**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 7

**No. GS – 2024 – 009013 ARLOF – GRUCO – 29.25**

Villavicencio, 28 de junio de 2024

Señor mayor
**DIEGO FERNANDO OSPINA GUTIERREZ**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 7 (E)
Calle 15 No. 15ª-33 del Barrio el Estero
Villavicencio.

Asunto: informe evaluación proceso PN RASES No. 7 MIC 066 2024

Respetuosamente me permito informar a mi Mayor, los resultados de la verificación y evaluación de las ofertas presentadas dentro del proceso de contratación PN RASES No. 7 MIC 066 2024 cuyo objeto es la **PRESTACIÓN SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA U HOSPITALIZACIÓN EN CASA PARA LOS USUARIOS DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE QUE REQUIEREN CONTINUAR CON LAS INDICACIONES DEL TRATAMIENTO MÉDICO,** por el valor de TREINTA Y SEIS MILLONES DE PESOS ($36.000.000,00) M/CTE, así:

**VERIFICACIÓN OFERTA ECONÓMICA**: Al momento de la entrega de las propuestas, se determinará el orden de elegibilidad, comenzando por la oferta con la propuesta económica de menor precio hasta la de mayor precio.

La entidad procederá a verificar los requisitos habilitantes y condiciones técnicas de la oferta con el ofrecimiento económico de menor precio ofertado el cual aplicará a todos los ítems del proceso, en caso que este no cumpla con los requisitos habilitantes exigidos, vencido el plazo para subsanar los errores e inconsistencias de los documentos aportados, se procederá a verificar la oferta del ofrecimiento económico con el segundo menor precio ofertado y así sucesivamente.

**PROCEDIMIENTO:** De conformidad con lo señalado en el *artículo 2.2.1.2.1.5.2 numeral 5 del Decreto 1082 de 2015, modificado por el Art. 2 del Decreto 1860 de 2021, establece: "La Entidad Estatal debe revisar las ofertas económicas y verificar que la de menor precio cumple con las condiciones de la invitación. Si esta no cumple, la Entidad Estatal debe verificar el cumplimento de los requisitos de la invitación de la oferta con el segundo mejor precio, y así sucesivamente. Lo anterior sin perjuicio de la oportunidad que deberán otorgar las Entidades Estatales para subsanar las ofertas, en los términos del artículo 5 de la Ley 1150 de 2007, para lo cual establecerán un término preclusivo en la invitación para recibir los documentos subsanables, frente a cada uno de los requerimientos. En caso de que no se establezca este término, los proponentes podrán subsanar sus ofertas hasta antes de que finalice el traslado del informe de evaluación".*

De conformidad con los numerales 5° y 6° del artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 del 2015, la Unidad Prestadora de Salud Meta publicará el informe de evaluación durante un (1) día hábil. Así mismo, aceptará la oferta de menor precio, siempre que cumpla con las condiciones establecidas en la invitación a participar en procesos de mínima cuantía.

Teniendo en cuenta el cierre y recepción de ofertas dentro del proceso de contratación PN RASES No. 7 MIC 066 2024, a través del portal Colombia Compra Eficiente SECOP II el día 26/06/2024 a las 17:30 horas, se deja constancia que se presentó la siguiente oferta:


POLICIA NACIONAL - FJMARTINEZ003

| No | Entidad | NIT / CC | fecha y hora de presentación |
|---|---|---|---|
| 1 | SERMIDOL SAS | 1085274643-1 | 26/06/2024 4:18 PM |

Por lo anterior, se procede a realizar la verificación económica de la oferta presentada por los proponentes dentro del proceso de mínima cuantía PN RASES No. 7 MIC 066 2024, así:

## ➢ EVALUACIÓN ECONÓMICA PRESUPUESTO OFICIAL Y PRECIOS UNITARIOS

El valor de $ 36.000.000,00 es el presupuesto oficial total establecido por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 7 para el presente proceso.

El valor de $ 1.696.011,00 es el precio techo establecido por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 7 al sumar los precios unitarios.

