 CM DE DIAMETRO - (ESTADIO III):</p> <p>PROCESO DE CURACIONES COMPUESTO POR: GUANTES DE EXAMEN, GUANTES ESTERILES, SOLUCION SALINA, JABON QUIRURGICO,</p>	EVENTO	1		

				BISTURI, GASAS, MICROPORES, APOSITOS, BAJALENGUAS, GORRO, TAPABOCAS, BATA QUIRURGICA, JERINGAS, GUARDIAN, TIJERAS, ALCOHOL, GAFAS Y DEMÀS EPP, NOTA DE ENFERMERIA, RECIPIENTE DE DESECHOS Y DEMAS INSUMOS PERTINENTES				
21	85121501	869500	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	<p>CURACIONES DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANERO SOD (QUEMADURA) Ó CURACION DE ESCARAS Y/O LESIONES POR ENFERMERA JEFE GRUPO D: MAYOR DE 10X10 CM DE DIAMTERO - (ESTADIO IV):</p> <p>PROCEOS DE CURACIONES COMPUESTO POR: GUANTES DE EXAMEN, GUANTES ESTERILES, SOLUCION SALINA, JABON QUIRURGICO, BISTURI, GASAS, MICROPORES, APOSITOS, BAJALENGUAS, GORRO, TAPABOCAS, BATA QUIRURGICA, JERINGAS, GUARDIAN, TIJERAS, ALCOHOL, GAFAS , NOTA DE ENFERMERIA, RECIPIENTE DE DESECHOS Y DEMAS INSUMOS PERTINENTES</p>	EVENTO	1		
22	85121501	970100	SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) NASOGASTRICO O DE ESOFAGOSTOMIA SOD	<p>SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) NASOGÁSTRICO SOD (EN DOMICILIO):</p> <p>SONDA NASOGASTRICA SEGÚN EL CALIBRE, (DEPENDE DE LA EDAD DEL PACIENTE), GUANTES ESTERILES,</p>	EVENTO	1		

				SOLUCION SALINA, JERINGA, MATERIAL ANESTESICO, FONENDOSCOPIO, GASAS, MICROPORE, GORRO, TAPABOCA, GAFAS				
23	85121501	970100	SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) NASOGASTRICO O DE ESOFAGOSTOMIA SOD	SUSTITUCIÓN DE ESOFAGOSTOMÍA SOD (EN DOMICILIO): SONDA NASOGASTRICA SEGÚN EL CALIBRE, (DEPENDE DE LA EDAD DEL PACIENTE) (Y PREESCRPCION MEDICA), GUANTES ESTERILES, SOLUCION SALINA, JERINGA, MATERIAL ANESTESICO, FONENDOSCOPIO, GASAS, MICROPORE, GORRO, TAPABOCA, GAFAS	EVENTO	1		
24	85121501	NO CUPS	SERVICIO DE ALQUIER DE CAMA HOSPITALARIA ELETRICA A 3 PLANOS	SERVICIO DE ALQUIER DE CAMA HOSPITALARIA ELETRICA A 3 PLANOS	MES	1		
25	85121501	NO CUPS	DILIGENCIAMIENTO DE CERTIFICADO DE DEFUNCION	DILIGENCIAMIENTO DE CERTIFICADO DE DEFUNCION	EVENTO	1		
26	85121501	601T02	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE SECUNDARIO	SERVICIO DE TRASLADO BÁSICO DE PACIENTES [TAB]	EVENTO	1		
27	85121501	602T02	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO	SERVICIO DE TRASLADO MEDICALIZADO DE PACIENTES [TAM]	EVENTO	1		

GRUPO 2 PARA EL: ESM BIROV 13 PAMPLONA NORTE DE SANTANDER

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

N O ° UNSP SC	CODIG	CODIGO	DESCRIPCIÓN	DESCRIPCION	UNI. MED.	CAN T	CUM PLE	NO CUM PLE
	O	CUPS	CÓDIGOS CUPS					

1	85101500	890110	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA	TERAPIA DOMICILIARIA, POR FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA Y TERAPIA MIOFUNCIONAL : REALIZACION DE TERAPIA EN CASA CON DURACION 45 MINUTOS, CON VALORACION INICIAL, EVOLUCION Y CONTRAREFERENCIA, INCLUYE LOS INSUMOS PERTINENTES, BAJALENGUAS, GUANTES, GORRO, TAPABOCA, JABON ANTIBACTERIAL.	EVENT O1
2	85101500	890111	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA	TERAPIA DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA: REALIZACION DE TERAPIAS EN DOMICILIO DEL PACIENTE CON DURACION 45 MINUTOS, DEPENDIENDO DE LA PATOLOGÍA DISPOCISIÓN DE LOS EQUIPOS: MASAJEADOR DE CUERPO Y MASAJEADOR FACIAL, TENS, ULTRASONIDO, BALONES, THERABAND, PLASTILINAS, RESISTENCIA (DIGIFLEX) PARA TRABAJO DE MANO, PESAS PORTATILES, ACEITE MIMERAL, ALCOHOL, GEL CONDUCTOR, TOALLAS DESHECHABLES, GORRO TAPABOCAS, GUANTES. VALORACION INICIAL, EVOLUCION DE CADA TERAPIA, CONTRAREFERENCIA CON PLAN CASERO Y RECOMENDACIONES	EVENT O1
3	85101500	890112	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA ESPIRATORIA	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA RESPIRATORIA Y/O FISIOTERAPEUTA: REALIZACION DE TERAPIAS EN DOMICILIO DEL PACIENTE CON DURACION 30 A 45 MINUTOS, DISPOCISIÓN DE NEBULIZADOR, KIT DE NEBULIZACION (MASCARA, JERINGA, SOLUCION SALINA) TOALLAS DESHECHABLES, GORRO TAPABOCAS, GUANTES. VALORACION INICIAL, EVOLUCION DE CADA TERAPIA, CONTRAREFERENCIA CON PLAN CASERO Y RECOMENDACIONES, INCLYENDO DEMÁS INSUMOS PERTINENTES.	EVENT O1

4	85101500	890112	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA RESPIRATORIA	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA RESPIRATORIA, CON SUCCION: REALIZACION DE TERAPIAS EN DOMICILIO DEL PACIENTE, INCLUYE: EQUIPO NEBULIZADOR, SUCCIONADOR (INCLUYENDO EQUIPO) VASO Y MANGUERAS DE SILICONA, FILTRO, SONDAS DE SUCCIÓN, APLICADORES O ISOPO, SOLUCION SALINA, JERINGA, GASAS, GUAANTE ESTERIL, GUAANTE DE EXAMEN, TOALLAS DESHECHABLES, GORRO TAPABOCAS, GUAANTE Y DEMAS INSUMOS PERTINENTES. VALORACION INICIAL, EVOLUCION DE CADA TERAPIA, CONTRAREFERENCIA CON PLAN CASERO Y RECOMENDACIONES, INCLYENDO DEMÁS INSUMOS PERTINENTES	EVENTO	1
5	85101500	890113	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL	TERAPIA DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL: REALIZACION DE TERAPIAS EN DOMICILIO DEL PACIENTE CON DURACION 45 MINUTOS, DEPENDIENDO DE LA PATOLOGÍA, DISPOCISIÓN DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES: MASAJEADOR, PLASTILINAS, RESISTENCIA (DIGIFLEX) PARA TRABAJO DE MANO, PESAS PORTATILES, MATERIAL DIDACTICOL PARA TERAPIA OCUPACIONAL VALORACION INICIAL, EVOLUCION DE CADA TERAPIA, CONTRAREFERENCIA CON PLAN CASERO Y RECOMENDACIONES Y DEMAS INSUMOS PERTINENTES.	EVENTO	1
6	85101500		SERVICIO DE ALQUILER BOMBA DE INFUSION	SEGUN REQUERIMIENTO DEL PACIENTE Y SEGUN PRESCRIPCION MEDICA POR EVENTO PREVIA AUTORIZACION DE COORDINACION Y SUPERVISION DEL PROGRAMA PADE DEL BAS30. VALOR/DIA	EVENTO	1
7	85101500		ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS O DE ALTO COSTO CON INSUMOS	EN HORARIO DE UNA SERIE DE APLICACIÓN, SEGÚN PRESCRIPCION MEDICA, SERVICIO PRESTADO POR EVENTO POR ENFERMERA JEFE, PREVIA AUTORIZACION DE COORDINADOR	SERVICIO	1

