MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONALIRECION DE SANIDAD
ESPCO CLINICA DEUIL
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD HUILA

No-S-2024 066618 **/ESPCO- GASIS – 3.1**

Neiva, 28 de Junio de 2024

Señor teniente
DITIER ALEXANDER BENAVIDES SOGAMOSO
Jefe Grupo de Contratos
Carrera 22 sur N° 26A - 21 B/Fronteras del Milenio
Neiva

Asunto: Evaluación Técnica proceso contratación **PN RASES No 2 MIC 027 2024**

De manera atenta y respetuosamente me permito hacer entrega de evaluación técnica para el proceso de contratación **PN RASES No 2 MIC 027 2024, "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL DOMICILIO DE PACIENTE CONFORME AL ANEXO TECNICO ORIENTADOS A GARANTIZAR LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA",** se procede a evaluar propuesta presentada por entidad: **SALUD VITAL DEL HUILA IPS** NIT **900.314.301-5**

El resultado de la evaluación así:

VERIFICACION TECNICA

ESPECIFICACIONES TECNICAS MINIMAS

ITEM	CODIGO CUPS	DESCRIPCION DEL SERVICIO	FRECUENCIA	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACION
1	89.0.1.05	**ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERÍA:** incluye cuidados del paciente, baño, toma de signos vitales, cambios de posiciones, administración de medicamentos, curaciones, vigilar permeabilidad de venas, estomas, toma de muestras, traqueotomías, ventilación y cuidado de la unidad entre otras actividades de dicho servicio, educación a cuidadores. EN LA CIUDAD DE NEIVA. La cobertura incluye zona urbana y zona rural del municipio	1 hora	X		
			4 horas	X		
			6 horas	X		
			8 horas	X		
			12 horas	X		
			24 horas	X		
2	89.0.1.05	**ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERÍA:** incluye cuidados del paciente, baño, toma de signos vitales, cambios de posiciones, administración de medicamentos, curaciones, vigilar permeabilidad de venas, estomas, toma de muestras, traqueotomías, ventilación y cuidado de la unidad entre otras actividades de dicho servicio, educación a cuidadores EN LA MUNICIPIOS (PITALITO-GARZON- PLATA) La cobertura incluye zona urbana y zona rural del municipio	2 horas	X		
			4 horas	X		
			6 horas	X		
			8 horas	X		
			12 horas	X		
			24 horas	X		
3	89.0.1.05	SERVICIO ASISTENCIA POR SERVICIO DE **JEFE DE ENFERMERIA:** Personal acorde a las necesidades, garantizando la educación o a los cuidadores o familiares de los pacientes, cumpliendo con los horarios, presentación personal adecuada, conocimiento sobre procedimientos asistenciales de salud, como toma de muestras, aplicación de medicamentos, curaciones, cambios de sonda, cuidados estomas y básicos. EN LA CIUDAD DE NEIVA. La cobertura incluye zona urbana y zona rural del municipio.	Valoración y procedimientos	X		
4		SERVICIO **ASISTENCIA POR SERVICIO DE ENFERMERIA:** Administración de medicamentos, según criterio médico, toma de muestras, entre otras actividades de dicho servicio, educación a	Aplicación y seguimiento a medicamentos	X		