Por lo anterior, una vez verificada la sumatoria de los valores unitarios y la cantidad de productos requeridos, la más económica es por el valor de $ **1.619.800,00** presentada por el único oferente **SERMIDOL SAS.**

| ÍT | DESCRIPCIÓN | CANT | ENTIDAD CONTRATANTE | oferta (Menor valor) SERMIDOL S.A.S. |
|---|---|---|---|---|
| | | | PRESUPUESTO OFICIAL $ 36.000.000,00 | PRESUPUESTO OFICIAL $ 36.000.000,00 |
| | | | VALOR UNITARIO CON IVA | VALOR UNITARIO CON IVA |
| 1 | ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA (MÉDICO ESPECIALISTA EN CUIDADO PALIATIVO). | 1 | $ 227.633 | 216.500,00 |
| 2 | ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL | 1 | $ 61.664 | 58.600,00 |
| 3 | ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR NUTRICION Y DIETETICA | 1 | $ 45.930 | 43.700,00 |
| 4 | ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA Incluye: PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR ENFERMERA PROFESIONAL O AUXILIAR DE ENFERMERIA BAJO SU ESTRICTA SUPERVISION (Incluye Insumo) | 1 | $ 39.943 | 38.000,00 |
| 5 | ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA (incluye: consulta, evaluación, entrenamiento para auto cuidado e integración familiar, social y/o laboral del paciente y la utilización de insumos). | 1 | $ 33.945 | 33.000,00 |
| 6 | ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA. (Incluye: consulta, evaluación, ejercicios terapéuticos, estimulación temprana, medios físicos (crioterapia, calor húmedo), electroterapia (bio-feed back, TENS, ultrasonido, diatermia) y/o tracciones, insumos y suministros necesarios para la realización del procedimiento). | 1 | $ 33.945 | 33.000,00 |
| 7 | ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA RESPIRATORIA (Incluye: consulta de primera vez de control, evaluación, percusión, vibración drenaje postural, oximetría, medicación mediante micro nebulización de (terbutalina, berudual, salbutamol. Bromuro de ipatropio o beclometasona) acelerador de flujo, tos asistida y/o ejercicios respiratorios. Incluye derecho de uso de nebulizador, elementos de bioseguridad, incluye guantes de manejo, tapabocas, gafas, jabón antiséptico, toalla desechables, bolsas recolectoras de desechos, ruta recolectora de desechos, jeringas, aplicadores, baja lenguas, kit de nebulización, SSN y demás insumos y suministros necesarios para la realización del procedimiento.9 | 1 | $ 35.321 | 35.000,00 |