		YSUPERVISOR DEL PROGRAMA PADE DEL BAS30 EL MEDICAMENTO SERA SUMINISTRADO POR EL VIROV.			
8	85101 500	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS O DE ALTO COSTO CON INSUMOS	EN HORARIO DOS SERIES DE APLICACIÓN, SEGÚN PRESCRIPCION MEDICA. SERVICIO PRESTADO POR EVENTO POR ENFERMERA JEFE, PREVIA AUTORIZACION DEL COORDINADOR Y SUPERVISOR DEL PROGRAMA PADE DEL BAS30 EL MEDICAMENTO SERA SUMINISTRADO POR EL BAS30 .	SERVI CIO	1
9	85101 500	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS O DE ALTO COSTO CON INSUMOS	EN HORARIO TRES SERIES DE APLICACIÓN, SEGÚN PRESCRIPCION MÉDICA SERVICIO PRESTADO POR EVENTO POR ENFERMERA JEFE, PREVIA AUTORIZACION DEL COORDINADOR Y SUPERVISOR DEL PROGRAMA PADE DEL BAS30 EL MEDICAMENTO SERA SUMINISTRADO POR EL BAS30	SERVI CIO	1
1 0	85101 500	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS O DE ALTO COSTO CON INSUMOS	EN HORARIO CUATRO SERIES DE APLICACIÓN, SEGÚN PRESCRIPCION MÉDICA SERVICIO PRESTADO POR EVENTO POR ENFERMERA JEFE, PREVIA AUTORIZACION DEL COORDINADOR Y SUPERVISOR DEL PROGRAMA PADE DEL BAS30 EL MEDICAMENTO SERA SUMINISTRADO POR EL BAS30	SERVI CIO	1
1 1	89010 500	890105 ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA	ATENCION (VISITA)DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA -CUIDADOS POR AUXILIAR DE ENFERMERIA - TURNO DE 6 HORAS: VALORACION Y ATENCION POR ENFERMERIA EL LA CUAL SE REALICE LA TOMA DE SIGNOS VITALES, ASEO GENERAL DE PACIENTE, CAMBIOS DE POSICIÓN, ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA ORAL O ENDOVENOSO, ASEO DE LA UNIDAD, ASISTENCIA EN EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, PROCEDIMIENTOS DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA EN CASO DE QUE LO REQUIERA EN EL DOMICILIO, APOYO Y	TURN O	1

ASESORAMIENTO A LOS
FAMILIARES PARA EL
ENTRENAMIENTO DEL MANEJO
DEL PACIENTE, LIMPIEZA DE
TRAQUEOSTOMIA,
LIMPIEZA DE
GASTROSTOMIA, CUIDADOS
DE LA SONDA VESICAL,
CATETERISMO VESICAL,
CAMBIO DE SONDA, CONTROL
DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS
Y ELIMINADOS, CONTROL POR
CURVAS TERMICAS,
APLICACION DE ENEMAS,
SEGUIMIENTO DE LAS
RECOMENDACIONES
DEL
GRUPO INTERDISCIPLINARIO
DE REHABILITACIÓN,
SEGUIMIENTO DE LAS
RECOMENDACIONES DEL
MÉDICO TRATANTE,
PRESENTAR INFORME DE
NOVEDADES A LA ENFERMERA
JEFE. CAJA DE ENFERMERIA
COMPUESTA POR :
TENSIOMETRO (DEBIDAMENTE
CALIBRADO BAJO ONAC),
FONENDOSCOPIO, MALETIN
DE CURACIONES (GASAS,
GORROS, TABABOCAS,
ALCOHOL, JABON
QUIRURGICO, SOLUCION
SALINA, JERINGAS, GAFAS,
APOSITOS, MICROPORE),
PULSOXIMETRO,
TERMOMETRO DIGITAL,
GLUCOMETRO, GASAS
ESTERILES, APOSITOS,
SOLUCION SALINA, JELCO,
EQUIPO DE MACROGOTEO Y
MICROGOTEO, TAPON
HEPARINIZADO, GORROS,
GUANTES, TAPABOCAS, BATA
QUIRURGICA, ALGODÓN,
ALCOHOL, JABON
ANTIBACTERIAL, ISOPOS,
BAJALENGUAS, MICROPORE,
GUARDIAN (A NECESIDAD), KIT
DE DERRAMES, FICHAS:
IDENTIFICACION DEL
PACIENTE, 10 CORRECTO DEL
SUMINISTRO DE
MEDICAMENTOS, RELOJ DE
CAMBIO POSICIONES
ESTRICTO AL PACIENTE
ENCAMADO, 5 CORRECTOS
LAVADO DE MANOS,
SEÑALIZACION RIESGO DE
CAIDAS, CARPETA DE
SEGUIMIENTO DE LOS
REGISTROS DE ENFERMERIA .
NOTA DE ENFERMERÍA,

			CONTROL DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, CONTROL DE SIGNOS VITALES, CONSENTIMIENTO INFORMADO, REGISTRO DE ATENCION (FIRMAS), HOJA DE GASTOS DE INSUMOS. CANECA DE RESIDUOS BIOLOGICOS (ROJA) GUARDIAN SEGÚN NECESIDAD. RECOLECCION DE RESIDUOS PATOLOGICOS POR LA EMPRESA DE ASEO EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE	
1	85101	890105	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA	ATENCION (VISITA)DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA -CUIDADOS POR AUXILIAR DE ENFERMERIA - TURNO DE 8 HORAS:
2	500			VALORACION Y ATENCION POR ENFERMERIA EL LA CUAL SE REALICE LA TOMA DE SIGNOS VITALES, ASEO GENERAL DE PACIENTE, CAMBIOS DE POSICIÓN, ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA ORAL O ENDOVENOSO, ASEO DE LA UNIDAD, ASISTENCIA EN EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, PROCEDIMIENTOS DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA EN CASO DE QUE LO REQUIERA EN EL DOMICILIO, APOYO Y ASESORAMIENTO A LOS FAMILIARES PARA EL ENTRENAMIENTO DEL MANEJO DEL PACIENTE, LIMPIEZA DE TRAQUEOSTOMIA, LIMPIEZA DE GASTROSTOMIA, CUIDADOS DE LA Sonda VESICAL, CATETERISTMO VESICAL, CAMBIO DE Sonda, CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS, CONTROL POR CURVAS TERMICAS, APLICACION DE ENEMAS, SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL GRUPO INTERDISCIPLINARIO DE REHABILITACIÓN, SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL MÉDICO TRATANTE, PRESENTAR INFORME DE NOVEDADES A LA ENFERMERA JEFE. CAJA DE ENFERMERIA COMPUESTA POR : TENSIOMETRO (DEBIDAMENTE
				TURN O
				1

			CALIBRADO BAJO ONAC), FONENDOSCOPIO, MALETIN DE CURACIONES (GASAS, GORROS, TABABOCAS, ALCOHOL, JABON QUIRURGICO, SOLUCION SALINA, JERINGAS, GAFAS, APOSITOS, MICROPORE), PULSOXIMETRO, TERMOMETRO DIGITAL, GLUCOMETRO, GASAS ESTERILES, APOSITOS, SOLUCION SALINA, JELCO, EQUIPO DE MACROGOTEO Y MICROGOTEO, TAPON HEPARINIZADO, GORROS, GUANTES, TAPABOCAS, BATA QUIRURGICA, ALGODÓN, ALCOHOL, JABON ANTIBACTERIAL, ISOPOS, BAJALENGUAS, MICROPORE, GUARDIAN (A NECESIDAD), KIT DE DERRAMES, FICHAS: IDENTIFICACION DEL PACIENTE, 10 CORRECTO DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, RELOJ DE CAMBIO POSICIONES ESTRICTO AL PACIENTE ENCAMADO, 5 CORRECTOS LAVADO DE MANOS, SEÑALIZACION RIESGO DE CAIDAS,CARPETA DE SEGUIMIENTO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA . NOTA DE ENFERMERÍA, CONTROL DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, CONTROL DE SIGNOS VITALES, CONSENTIMIENTO INFORMADO, REGISTRO DE ATENCION (FIRMAS), HOJA DE GASTOS DE INSUMOS. CANECA DE RESIDUOS BIOLOGICOS (ROJA) GUARDIAN SEGÚN NECESIDAD. RECOLECCION DE RESIDUOS PATOLOGICOS POR LA EMPRESA DE ASEO EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE		
1 3	85101 500	890105	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA	TURN O	1
			VALORACION Y ATENCION POR ENFERMERIA EL LA CUAL SE REALICE LA TOMA DE SIGNOS VITALES, ASEO GENERAL DE PACIENTE, CAMBIOS DE POSICIÓN,		