		cuidadores. EN LA CIUDAD DE NEIVA. La cobertura incluye zona urbana y zona rural del municipio.				
5	89.0.1.01	SERVICIO DE **MÉDICO GENERAL** DOMICILIARIO: médico para valoración integral de paciente en casa con dependencia funcional. EN LA CIUDAD DE NEIVA. La cobertura incluye zona urbana y zona rural del municipio.	Valoración y seguimiento.	X		
6	89.0.1.06	**SERVICIO DE NUTRICIONISTA DOMICILIARIO** para valoración de paciente en casa con dependencia funcional. EN LA CIUDAD DE NEIVA. La cobertura incluye zona urbana y zona rural del municipio.	Valoración y seguimiento	X		
7		**SERVICIO DE VISITA DOMICILIARIA POR PSICOLOGÍA** para valoración e intervención de paciente en casa con dependencia funcional. EN LA CIUDAD DE NEIVA. La cobertura incluye zona urbana y zona rural del municipio.	Valoración y consulta	X		
8	89.0.1.11	**ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA:** Aplicación de conductas según diagnostico terapéutico. EN LA CIUDAD DE NEIVA. La cobertura incluye zona urbana y zona rural del municipio.	Sesión de terapia	X		
9	89.0.1.11	**ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA:** Aplicación de conductas según diagnostico terapéutico- ATENCION EN MUNICIPIOS (PITALITO- GARZON – LA PLATA). La cobertura incluye zona urbana y zona rural del municipio.	Sesión de terapia	X		
10	89.0.1.12	**ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA RESPIRATORIA** (Incluye Nebulización, suministro de insumos y medicamentos. EN LA CIUDAD DE NEIVA. La cobertura incluye zona urbana y zona rural del municipio.	Sesión de terapia	X		
11	89.0.1.12	**ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA RESPIRATORIA** (Incluye Nebulización, suministro de insumos y medicamentos. ATENCION EN MUNICIPIOS (PITALITO- GARZON – LA PLATA). La cobertura incluye zona urbana y zona rural del municipio.	Sesión de terapia	X		
12	89.0.1 .13	**ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL** Aplicación de conductas según diagnostico terapéutico. EN LA CIUDAD DE NEIVA. La cobertura incluye zona urbana y zona rural del municipio.	Sesión de terapia	X		
13	89.0.1 .13	**ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL** Aplicación de conductas según diagnostico terapéutico. ATENCION EN MUNICIPIOS (PITALITO- GARZON – LA PLATA). La cobertura incluye zona urbana y zona rural del municipio.	Sesión de terapia	X		
14	89.0.1.10	**ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA** Aplicación de conductas según diagnostico terapéutico- NEIVA. La cobertura incluye zona urbana y zona rural del municipio.	Sesión de terapia	X		
15	89.0.1.10	**ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA** Aplicación de conductas según diagnostico terapéutico. ATENCION EN MUNICIPIOS (PITALITO- GARZON – LA PLATA). La cobertura incluye zona urbana y zona rural del municipio.	Sesión de terapia	X		

OTRAS CONDICIONES TECNICAS

ITEM	CONDICIONES TECNICAS	CUMPLE	NO CUMPLE
Sistema Único de habilitación de los servicios de salud	El OFERENTE debe ajustarse a lo contemplado por el Ministerio de Salud y de Protección Social y todas aquellas normas legales que deroguen, modifiquen o establezcan estándares de habilitación para la prestación de servicios de salud sin causar traumatismo en la prestación del mismo. Lo anterior dando aplicación a lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y de la Protección Social. Dicho esto, El OFERENTE debe contar con certificado de Registro en el Sistema Único de Habilitación vigente expedido por la Secretaría de Salud del Departamento del Huila para cada servicio ofertado, los cuales deben estar inscritos y habilitados y mantener dicha habilitación vigente durante la ejecución del contrato.	X Cumple allega certificación de la secretaria de salud	
Portafolio de servicios	El OFERENTE dispondrá de un folleto informativo para todos los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional con la siguiente información:	X Allega portafolio de servicios	

<table>
<tr><td></td><td>Dirección y teléfonos (fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios.
Horarios de atención para los usuarios.
Modalidad para la asignación del servicio y/o visitas (telefónica y/o presencial)
Entrega de copia de servicios prestados.
Línea de atención a nuestros usuarios y proceso de quejas y reclamos.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>CAPACIDAD OPERATIVA</td><td>El oferente deberá CERTIFICAR MEDIANTE DOCUMENTO escrito firmado por el representante legal de la entidad, que cuenta con toda la infraestructura, profesionales, equipos, capacidad técnica, y capacidad tecnológica para prestar los servicios de salud solicitados en el presente estudio previo. Igualmente certificará que cumplen con los estándares mínimos de habilitación y calidad para la prestación de sus servicios que oferta según lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y de la Protección Social.</td><td>X
cumple allega documento firmado por Representante legal Carlos Andrés Rivas Bernal identificado con Cédula de Ciudadanía N. 1.075.272.634 de Neiva (Huila)</td><td></td></tr>
<tr><td>Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en prestación de los servicios de salud</td><td>El oferente deberá tener implementado programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención de Salud, acorde a lo establecido en el Decreto 780 de 2016 del Ministerio de la Protección Social.

Debe mantener vigente el contrato de recolección de residuos durante la ejecución del contrato.

Dara aplicabilidad al protocolo de atención segura de pacientes que debe ser socializado a la totalidad con el personal ofertado para la prestación de los servicios.</td><td>X
Allega documentación requerida</td><td></td></tr>
<tr><td>Talento Humano</td><td>El oferente deberá disponer del talento humano necesario y competente para la prestación de los servicios de salud domiciliarios ofertados, el cual cumplirá 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 Protección Social.
Los profesionales deberán encontrarse inscritos ante el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS), de acuerdo con lo tipificado en el artículo 100 del Decreto Ley 2106 de 2019 “Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública.”