POLICIA NACIONAL - ELMARTINEZ003

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 8 | ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL (Incluye: intervención terapéutica (salud física, salud mental) en los componentes del desempeño ocupacional: sensoriomotor, neuromusculoesquelético, cognitivo, psicosocial, educativo y del ambiente para el funcionamiento.) | 1 | $ 33.818 | 33.000,00 |
| 9 | INSERCION DE CATETER SUBDERMICO (EPIDERMOCLISIS) (incluye insumo) | 1 | $ 31.066 | 29.600,00 |
| 10 | LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA GENERAL | 1 | $ 40.714 | 39.000,00 |
| 11 | INSERCION DE DISPOSITIVO EN URETRA (Inserción o cambio a domicilio de catéter urinario vesical. (Incluye Insumos, pertinentes acorde al procedimiento). | 1 | $ 27.028 | 26.000,00 |
| 12 | LIMPIEZA Y CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMIA SOD (Incluye Insumos, pertinentes acorde al procedimiento) | 1 | $ 60.415 | 57.400,00 |
| 13 | INFILTRACION, IRRIGACION O INSTILACION DE MEDICAMENTOS EN SUBESCARA (Incluye Insumos, pertinentes acorde al procedimiento. | 1 | $ 54.193 | 52.500,00 |
| 14 | INYECCION O INFUSION DE ANTIBIOTICO (incluye otras sustancias terapéuticas). | 1 | $ 34.137 | 32.500,00 |
| 15 | Turno diurno por auxiliar de enfermería 1 hora (Incluye Insumos, pertinentes acorde al procedimiento). | 1 | $ 11.524 | 11.000,00 |
| 16 | Turno festivo diurno por auxiliar de enfermería 1 hora (Incluye Insumos, pertinentes acorde al procedimiento. | 1 | $ 12.446 | 12.000,00 |
| 17 | Turno nocturno ordinario por Auxiliar de enfermería 1 hora (Incluye Insumos, pertinentes acorde al procedimiento). | 1 | $ 12.006 | 12.000,00 |
| 18 | Turno nocturno festivo por auxiliar de enfermería 1 hora (Incluye Insumos, pertinentes acorde al procedimiento. | 1 | $ 12.526 | 12.000,00 |
| 19 | EXTRACCION DE DISPOSITIVO URETRAL (Atención visita por enfermería - retiro de sonda vesical incluye insumos) | 1 | $ 36.231 | 34.500,00 |
| 20 | SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) NASOGASTRICO O DE ESOFAGOSTOMIA SOD (Atención visita domiciliaria por enfermera – colocación de sonda nasogástrica ((Incluye Insumos, pertinentes acorde al procedimiento). | 1 | $ 40.265 | 38.400,00 |
| 21 | CATETERISMO O CANALIZACION DE VENA SOD | | $ 30.697 | 29.200,00 |
| 22 | BOMBA DE INFUSIÓN ALQUILER | 1 | $ 75.406 | 71.700,00 |
| 23 | CURACIÓN DE CATÉTER CENTRAL (INCLUYE INSUMO) | 1 | $ 42.173 | 40.200,00 |
| 24 | SUSTITUCION DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA SOD | 1 | $ 85.789 | 81.500,00 |
| 25 | Alquiler de cama hospitalaria de 3 partes, mecánica, con medidas de seguridad, completa sin colchón | 1 | $ 217.455 | 207.500,00 |
| 26 | Alquiler colchón ortopédico, con espuma anti escara, forrado en material lavable e impermeable de uso propio y único por paciente para cama hospitalaria | 1 | $ 101.703 | 97.000,00 |
| 27 | VISITA DOMICILIARIA POR MÉDICO GENERAL PARA LA EXPEDICION DE CERTIFICCION DE DEFUNCION – COVID | 1 | $ 115.903 | 110.000,00 |
| 28 | VISITA DOMICILIARIA POR MÉDICO GENERAL PARA LA EXPEDICION DE CERTIFICCION DE DEFUNCION – NO COVID | 1 | $ 91.135 | 87.000,00 |
| 29 | Turno diurno por auxiliar de enfermería 1 hora (Incluye Insumos, pertinentes acorde al procedimiento) – Aguazul. | 1 | $ 12.000 | 11.500,00 |
| 30 | Turno nocturno por Auxiliar de enfermería 1 hora (Incluye Insumos, pertinentes acorde al procedimiento) – Aguazul. | 1 | $ 12.500 | 11.500,00 |
| 31 | Turno festivo diurno por auxiliar de enfermería 1 hora (Incluye Insumos, pertinentes acorde al procedimiento) – Aguazul. | 1 | $ 13.000 | 12.500,00 |
| 32 | Turno nocturno festivo por auxiliar de enfermería 1 hora (Incluye Insumos, pertinentes acorde al procedimiento) – Aguazul. | 1 | $ 13.500 | 12.500,00 |
| **Total** | | | **1.696.011,00** | **1.619.800,00** |



POLICIA NACIONAL - EL MARTINEZ003

El oferente SERMIDOL SAS. No sobrepasa el precio techo establecido para el presente proceso y tampoco los valores unitarios, por lo anterior queda habilitado para continuar en el proceso.