ADMINISTRACIÓN DE
MEDICAMENTOS VÍA ORAL O
ENDOVENOSO, ASEO DE LA
UNIDAD, ASISTENCIA EN EL
SUMINISTRO DE ALIMENTOS,
PROCEDIMIENTOS DE LA
AUXILIAR DE ENFERMERIA EN
CASO DE QUE LO REQUIERA
EN EL DOMICILIO, APOYO Y
ASESORAMIENTO A LOS
FAMILIARES PARA EL
ENTRENAMIENTO DEL MANEJO
DEL PACIENTE, LIMPIEZA DE
TRAQUEOSTOMIA, LIMPIEZA
DE GASTROSTOMIA,
CUIDADOS DE LA Sonda
VESICAL, CATETERISMO
VESICAL, CAMBIO DE Sonda,
CONTROL DE LIQUIDOS
ADMINISTRADOS Y
ELIMINADOS, CONTROL POR
CURVAS TERMICAS,
APLICACION DE ENEMAS,
SEGUIMIENTO DE LAS
RECOMENDACIONES
DEL GRUPO
INTERDISCIPLINARIO DE
REHABILITACIÓN,
SEGUIMIENTO DE LAS
RECOMENDACIONES DEL
MÉDICO TRATANTE,
PRESENTAR INFORME DE
NOVEDADES A LA ENFERMERA
JEFE. CAJA DE ENFERMERIA
COMPUESTA POR :
TENSIOMETRO (DEBIDAMENTE
CALIBRADO BAJO ONAC),
FONENDOSCOPIO, MALETIN
DE CURACIONES (GASAS,
GORROS, TABABOCAS,
ALCOHOL, JABON
QUIRURGICO, SOLUCION
SALINA, JERINGAS, GAFAS,
APOSITOS, MICROPORE),
PULSOXIMETRO,
TERMOMETRO DIGITAL,
GLUCOMETRO, GASAS
ESTERILES, APOSITOS,
SOLUCION SALINA, JELCO,
EQUIPO DE MACROGOTEO Y
MICROGOTEO, TAPON
HEPARINIZADO, GORROS,
GUANTES, TAPABOCAS, BATA
QUIRURGICA, ALGODÓN,
ALCOHOL, JABON
ANTIBACTERIAL, ISOPOS,
BAJALENGUAS, MICROPORE,
GUARDIAN (A NECESIDAD), KIT
DE DERRAMES, FICHAS:
IDENTIFICACION DEL
PACIENTE, 10 CORRECTO DEL
SUMINISTRO DE
MEDICAMENTOS, RELOJ DE

PATRIA HONOR LEALTAD

AV. Quebrada Seca No. 33 A - 207 -Bucaramanga - Santander
Conmutador 6915610
Mensajería Electrónica y notificaciones judiciales dmbug2adm2022@gmail.com

1 4	85101 500	890105	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA	<p>CAMBIO POSICIONES ESTRICTO AL PACIENTE ENCAMADO, 5 CORRECTOS LAVADO DE MANOS, SEÑALIZACION RIESGO DE CAIDAS,CARPETA DE SEGUIMIENTO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA . NOTA DE ENFERMERÍA, CONTROL DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, CONTROL DE SIGNOS VITALES, CONSENTIMIENTO INFORMADO, REGISTRO DE ATENCION (FIRMAS), HOJA DE GASTOS DE INSUMOS. CANECA DE RESIDUOS BIOLOGICOS (ROJA) GUARDIAN SEGÚN NECESIDAD. RECOLECCION DE RESIDUOS PATOLOGICOS POR LA EMPRESA DE ASEO EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE</p> <p>ATENCION (VISITA)DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA -CUIDADOS POR AUXILIAR DE ENFERMERIA - TURNO DE 24 HORAS:</p> <p>VALORACION Y ATENCION POR ENFERMERIA EL LA CUAL SE REALICE LA TOMA DE SIGNOS VITALES, ASEO GENERAL DE PACIENTE, CAMBIOS DE POSICIÓN, ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA ORAL O ENDOVENOSO, ASEO DE LA UNIDAD, ASISTENCIA EN EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, PROCEDIMIENTOS DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA EN CASO DE QUE LO REQUIERA EN EL DOMICILIO, APOYO Y ASESORAMIENTO A LOS FAMILIARES PARA EL ENTRENAMIENTO DEL MANEJO DEL PACIENTE, LIMPIEZA DE TRAQUEOSTOMIA, LIMPIEZA DE GASTROSTOMIA, CUIDADOS DE LA SONTA VESICAL, CATETERISTMO VESICAL, CAMBIO DE SONTA, CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS, CONTROL POR CURVAS TERMICAS, APLICACION DE ENEMAS, SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL GRUPO INTERDISCIPLINARIO DE</p>	TURN O	1
--------	--------------	--------	--	---	-----------	---

		REHABILITACIÓN, SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL MÉDICO TRATANTE, PRESENTAR INFORME DE NOVEDADES A LA ENFERMERA JEFE. CAJA DE ENFERMERIA COMPUESTA POR : TENSIOMETRO (DEBIDAMENTE CALIBRADO BAJO ONAC), FONENDOSCOPIO, MALETIN DE CURACIONES (GASAS, GORROS, TABABOCAS, ALCOHOL, JABON QUIRURGICO, SOLUCION SALINA, JERINGAS, GAFAS, APOSITOS, MICROPORE), PULSOXIMETRO, TERMOMETRO DIGITAL, GLUCOMETRO, GASAS ESTERILES, APOSITOS, SOLUCION SALINA, JELCO, EQUIPO DE MACROGOTEO Y MICROGOTEO, TAPON HEPARINIZADO, GORROS, GUANTES, TAPABOCAS, BATA QUIRURGICA, ALGODÓN, ALCOHOL, JABON ANTIBACTERIAL, ISOPOS, BAJALENGUAS, MICROPORE, GUARDIAN (A NECESIDAD), KIT DE DERRAMES, FICHAS: IDENTIFICACION DEL PACIENTE, 10 CORRECTO DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, RELOJ DE CAMBIO POSICIONES ESTRICTO AL PACIENTE ENCAMADO, 5 CORRECTOS LAVADO DE MANOS, SEÑALIZACION RIESGO DE CAIDAS, CARPETA DE SEGUIMIENTO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA . NOTA DE ENFERMERÍA, CONTROL DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, CONTROL DE SIGNOS VITALES, CONSENTIMIENTO INFORMADO, REGISTRO DE ATENCION (FIRMAS), HOJA DE GASTOS DE INSUMOS. CANECA DE RESIDUOS BIOLOGICOS (ROJA) GUARDIAN SEGÚN NECESIDAD. RECOLECCION DE RESIDUOS PATOLOGICOS POR LA EMPRESA DE ASEO EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE		
--	--	---	--	--

15	85101500	890105	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA	TOMA DE MUESTRAS PARA ATENCION (VISITA)DOMICILIARIA: LA MUESTRA DE EXAMENES DE LABORATORIO SE TOMARÁ EN EL DOMICILIO Y SERA RESPONSABILIDAD DE LA EMPRESA CONTAR CON UN LABORATORIO QUE GARANTICE LA CALIDAD Y VERACIDAD EN LOS RESULTADOS; ASI MISMO UBICAR LOS REPORTES EN LA RESIDENCIA DEL PACIENTE. LA TOMA DEL EXAMEN, INCLUYE RECIPIENTES NECESARIO PARA SU MANEJO. ESTE PROCEDIMIENTO SERA PREVIAMENTE AUTORIZADO POR COORDINADOR Y SUPERVISOR DEL PROGRAMA PADE DEL ESMBAS30	EVENTO	1
16	85101500	579401	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO (SONDA) URINARIO (VESICAL) (EN DOMICILIO): PROCEDIMIENTO QUE INCLYE INSUMOS MEDICOS-QUIRURGICO COMO JERINGAS, GUANTES ESTERILES, GUANTES DE EXAMEN, Sonda FOLEY/ NELATON CALIBRE SEGÚN EL CASO, CISTOFLO, GASAS, JABON QUIRURGICO, SOLUCION SALINA, MATERIAL ANESTEISICO, GORRO, TAPABOCAS, GAFAS Y BATA QUIRURGICA (SI LO REQUIERE) Y DEMAS INSUMOS PERTINENTES	EVENTO	1
17	85101500	869500	PROCEDIMIENTO PARA CURACION CON INSUMOS	REALIZADO BAJO INDICACIÓN MÉDICA: ERITEMA CUTÁNEO, CUIDADO DE OSTOMIAS, CAMBIO DE DISPOSITIVO RESERVORIO (BOLSA Y GALLETA DE COLOSTOMIA): LOS PROCEDIMIENTOS DEBERAN INCLUIR LOS INSUMOS NECESARIOS GARANTIZANDO SU MANEJO EFICAZ. REALIZADO POR ENFERMERA JEFE Y POR EVENTO PREVIA AUTORIZACION POR COORDINADOR Y SUPERVISOR DEL PROGRAMA PADE DEL BAS30	SERVICIO	1