El contratista presentara las hojas de vida con información solicitada enumeradas de la 1 a la 29, así como se describe a continuación:

PERSONAL PROFESIONAL MINIMO REQUERIDO

PERSONAL TECNICO MINIMO REQUERIDO
<table>
<tr><th>ITEM</th><th>DESCRIPCION</th><th>CANTIDAD</th><th>OBSERVACIONES</th></tr>
<tr><td>1</td><td>AUXILIARES DE ENFERMERIA</td><td>10</td><td></td></tr>
</table>
</td><td>X
Allega documentación requerida</td><td></td></tr>
</table>

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	OBSERVACIONES
1	TERAPEUTA FISICA	8	
2	TERAPEUTA RESPIRATORIA	2	
3	TERAPEUTA OCUPACIONAL	2	
4	FONOAUDIOLOGA	2	
5	MEDICO GENERAL	1	
6	ENFERMERA PROFESIONAL	2	
7	NUTRICIONISTA	1	
8	PSICÓLOGA	1	

Igualmente, se deberá anexar la hoja de vida de cada profesional, relacionando los diplomas, cursos y/o seminarios, tarjeta profesional, fotocopia de documento de identidad, acta de grado e inscripción ante el RETHUS, así:

- Hoja de vida actualizada a 2024 y firmada en el formulario único hoja de vida SIGEP
- Copia documento de identidad
- Copia título y acta de grado
- Certificado de BLS y ACLS, según corresponda actualizado
- Certificado inscripción en el RETHUS
- Tarjeta RETHUS
- Certificado de experiencia mínimo un año
- Certificado de antecedentes judiciales de la PONAL
- Certificados antecedentes disciplinarios de la Procuraduría
- Certificados antecedentes fiscales de la Contraloría
- Certificado de medidas correctivas
- certificado consulta inhabilidades delitos sexuales
- certificado de tribunal de ética médica y enfermería

Con el fin de garantizar la calidad de la prestación de servicios médicos domiciliarios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, para la verificación de la experiencia el proponente deberá anexar a su propuesta certificaciones de contratos cuyo objeto sea igual o guarde congruencia con el objeto de la presente contratación y cuya sumatoria sea igual o mayor al **CINCUENTA** por ciento (50%) del valor del presupuesto, dichas certificaciones deben contener la siguiente información:

- Objeto del contrato
- Número del contrato
- Valor
- Plazo
- Fecha de inicio
- Fecha de finalización
- Nombre del contrato
- Nombre del contratista
- Grado de satisfacción.

x allega certificaciones requeridas

Las certificaciones deberán estar suscritas por el representante legal del contratante o por la persona autorizada para tal fin.

No se admiten:

	• Certificaciones de Subcontrataciones • No se acepta auto certificaciones. • Copias de facturas órdenes de pago etc. • Copias de Contratos. En caso de contratos en ejecución, se tomará la fecha de legalización del contrato hasta la fecha de expedición de la certificación. Cuando se certifiquen contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o Unión Temporal, para la verificación se tomará el porcentaje de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del Consorcio o de la Unión Temporal, para lo cual deberá anexar a la propuesta el documento que acreditó la conformación del Consorcio o Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato.		
	Con el fin de garantizar la idoneidad del personal que prestará los servicios requeridos y de acuerdo a lo descrito en el numeral 4.1.2, **EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL** de la entidad donde conste que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, RETHUS y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo un (01) año, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual.	X cumple allega documento firmado por Representante legal Carlos Andrés Rivas Bernal identificado con Cédula de Ciudadanía N. 1.075.272.634 de Neiva (Huila)	

El COMITÉ TECNICO EVALUADOR determina que la entidad **SALUD VITAL DEL HUILA IPS, CUMPLE** con las condiciones técnicas requeridas en el pliegos de condiciones definitivo del proceso de MINIMA CUANTIA **PN RASES No 2 MIC 027 2024**

Atentamente,

CPS-4 **CLAUDIA LILIANA CORTES**
Comitê Evaluador

PT. **KELLY JOHANNA FAJARDO G.**
Comitê Evaluador

CPS-4 **ALBA YANETH GOMEZ BAQUERO**
Comitê Evaluador