1 8	85101 500	869500	PROCEDIM IENTO PARA CURACION ES DE MEDIANA COMPLEJI DAD CON INSUMOS	INDICACIÓN MÉDICA: PÉRDIDA TOTAL DEL ESPESOR DE LA PIEL QUE AFECTA A LA EPIDERMIS, DERMIS O AMBAS. SE PRESENTA COMO UNA ABRASIÓN, O UN CRÁTER PROFUNDO, CON LOS TEJIDOS ADYACENTES EXCAVADOS O NO. INCLUYE TODOS LOS INSUMOS NECESARIOS GARANTIZANDO UN MANEJO EFICAZ REALIZADO POR EVENTO POR ENFERMERA JEFE CON EXPERIENCIA CERTIFICADA EN MANEJO DE HERIDAS. PREVIA AUTORIZACION DE COORDINACION Y SUPERVISION DEL PROGRAMA PADE DEL BAS30	SERVI CIO	1		
1 9	85101 500	869500	PROCEDIM IENTO- CURACION DE MEDIANA COMPLEJIDAD SIN INSUMOS	INDICACIÓN MÉDICA: PÉRDIDA TOTAL DEL ESPESOR DE LA PIEL QUE AFECTA A LA EPIDERMIS, DERMIS O AMBAS. SE PRESENTA COMO UNA ABRASIÓN, O UN CRÁTER PROFUNDO, CON LOS TEJIDOS ADYACENTES EXCAVADOS O NO. INCLUYE TODOS LOS INSUMOS NECESARIOS GARANTIZANDO UN MANEJO EFICAZ. REALIZADO POR EVENTO POR ENFERMERA JEFE CON EXPERIENCIA CERTIFICADA EN MANEJO DE HERIDAS. PREVIA AUTORIZACION DE COORDINACION Y SUPERVISION DEL PROGRAMA PADE DEL BAS30 LOS INSUMOS SERAN TRAMITADOS EN EL ESM BAS30 POR EL FAMILIAR RESPONSABLE	SERVI CIO	1		
2 0	85101 500	869500	PROCEDIMIENTO CURACION ENTEROSTOMAL CON INSUMOS	GASAS, SOLUCION SALINA, TAPABOCA, MICROPORE, ESCAMPELO, APOSITO DUODERM, ACUASEL O PARCHES MEDICADOS SEGÚN PRESCRIPCION MEDICA Y TODO AQUEL INSUMO QUE SE REQUIERA EN EL MOMENTO DEL PROCEDIMEINTO GARANTIZANDO SU MANEJO EFICAZ REALIZADO POR EVENTO POR ENFERMERA JEFE. CON PREVIA AUTORIZACION DE COORDINACION Y SUPERVISION DEL PROGRAMA PADE DEL BAS30	UNIDA D	1		

2 1	85101 500	869500	PROCEDIMIENTO CURACION ENTEROSTOMAL, SIN INSUMOS	GASAS, SOLUCION SALINA, TAPABOCA, MICROPORE, ESCAMPELO, APOSITO DUODERM, ACUASEL O PARCHES MEDICADOS SEGÚN PRESCRIPCION MEDICA Y TODO AQUEL INSUMO QUE SE REQUIERA EN EL MOMENTO DEL PROCEDIMEINTO GARANTIZANDO SU MANEJO EFICAZ REALIZADO POR EVENTO POR ENFERMERA JEFE. CON PREVIA AUTORIZACION DE COORDINACION Y SUPERVISION DEL PROGRAMA PADE DEL BAS30 LOS INSUMOS SERAN TRAMITADOS EN EL ESM BAS30 POR EL FAMILIAR RESPONSIBLE	UNIDA D	1		
2 2	85101 500	960700	PROCEDIM IENTO: COLOCACIÓN O CAMBIO DE Sonda NASOGÁSTRICA CON INSUMOS	EL SERVICIO DEBERA INCLUIR LOS INSUMOS PARA LA COLOCACIÓN DE LA Sonda COMO: Sonda NASO GASTRICA DE ACUERDO A LANECESIDAD DEL PACIENTE, GUANTES LIMPIOS, JERINGA, GASAS, ESPARADRAPO ANTIALERGICO, ALGODÓN, ALCOHOL, XILOCAINA) Y TODO AQUEL QUE SE REQUIERA EN EL MOMENTO DEL PROCEDIMEINTO GARANTIZANDO SU MANEJO EFICAZ. REALIZADA POR EVENTO POR ENFERMERA JEFE, PREVIA AUTORIZACION POR COORDINADOR Y SUPERVISOR DEL PROGRAMA PADE DEL BAS30	SERVI CIO	1		
2 3	85101 500	970100	PROCEDIMIENTO: CAMBIO DE Sonda DE GASTROSTOMIA SIN INSUMOS	EL SERVICIO DEBERA INCLUIR INSUMOS: TALES COMO: SONDA DE GASTROSTOMIA, GUANTES LIMPIOS, GUANTES ESTÉRILES, JERINGAS, GASAS, ALCOHOL, XILOCAINA,) Y TODO AQUEL QUE SE REQUIERA EN EL MOMENTO DEL PROCEDIMEINTO GARANTIZANDO SU MANEJO EFICAZ. SE REALIZARÁ POR EVENTO POR ENFERMERA JEFE. PREVIA AUTORIZACION POR COORDINADOR Y SUPERVISOR DEL PROGRAMA PADE DEL BAS30	SERVI CIO	1		

24	85101500	NO CUPS	SERVICIO DE ALQUIER DE CAMA HOSPITALARIA ELETRICA A 3 PLANOS	SERVICIO DE ALQUIER DE CAMA HOSPITALARIA ELECTRICA A 3 PLANOS	MES	1		
25	85101500	NO CUPS	DILIGENCIAMIENTO DE CERTIFICADO DE DEFUNCION	DILIGENCIAMIENTO DE CERTIFICADO DE DEFUNCION CON DISPONIBILIDAD 24 HORAS	EVENTO	1		
26	85101500	601T02	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE SECUNDARIO	SERVICIO DE TRASLADO BÁSICO DE PACIENTES [TAB]	EVENTO	1		

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

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

GRUPO 1 PARA EL: ESM BISAN15 OCAÑA NORTE DE SANTANDER

No.	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTOS SOPORTE
1	<p>CAPACIDAD DE PRESTAR LOS SERVICIOS</p> <p>CERTIFICADO DE HABILITACIÓN VIGENTE DE LOS SERVICIOS OFERTADOS. La Institución prestadora de servicios de salud, oferente, debe presentar junto con la propuesta, el CERTIFICADO DE HABILITACIÓN VIGENTE DE LOS SERVICIOS OFERTADOS. La Entidad contratante verificara que oferente se encuentre inscrito en el REPS y realizara la evaluación de la totalidad de los servicios habilitados con su correspondiente declaración en el reps, de conformidad con:</p> <p>Artículo 58 de la ley 1438 de 2011</p> <p>Artículo 118 del decreto 019 de 2012</p> <p>Artículo 60 del decreto 1510 de 2013</p> <p>Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del decreto 1082 de 2015</p> <p>Resoluciones 2003 de 2014</p> <p>Resolución 3678 de 2014</p> <p>Resolución 226 de 2015</p> <p>Circular 0036 de 2015</p> <p>Resolución 1416 de 2016</p> <p>Resolución 5158 de 2015</p> <p>Decreto 1011 de 2006</p> <p>Resolución 4445 de 1996</p> <p>Y demás normas que complemente o modifique las anteriores</p>	<p>Certificado firmado por el representante legal de capacidad de prestar los servicios</p> <p>Allegar constancia del sistema de Habilitación</p>

	<p>El 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>	
2	<p>SEDE DEL PROVEEDOR</p> <p>El Proveedor debe acreditar que cuenta MINIMO con una SEDE indicado si es en calidad de arrendatario, propietario o ambas, ubicada en el municipio de ocaña, el cual debe acreditar con el certificado de Existencia y Representación legal y que este vigente registrado en el REPS; en el cual se verificara el domicilio y que cuente los servicios de cuerdo a necesidad. Cabe resaltar que el oferente que no cuente con sede en el municipio de ocaña, podrá aunar esfuerzos a través de consorcio o uniones temporales o una promesa de sociedad futura.</p> <p>EL Comité Técnico evaluador 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.(REPS)</p> <p>El Comité Técnico Evaluador realizara una visita técnica a la sede para verificar tambien su veracidad (si lo estima conveniente).</p>	<p>Certificación firmada por el Representante legal</p>
3	<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>Horarios de atención.</p> <p>Modalidad para la asignación de citas (telefónica y/o presencial, correo electrónico).</p> <p>Dirección y teléfonos (fijos y móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios por parte de referencia en caso de solicitarse servicios prioritarios o en casos de urgencias.</p> <p>Dirección, correo y teléfono de la sede o sucursal que provee el servicio o bien.</p>	<p>Allegar portafolio actualizado en servicios y fecha</p>
4	<p>RECURSO HUMANO</p> <p>La institución prestadora del servicio debe disponer del talento humano necesario y competente para la prestación de los servicios de salud ofertados en las diferentes especialidades en el área de ATENCION DOMICILIARIA, 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 por lo establecido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social.</p> <p>Para esto el oferente debe presentar certificación donde se establezca que al recurso humano que labora en la entidad cumple con los requisitos legales para el ejercicio de la profesión de servicios médicos de ATENCION DOMICILIARIA , al igual que el personal de auxiliares de la salud con que cuenten para la prestación del servicio, Esta certificación debe ser firmada por el representante legal y el jefe de talento humano y/o quien haga sus veces</p> <p>El talento mínimo requerido es:</p> <p>Médico General</p> <p>nutricionista</p>	<p>certificación firmada por el representante donde se establezca que al recurso humano que labora en la entidad cumple con los requisitos legales</p>

	<p>Terapeuta Ocupacional</p> <p>Terapeuta de Lenguaje – Fonoaudióloga</p> <p>Terapeuta Respiratoria</p> <p>Terapeuta Físico</p> <p>Auxiliar de enfermería</p> <p>Jefe de enfermería</p> <p>NOTA: En caso de requerirse un número mayor o menor del personal mínimo establecido en este numeral, el contratista deberá tener en cuenta que en razón a que nuevos pacientes requieran de la prestación del servicio y/o movilización de usuarios o beneficiarios, se requiera ajustar el personal contratado y determinado en este numeral el CONTRATISTA DEBERÁ ACCEDER de conformidad a las instrucciones dadas por la contratante, sin que esto genere costos (adicionales de los ya estipulados) y/o desequilibrio económico por el contratista en razón a que dentro de su oferta debe contemplar esta situación. Hoja de vida numeral 3 del Formato Único HOJA DE VIDA Persona Natural (leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)</p> <p>Fotocopia de la cedula de ciudadanía</p> <p>Fotocopia legible de la tarjeta profesional.</p> <p>Fotocopia legible del diploma de PROFESIONAL con su respectiva acta de grado.</p> <p>Fotocopia legible de la tarjeta de auxiliar de enfermería.</p> <p>Fotocopia legible del diploma de técnico con su respectiva acta de grado.</p> <p>CERTIFICACIONES LABORALES MÍNIMO DE 2 AÑOS DE EXPERIENCIA.</p> <p>NOTA ACLARATORIA: TODA ESTA INFORMACIÓN SERÁ VERIFICADA POR PARTE DEL COMITÉ TÉCNICO LUEGO DE QUE SE HAYA ADJUDICADO EL PROCESO CONTRACTUAL Y ASÍ CORROBORAR SU VERACIDAD, EN CASO DE QUE LA ENTIDAD NO CUMPLE CON LO SOLICITADO SE TOMARA ACCIÓN DE NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO DE ACUERDO CON LA LEGISLACIÓN (Las resoluciones 1798 del 1 de abril de 2019 y 044 y Página 3 de 7 045 del 14 de febrero, mediante las cuales la Agencia Nacional de Contratación Pública” habla sobre “...Ahora, la verificación del personal calificado se realizará una vez adjudicado el contrato. En efecto, en el numeral 7 del Anexo 1 de los Documentos Tipo se lee: «[l]as hojas de vida y soportes del personal vinculado al proyecto serán verificadas una vez se adjudique el contrato y no podrán ser pedidas durante la selección del contratista para efectos de otorgar puntaje o como criterio habilitante”)</p>	
5	<p>SERVICIO DE AMBULANCIA</p> <p>El oferente debe tener habilitado el Servicio de ambulancia o allegar contrato vigente con una empresa de Ambulancias medicalizada y/o básica debidamente habilitada, EN EL CASO DE UN TRASLADO DE PACIENTE POR UNA URGENCIA VITAL, de acuerdo a la Resolución 3100 de 2019 “...la habilitación de los servicios de trasporte asistencial de pacientes se realiza a nivel departamental, siendo competente la secretaria de salud departamental, en ese sentido, y consecuencia, la jurisdicción que tiene el prestador de servicios de trasporte para prestar el servicio es a nivel departamental, esta puede operar en todo el territorio departamental donde realizo la respectiva inscripción...”</p> <p>En caso de que el oferente presente el contrato firmado con una entidad que preste el servicio de transporte asistencial terrestres básico y/o medicalizado el comité técnico evaluador solo verificara en el REPS la habilitación de este por medio del NIT como lo dicta la” Resolución 3100 de 2019”.</p> <p>Resolución 3100 de 2019 “...la habilitación de los servicios de trasporte asistencial de pacientes se realiza a nivel departamental, siendo competente la secretaria de salud</p>	<p>Certificado firmado por el representante legal</p> <p>Anexar copia vigente de los contratos</p>

	<p>departamental, en ese sentido, y consecuencia, la jurisdicción que tiene el prestador de servicios de trasporte para prestar el servicio es a nivel departamental, esta puede operar en todo el territorio departamental donde realizo la respectiva inscripción</p> <p>Deberá llegar una carta suscrita y firmada por el representante legal donde se comprometerá que en caso de requerir el servicio de traslado asistencial su tiempo de respuesta no superará los 50mts al llamado.</p>	
6	<p>PROTOCOLOS:</p> <p>Protocolos y procedimientos del paciente domiciliario por enfermería.</p>	<p>Certificado firmado por el representante legal y/o departamento de calidad</p>
7	<p>MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS.</p> <p>Ya que Dentro de los Ítems que corresponde al servicio y manejo de residuos, si bien es cierto no son servicios médicos, el oferente debe hacerse responsable del manejo, recolección y transporte de los residuos producidos por la atención médica y paramédica de los usuarios pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria del Ejército (PADE). El oferente debe presentar una certificación suscrita por el representante legal, donde queden registrados cumplirá con los siguientes puntos obligatorios por parte de la empresa gestor o receptor de desechos o residuos peligrosos así:</p> <p>Contar con canecas de residuos en cada domicilio de acuerdo al requerimiento de cada paciente.</p> <p>Transportar residuos generados en la atención en salud y otras actividades que estén debidamente clasificados, embalados, envasados y etiquetados de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, deberán presentar los procedimientos para la actividad.</p> <p>Entregar la totalidad de los residuos o desechos peligrosos al gestor autorizado para el almacenamiento, tratamiento, aprovechamiento y/o disposición final que sea definido por el generador, se verificaran actas desactivación final.</p> <p>Realizar las actividades de lavado y desinfección de los vehículos en que se hayan transportado residuos o desechos peligrosos en lugares que cuenten con todos los permisos ambientales y sanitarios a que haya lugar, se verificara protocolos de limpieza y desinfección de vehículos.</p> <p>En casos en que la empresa preste el servicio de embalado y etiquetado de residuos o desechos peligrosos a un generador, debe realizar estas actividades de acuerdo con los requisitos establecidos en la normatividad vigente. Se verificará certificaciones.</p> <p>Asumir el costo del almacenamiento, tratamiento, y/o disposición final de los residuos peligrosos generados en la atención en salud y otras actividades, que se encuentre transportando, si una vez efectuada la verificación de la autoridad competente, no se encuentra en capacidad de demostrar quién es el remitente y/o propietario de estos, se verificaran acta de compromiso</p> <p>Entregar al generador un comprobante de recolección de los residuos o desechos peligrosos con riesgo biológico o infeccioso. Se verificarán manifiestos de recolección residuos hospitalarios.</p> <p>Contar con un plan de contingencia actualizado para atender cualquier accidente o eventualidad que se presente en el transporte de residuos y personal capacitado y entrenado para su implementación. Se verificará plan de contingencia.</p>	<p>certificación firmada por el representante legal Y contrato de convenio de manejo de resididos peligrosos</p> <p>Anexar copia vigente de los contratos</p>

	<p>Cumplir con las disposiciones establecidas en el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras actividades. Se verificará PGHRS en medio magnético.</p> <p>El carro de transporte debe cumplir la normatividad vigente kit antiderrame, licencia conducción, permisos correspondientes para transporte.</p> <p>Para transporte de riesgo biológico se deberá realizar en bolsas rotuladas y con la capacidad adecuada correspondientes a la normatividad aplicable:</p> <p>Licencia ambiental de autorización para el transporte, recolección y destinación final de los desechos hospitalarios emitido por la autoridad ambiental competente o quien expida este documento para la región.</p> <p>Certificado por escrito firmado por el representante legal donde garantice el adecuado tratamiento o disposición final de los residuos biológicos con las normatividades legales existentes; garantizara el transporte seguro de dichos residuos según la normatividad legal decreto 351/14 y decreto 1609/02.</p>	
8	<p>CERTIFICACIÓN DE COBERTURA GEOGRÁFICA</p> <p>El oferente deberá presentar con su oferta CERTIFICACIÓN DE COBERTURA GEOGRÁFICA EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER, AREA RURAL Y URBANA, firmada por Representante Legal.</p> <p>NOTA: Las anteriores deben quedar establecidas o incorporadas en el texto de las minutas de contrato que se suscriban.</p>	Certificado firmado por el representante legal
9	<p>COORDINADOR REQUERIDO Y LINEA TELEFONICA</p> <p>Disponer de una persona exclusiva encargada de la Coordinación y una línea telefónica directa para garantizar el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre procedimientos tratamientos, quejas, programaciones y en general para la atención de los pacientes. El oferente debe garantizar una línea para activar código azul o emergencias que se puedan presentar en el domicilio la cual tendrá disponibilidad las 24 horas del día los 7 días de la semana.</p>	certificación firmada por el representante legal
10	<p>MANUALES</p> <p>Deberá allegar Manual de Procedimientos y Protocolos de Manejo aceptados en salud para el manejo de los pacientes y manual de procesos y protocolos de enfermería en atención domiciliaria de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio.</p>	
11	<p>INDICADORES DE CALIDAD</p> <p>Allegar copia de los Indicadores de calidad en salud reportados a la Superintendencia Nacional de Salud y los establecidos en el PAMEC institucional.</p>	

12	<p>CONDICIONES DEL SERVICIO</p> <p>En caso de fallecimiento del paciente la entidad no debe facturar ni cobrar las órdenes no ejecutadas, debe informar inmediatamente al Comité de atención domiciliaria y hacer llegar copia de las órdenes de servicio no realizadas a la coordinación del programa de atención domiciliaria.</p> <p>En caso de defunción de un paciente que este siendo manejado por la empresa, el contratista deberá realizar los trámites pertinentes.</p> <p>Se debe garantizar el manejo de la historia clínica de cada paciente, con sus respectivos registros profesionales, evolución y manejo.</p> <p>Las terapias respiratorias deben ser realizadas por el profesional en Terapia Respiratoria.</p> <p>Las enfermeras y demás profesionales deben tener sus equipos básicos para el manejo de signos vitales.</p> <p>Formular, de acuerdo con las políticas y criterios establecidos mediante Acuerdo 052 de 2013 del Consejo Superior de Sanidad Militar y Policial o normas que lo modifiquen. Directiva Permanente 0041 del 2016.</p> <p>El Auxiliar de enfermería asignado deberá realizar Capacitación a cuidador encargado del paciente.</p> <p>Previo diagnóstico médico de la lesión o herida que requiera algún tipo de curación, la Enfermera Jefe debe presentar el plan de tratamiento al coordinador del programa para su autorización.</p> <p>De no contar con la presencia de cuidador familiar en el domicilio del paciente el servicio de auxiliar de enfermería no será prestado eventualmente y debe ser informado de inmediato al coordinador del programa del DMBUG.</p> <p>El personal técnico y profesional deberá portar identificación visible de la entidad que representa, con la debida presentación personal (uniforme antifuído, bata, calzado antideslizante, enfermería deberá portar toca y cabello recogido).</p> <p>Los cateterismos vesicales, aspiración de secreciones, la colocación de enema, las curaciones de baja y mediana complejidad, la toma de glucometrías, así como la administración de medicamentos a horario, toma de signos vitales, entre otras funciones de enfermería hacen parte de las funciones a realizar por el Auxiliar de enfermería durante su turno y no deben ser cobrados como evento.</p> <p>Todo el personal deberá estar capacitado en humanización del servicio.</p> <p>El contratista deberá asumir todos los elementos e insumos necesarios para la prestación del servicio y el cumplimiento de las medidas de seguridad para el pago se debe pasar la correspondiente facturación de estos, de acuerdo a orden médica y servicios que se les mando a cada paciente</p> <p>Cumplimiento de disponibilidad en horarios de atención</p> <p>El oferente debe presentar certificación firmada por el representante legal en la que manifiesta conocer los lineamientos de calidad de la CARTILLA DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN y así mismo garantizar el cumplimiento de estos.</p>	<p>El oferente debe certificar por escrito y entregar junto con la propuesta en único documento donde se compromete a lo siguiente:</p>
13		

GRUPO 2 PARA EL: ESM BIROV 13 PAMPLONA NORTE DE SANTANDER

No.	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTOS SOPORTE
1	<p>CAPACIDAD DE PRESTAR LOS SERVICIOS</p> <p>Deberá allegar la constancia de habilitación del Sistema Único de Habilitación, la cual deberá estar vigente al momento de presentación de ofertas y durante la ejecución del contrato, de acuerdo a la resolución 3100 del 2019 y demás normas que le apliquen.</p> <p>EL Comité Técnico evaluador 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. (REPS)</p>	<p>Certificado firmado por el representante legal de capacidad de prestar los servicios</p> <p>Allegar constancia del sistema de Habilitación</p>
2	<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 BIROV 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, previa cotización del servicio requerido y con aval del supervisor del contrato.</p>	<p>Certificación firmada por el Representante legal</p>
3	<p>PARA EL LISTADO DE MEDICAMENTOS Y EL LISTADO DE INSUMOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS (PARA TODOS LOS SERVICIOS)</p> <p>El oferente deberá presentar junto a su oferta certificación firmada por representante legal donde certifica tener y cumplir con lo siguiente:</p> <p>La institución tiene un listado que incluye todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dicho listado debe incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y presentación comercial, según lo establecido en el Decreto 2200 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. Para dispositivos médicos un listado que incluya nombre genérico o marca del dispositivo, presentación comercial, registro sanitario, vida útil, si aplica, y clasificación de acuerdo con el riesgo, según lo establecido en el Decreto 4725 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.</p> <p>Se tienen definidas las especificaciones técnicas para la adquisición y se aplican procedimientos técnicos para almacenamiento y distribución de medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico y en general los insumos asistenciales que utilice la institución.</p> <p>Los procedimientos de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos incluyen la verificación del registro expedido por el INVIMA y el programa de fármaco vigilancia y tecnovigilancia.</p>	<p>Certificación firmada por el Representante legal</p>

	<p>Los medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico y en general los insumos asistenciales que utilice la institución, se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante y se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento y las fechas de vencimiento. En todo caso deberán contar con un instrumento para medir y controlar la humedad y la temperatura.</p> <p>Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se rehúsen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de rehúso de dispositivos médicos, los prestadores podrán rehusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que no implica reducción de la eficacia para la cual se utiliza el dispositivo médicos ni riesgos de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.</p> <p>En caso de elaborar mezclas de medicamentos oncológicos, nutriciones parenterales, ajuste de concentración de dosis prescritas y preparaciones magistrales y cada uno de los procesos que realice, deberá cumplir con el Decreto 2200 de 2005 o demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, el modelo de gestión y demás normas vigentes sobre buenas prácticas de manufactura cuya vigilancia le compete al INVIMA o la Entidad Territorial correspondiente según el caso.</p>	
4	<p>SEDE DEL PROVEEDOR (SERVICIOS MEDICOS)</p> <p>El Proveedor debe acreditar que cuenta por lo menos con una sede en la ciudad de Pamplona, 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 de Pamplona podrá aunar esfuerzos a través de consorcio o uniones temporales o una promesa de sociedad futura.</p> <p>Demostrar la tenencia y clase de equipos que utilizará en la prestación de los servicios y su diagnóstico (Garantía de disponibilidad). 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 destinara para la prestación de los servicios.</p> <p>Este requisito será verificado a través de visita técnica, durante el término de la evaluación</p>	<p>Certificación firmada por el Representante legal de la sede</p> <p>Allegar cámara de comercio certificado de Existencia y Representación legal</p> <p>Certificación firmada por el Representante Legal de la IPS en la que conste la existencia y disponibilidad de los equipos médicos</p>
5	<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>Horarios de atención.</p> <p>Modalidad para la asignación de citas (telefónica y/o presencial, correo electrónico).</p>	<p>Allegar portafolio actualizado en servicios y fecha</p>

	<p>Dirección y teléfonos (fijos y móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios por parte de referencia en caso de solicitarse servicios prioritarios o en casos de urgencias.</p> <p>Dirección, correo y teléfono de la sede o sucursal que provee el servicio o bien.</p>	
6	<p>RECURSO HUMANO</p> <p>La institución prestadora del servicio debe disponer del talento humano necesario y competente para la prestación de los servicios de salud ofertados en las diferentes especialidades en el área de ATENCION DOMICILIARIA , 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 por lo establecido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social.</p> <p>Para esto el oferente debe presentar certificación donde se establezca que al recurso humano que labora en la entidad cumple con los requisitos legales para el ejercicio de la profesión de servicios médicos de ATENCION DOMICILIARIA , al igual que el personal de auxiliares de la salud con que cuenten para la prestación del servicio, Esta certificación debe ser firmada por el representante legal y el jefe de talento humano y/o quien haga sus veces</p> <p>El talento mínimo requerido es:</p> <p>médico general</p> <p>Jefe de enfermería</p> <p>Auxiliar de enfermería</p> <p>Equipo de rehabilitación:</p> <p>Terapeuta Respiratorio</p> <p>Terapeuta Físico</p> <p>Terapeuta ocupacional</p> <p>Terapeuta de Lenguaje</p> <p>.</p>	<p>certificación firmada por el representante donde se establezca que al recurso humano que labora en la entidad cumple con los requisitos legales</p>
7	<p>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA Y PROTOCOLOS ATENCIÓN</p> <p>Allegar la información documentada de los procesos de atención de acuerdo con la Resolución 3100 del 2019 o aquella que la derogue o sustituya (no mayor a 5 años).</p> <p>Tales como Manual de Procedimientos y Protocolos de Manejo de las primeras diez (10) causas de morbilidad de los servicios solicitados objeto de la contratación que se adelanta, entre otros que se solicite.</p>	<p>Anexar las guías de atención de pacientes en el área de ATENCION DOMICILIARIA</p>
8	<p>ACCESIBILIDAD</p> <p>El oferente debe presentar certificación firmada por el representante legal en la que garantiza que los servicios acordados se encuentren dentro de los atributos de accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad con el propósito de proteger, defender y dar seguridad a la vida y salud de los usuarios y se compromete a:</p>	<p>certificación firmada por el representante legal</p>

	<p>La oportunidad de atención de los pacientes del servicio ambulatorio no debe ser mayor a 8 días hábiles una vez radicada la solicitud (cita programada).</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>	
9	<p>SERVICIO DE AMBULANCIA</p> <p>Debido a que, a la población beneficiaria de estos procesos, son pacientes de alto riesgo, se hace necesario que el oferente cuente con el Servicio de Ambulancia para casos de urgencia vital, serán atendidos conforme a las normas expedidas por el ministerio de la protección social en concordancia con las disposiciones definidas en las circulares y resoluciones expedidas por la superintendencia nacional de salud y disposiciones internas del subsistema de salud de fuerzas militares. Resolución 3100 de 2019 "...la habilitación de los servicios de transporte asistencial de pacientes se realiza a nivel departamental, siendo competente la secretaria de salud departamental, en ese sentido, y consecuencia, la jurisdicción que tiene el prestador de servicios de transporte para prestar el servicio es a nivel departamental, esta puede operar en todo el territorio departamental donde realizo la respectiva inscripción..."</p> <p>Anexar contrato vigente y/o certificación con una empresa de Ambulancias, la cual debe adjuntar la respectiva habilitación de la empresa de ambulancia, esto es para el caso de un traslado de paciente por una urgencia vital.</p>	<p>Certificado firmado por el representante legal</p> <p>Anexar copia vigente de los contratos</p>
10	<p>El oferente deberá presentar junto a su oferta certificación firmada por representante legal donde garantiza que:</p> <p>Cuenta con requisitos esenciales como, actas de compromiso, condiciones sanitarias y cumplimiento acordadas con el ente territorial de salud respectivo, tener implementando su sistema de garantía de calidad y un sistema de información gerencial y bioestadística acorde con las exigencias definidas por el Ministerio de la Protección Social (CONCEPTO SANITARIO POR ENTE TERRITORIAL)</p> <p>El oferente debe tener suficiencia científica, técnica económica y administrativa, que garantice la prestación de los servicios objeto del presente contrato a los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>El oferente informará al supervisor del contrato y a la oficina de cartera del DMBUG dentro de los primeros 5 (cinco) días del mes, el consumo mensual con el porcentaje de ejecución del contrato.</p> <p>La facturación deberá venir acompañada con los respectivos RIPS y CUPS, en medio magnético.</p> <p>La institución contratista estará en la obligación de solucionar en forma oportuna e inmediata todas las peticiones, quejas y reclamos que se presenten, enviando informe mensual con sus respectivos planes de mejora al correo que asigne el supervisor.</p> <p>Si eventualmente no se tiene la disponibilidad de los servicios contratados por la demanda, el contratista deberá asegurar el servicio que oferte si es del caso deberá recurrir a todas las instituciones de su propia red de servicios para cumplir con la oportunidad establecida, deberá ceñirse a lo regulado por la superintendencia nacional de salud mediante circular 066 de 2010 o norma que la modifique evitando practicas inseguras por subcontratación o intermediación. En todo caso garantizando igual o mejores condiciones de calidad, oportunidad y pertinencia a las ofertadas y respondiendo integralmente de la prestación de esos servicios ante la Dirección de Sanidad Ejército y el Dispensario Médico.</p>	<p>certificación firmada por el representante legal</p>

11	Certificación firmada por el Representante legal que contara con un sistema de Auditoría interna que este en contacto con el Auditor de Cuentas delegado por el Área de Sanidad Santander para el control y supervisión del contrato.	certificación firmada por el representante legal
12	Cumplir con el sistema obligatorio de garantía de calidad de acuerdo con el decreto 780 del 2016, así como con los requisitos mínimos esenciales (Cumplimiento de los estándares de habilitación según resolución 3100 de 2019 anexo técnico # 1, estos serán objeto de verificación por parte del área de Sanidad DMBUG-BIROV) y las condiciones sanitarias, que fijen las autoridades competentes tanto de orden Nacional como territorial. El oferente debe acreditar con el manual de Calidad Institucional	certificación firmada por el representante legal a acreditando el manual de calidad
13	Certificación firmada por el representante legal que cumple con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social y las normas sanitarias vigentes.	certificación firmada por el representante legal
14	Contar con un sistema estructurado de referencia, contrarreferencia y atención al usuario, cuyo proceso y operación será informado al contratante. El oferente debe acreditar con el manual de Referencia y Contrarreferencia de acuerdo con la Resolución 3100 de 2019 y la Circular 008 del 2018 para lo relacionado con atención al usuario	certificación firmada por el representante legal
15	Contar con un programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud de acuerdo con la Circular 012 del 2016 El oferente debe acreditar con el Documento PAMEC (PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD)	certificación firmada por el representante legal anexando el PAMEC
16	MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS. Certificado o contrato del Registro Generadores de Residuos Peligrosos ante empresa de manejo de gestión integral de residuos; aprobado por la autoridad ambiental El oferente debe presentar una certificación suscrita por el representante legal, de compromiso para recoger del domicilio transportar y asumir el gasto de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades que estén debidamente clasificados, embalados, envasados y etiquetados de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, además donde queden registrados el cumplimiento de los siguientes puntos obligatorios por parte de la empresa gestor o receptor de desechos o residuos peligrosos así: Transportar residuos generados en la atención en salud y otras actividades que estén debidamente clasificados, embalados, envasados y etiquetados de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente. Entregar la totalidad de los residuos o desechos peligrosos al gestor autorizado para el almacenamiento, tratamiento, aprovechamiento y/o disposición final que sea definido por el generador, se verifcaran actas desactivación final. Realizar las actividades de lavado y desinfección de los vehículos en que se hayan transportado residuos o desechos peligrosos en lugares que cuenten con todos los permisos	certificación firmada por el representante legal Y contrato de convenio de manejo de resididos peligrosos Anexar copia vigente de los contratos

	<p>ambientales y sanitarios a que haya lugar, se verificara protocolos de limpieza y desinfección de vehículos.</p> <p>En casos en que la empresa preste el servicio de embalado y etiquetado de residuos o desechos peligrosos a un generador, debe realizar estas actividades de acuerdo con los requisitos establecidos en la normatividad vigente. Se verificará certificaciones.</p> <p>Asumir el costo del almacenamiento, tratamiento, y/o disposición final de los residuos peligrosos generados en la atención en salud y otras actividades, que se encuentre transportando, si una vez efectuada la verificación de la autoridad competente, no se encuentra en capacidad de demostrar quién es el remitente y/o propietario de los mismos, se verificaran acta de compromiso</p> <p>Entregar al generador un comprobante de recolección de los residuos o desechos peligrosos con riesgo biológico o infeccioso. Se verificarán manifiestos de recolección residuos hospitalarios.</p> <p>Contar con un plan de contingencia actualizado para atender cualquier accidente o eventualidad que se presente en el transporte de residuos y personal capacitado y entrenado para su implementación. Se verificará plan de contingencia.</p> <p>Cumplir con las disposiciones establecidas en el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras actividades. Se verificará PGHRS en medio magnético.</p> <p>El carro de transporte debe cumplir la normatividad vigente kit antiderrame, licencia conducción, permisos correspondientes para transporte.</p> <p>Para transporte de riesgo biológico se deberá realizar en bolsas rotuladas y con la capacidad adecuada correspondientes a la normatividad aplicable:</p> <p>Licencia ambiental de autorización para el transporte, recolección y destinación final de los desechos hospitalarios emitido por la autoridad ambiental competente o quien expida este documento para la región.</p> <p>Certificado por escrito firmado por el representante legal donde garantice el adecuado tratamiento o disposición final de los residuos biológicos con las normatividades legales existentes; garantizara el transporte seguro de dichos residuos según la normatividad legal decreto 351/14 y decreto 1609/02.</p>	
17	El oferente debe presentar certificación firmada por el representante legal de compromiso a diligenciar a través de sus especialistas los formatos establecidos por la Dirección de Sanidad para justificar procedimientos y medicamentos que requieran aprobación por parte del Comité Técnico Científico del Nivel Central	certificación firmada por el representante legal
18	El oferente debe presentar certificación firmada por el representante legal de compromiso de diligenciar los formatos establecidos por la Dirección de Sanidad para diligenciar los conceptos médicos para los trámites de junta médica laboral, por parte de sus especialistas	certificación firmada por el representante legal
19	El oferente debe presentar certificación firmada por el representante legal de compromiso de hacer llegar los RIPS de las cuentas mensualmente a la firma auditora y al Establecimiento de Sanidad Militar BIROV	certificación firmada por el representante legal
20	El oferente debe presentar certificación firmada por el representante legal de compromiso que los controles con especialista con un máximo de 4 meses y no mensualmente a no ser causa extremadamente justificada	certificación firmada por el representante legal

21	El oferente debe suministrar mensualmente RIPS del personal atendido a la Dirección y Subdirección del Establecimiento de Sanidad Militar BIROV, esm.pamplona@gmail.com	certificación firmada por el representante legal																				
22	<p>El Oferente de manera mensual debe realizar el reporte de indicadores de calidad, alerta temprana, y gestión, tanto para la prestación de servicios de salud, entrega de dispositivos, medicamentos o insumos a los usuarios de Sanidad Militar. Deben hacer el envío de los indicadores de acuerdo a la norma y de gestión interna de cada IPS maneje dentro del siguiente formato:</p> <table><tr><th colspan="5">OPORTUNIDAD EN ASIGNACIÓN DE CITAS, PROCEDIMIENTOS O ENTREGA DE ADITIVOS, INSUMOS O MEDICAMENTOS</th></tr><tr><th>ESPECIALIDAD</th><th>NOMBRE IPS</th><th>META DE INDICADOR IPS</th><th>OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITA, ENTREGA O REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO</th><th>NÚMERO DE SERVICIOS RECIBIDOS POR ESPECIALIDAD</th></tr><tr><td>EJEMPLO: MEDICINA GENERAL</td><td>ARCO IRIS</td><td>3 DÍAS</td><td>3</td><td>2587</td></tr><tr><td>EJEMPLO: CESAREA PROGRAMADA</td><td>ARCO IRIS</td><td>15 DÍAS</td><td>10</td><td>352</td></tr></table> <p>Así mismo, solicitamos que la información de manera mensual sea enviada al correo de Garantía de la Calidad, , calidadesmbas30@gmail.com , esm.pamplona@gmail.com para el departamento de Norte Santander.</p>	OPORTUNIDAD EN ASIGNACIÓN DE CITAS, PROCEDIMIENTOS O ENTREGA DE ADITIVOS, INSUMOS O MEDICAMENTOS					ESPECIALIDAD	NOMBRE IPS	META DE INDICADOR IPS	OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITA, ENTREGA O REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO	NÚMERO DE SERVICIOS RECIBIDOS POR ESPECIALIDAD	EJEMPLO: MEDICINA GENERAL	ARCO IRIS	3 DÍAS	3	2587	EJEMPLO: CESAREA PROGRAMADA	ARCO IRIS	15 DÍAS	10	352	certificación firmada por el representante legal
OPORTUNIDAD EN ASIGNACIÓN DE CITAS, PROCEDIMIENTOS O ENTREGA DE ADITIVOS, INSUMOS O MEDICAMENTOS																						
ESPECIALIDAD	NOMBRE IPS	META DE INDICADOR IPS	OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITA, ENTREGA O REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO	NÚMERO DE SERVICIOS RECIBIDOS POR ESPECIALIDAD																		
EJEMPLO: MEDICINA GENERAL	ARCO IRIS	3 DÍAS	3	2587																		
EJEMPLO: CESAREA PROGRAMADA	ARCO IRIS	15 DÍAS	10	352																		
23	<p>CERTIFICADO DE SUFICIENCIA</p> <p>Allegar Certificado que soporte la suficiencia para prestar los servicios que se contratan (capacidad instalada vs población a atender) suscrito por el representante legal que cumpla con los requisitos mínimos de habilitación definidos en el Decreto 1011 y anexo técnico uno (1) de la resolución 1043 del Ministerio de Protección Social de 2006.</p>	Certificado firmado por el representante legal																				
24	<p>CERTIFICACIÓN DE COBERTURA GEOGRÁFICA</p> <p>El oferente deberá presentar con su oferta CERTIFICACIÓN DE COBERTURA GEOGRÁFICA EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER, AREA RURAL Y URBANA, firmada por Representante Legal.</p> <p>NOTA: Las anteriores deben quedar establecidas o incorporadas en el texto de las minutas de contrato que se suscriban.</p>	Certificado firmado por el representante legal																				
25	<p>EXPERIENCIA</p> <p>El oferente deberá acreditar experiencia con un mínimo de condiciones, que van desde requerimientos generales hasta requerimientos específicos, los cuales son adecuados y proporcionales al objeto del contrato a ejecutar, a la magnitud y a la finalidad de la Entidad, la</p>	Certificado firmado por el representante legal																				

	<p>cual busca un contratista que cuente con la experiencia suficiente en la realización de labores iguales o similares al objeto contractual. Se busca que quienes formulen propuesta, sean oferentes que gracias a su experiencia cuenten con solidez, posicionamiento y permanencia en el mercado.</p>	
26	<p>EXPERIENCIA PROPONENTE</p> <p>El oferente deberá adjuntar certificación acreditando el haber celebrado y ejecutado a la fecha del cierre del proceso, mínimo DOS (2) contrato que su valor, o en la sumatoria de varios, sea igual o superior al Cien por Ciento (100%) del Presupuesto oficial de cada grupo del presente proceso de contratación. Lo anterior se verificará diligenciando el Formulario EXPERIENCIA DEL PROPONENTE y a través de certificaciones que deben contener como mínimo la siguiente información:</p> <p>Nombre o razón social de la empresa o persona contratante del servicio.</p> <p>NIT de la empresa contratante.</p> <p>Cargo de quien expide la certificación.</p> <p>Fecha de la certificación.</p> <p>Nombre o razón social del contratista.</p> <p>Objeto del contrato.</p> <p>Fecha de terminación del contrato o plazo del contrato.</p> <p>Valor del Contrato.</p> <p>La Entidad verificara la información suministrada por los oferentes a través del documento soporte. Si se advierten discrepancias entre dicha información y lo establecido por el DMBUG, la propuesta será objeto de rechazo, sin perjuicio de las demás actuaciones que se promuevan. Los documentos soporte en su contenido deben ser totalmente legibles. En caso de requerir aclaraciones sobre los datos contenidos en los documentos soporte, el DMBUG las podrá solicitar al proponente, quien contará con el término establecido en el cronograma del proceso para suministrarlas.</p> <p>Si son contratos realizados bajo la modalidad de consorcio o de unión temporal, el DMBUG, tomara para la verificación, el porcentaje (%) de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del consorcio o de una unión temporal, y luego sumara el valor obtenido para así establecer el total acreditado. Para lo anterior, deberá presentar el documento que acredito la conformación del consorcio o de la unión temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato.</p> <p>El proponente y TODOS LOS MIEMBROS DEL CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL, que vayan a proveer los bienes del presente proceso de selección, trátase de personas naturales o jurídicas, deben encontrarse registrados en el Registro Único de proponentes de la Cámara de Comercio, de acuerdo con el artículo 22 de la Ley 80 de 1993, Art. 6 de la Ley 1150 de 2007 modificado por el artículo 221 del Decreto Ley 019 de 2012 y Título VI del Decreto 1510 de 2013, para el caso de uniones temporales, consorcios o promesa de sociedad futura la experiencia podrá ser certificada sumando los contratos ejecutados por dichos integrantes.</p> <p>Tratándose de personas jurídicas extranjeras de naturaleza pública o privada, sin domicilio en Colombia, no se requerirá su inscripción en el RUP, teniendo en cuenta lo previsto en el Decreto 1510 de 2013, tal calidad se debe acreditar mediante el RUP del país de origen, su</p>	<p>.Certificado firmado por el representante legal</p>

	equivalente o certificación consularizados de que en dicho país no se exige tal actividad administrativa.	
27	El contratista debe tener suficiencia científica, técnica y administrativa que garantice la prestación de servicios, objeto del contrato a los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.	certificación firmada por el representante legal
28	<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 BIROV 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>	certificación firmada por el representante legal

ARTICULO SEGUNDO: EL presente ACTO ADMINISTRATIVO rige a partir de la fecha de su expedición.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente no proceden recursos.

ARTICULO CUARTO: Publíquese en el Portal de Colombia Compra Eficiente – SECOP II www.colombiacompra.gov.co.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Bucaramanga veinticinco (25) de junio de dos mil Veinticuatro (2024)

ORIGINAL DEBIDAMENTE FIRMADO
Mayor. **MY JORGE EDWIN PARRALES SOLARTE**
Ordenador del Gasto Dispensario Médico de Bucaramanga

ORIGINAL DEBIDAMENTE FIRMADO
Cabo Segundo. **LINDA JANNETH LOZADA PABON**
Estructurador técnico ESM BISAN GRUPO 1

ORIGINAL DEBIDAMENTE FIRMADO
SV CARLOS ANTONIO ARRIETA PACHECO
Estructurador técnico ESM BIROV GRUPO