- **DOCUMENTOS ECONÓMICOS**

| N° | REQUISITO | SERMIDOL S.A.S. | |
|---|---|---|---|
| | | CUMPLE / NO CUMPLE | OBSERVACIÓN |
| 1 | DILIGENCIAMIENTO DE LA PROPUESTA ECONÓMICA | CUMPLE | El oferente anexa el documento solicitado diligenciando el formato establecido. |
| 2 | SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS | CUMPLE | El oferente anexa el documento indicando que sostendrá los precios durante la ejecución del futuro contrato. |
| 3 | CERTIFICADO BANCARIO VIGENTE NO SUPERIOR A UN MES. | CUMPLE | El oferente anexa el certificado de la entidad bancaria BBVA COLOMBIA con fecha de expedición 06/06/2024. |
| 4 | DATOS BASICOS BENEFICIARIO DE LA CUENTA | CUMPLE | El oferente anexa el documento solicitado diligenciando el formato establecido. |

Finalizada la evaluación económica a la oferta presentada en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP II, se evidencia que el oferente SERMIDOL S.A.S. aporta todos los documentos económicos solicitados, por lo anterior queda habilitado para continuar en el proceso.

- **EVALUACIÓN TÉCNICA**

La evaluación técnica fue realizada mediante comunicado oficial GS-2024-046983-DECAS-UPRES-JEFAT 29.25 de fecha 27/06/2024, la cual es anexada al presente informe.

- **EVALUACIÓN JURIDICA**

| N° | REQUISITO | INVERSIONES ASDISAN S.A.S | |
|---|---|---|---|
| | | CUMPLE/ NO CUMPLE | OBSERVACIÓN |
| 1 | **CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA FIRMADA POR EL OFERENTE (PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA).** | CUMPLE | El oferente anexa la Carta de presentación de la oferta debidamente diligenciada y firmada por el representante legal. |
| 2 | **CERTIFICADO EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL PARA PERSONAS JURÍDICAS Y/O MATRICULA DE PERSONA NATURAL (CUANDO APLIQUE) EXPEDIDO POR LA CÁMARA DE COMERCIO RESPECTIVA, NO SUPERIOR A UN (1) MES.** | CUMPLE | El oferente presenta Certificado de Existencia y Representación Legal a nombre de **SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES PARA EL MANEJO DEL DOLOR S.A.S,** representante legal el señor **RUBEN DARIO PEREZ ANILLO** identificado con cédula de ciudadanía No. **79950538** de Bogotá D.C, código de verificación N° 9CpcAtvwAj de fecha 17/06/2024 de la Cámara de Comercio de Villavicencio.<br>Actividad Económica;<br>Q8610 - Q8691 - Q8692 - Q8699 Actividades que concuerdan con el presente proceso. |
| 3 | **FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PROPONENTE.** | CUMPLE | El oferente presenta copia de la respectiva Cédula de Ciudadanía a nombre del señor **RUBEN DARIO PEREZ ANILLO** identificado con cédula de ciudadanía No. **79950538** de Bogotá D.C. |


POLICIA NACIONAL - EJ.MARTINEZ003

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4 | **LIBRETA MILITAR (EL ARTÍCULO 42 DE LA LEY 1861 DE 2017)** | CUMPLE | El oferente anexa el documento requerido en la invitación pública. |
| 5 | **EL OFERENTE ADJUNTARÁ EL BOLETÍN DE RESPONSABLES FISCALES DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA, DE LA FIRMA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL Y DEL OFERENTE PERSONA NATURAL.** | CUMPLE | El oferente no tiene responsabilidades Fiscales, se consultó en el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales "SIBOR"<br><br>El señor **RUBEN DARIO PEREZ ANILLO** identificado con cédula de ciudadanía No. **79950538** de Bogotá D.C, Código Verificación persona natural No. 79950538240628143617.<br><br>Entidad **SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES PARA EL MANEJO DEL DOLOR S.A.S NIT 901386786-5** *Código Verificación de la Sociedad Comercial.<br>No 901386786524062814370 7. |
| 6 | **EL OFERENTE ADJUNTARÁ EL CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES DEL OFERENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL CUANDO SE TRATE DE PERSONAS JURÍDICAS.** | CUMPLE | Se consultó los antecedentes judiciales donde se pudo establecer que el señor **RUBEN DARIO PEREZ ANILLO** identificado con cédula de ciudadanía No. **79950538** de Bogotá D.C. Actualmente NO tiene asuntos pendientes con las autoridades judiciales conforme a lo solicitado en la invitación pública |
| 7 | **EL OFERENTE ADJUNTARÁ EL CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS DE LA PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA FIRMA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL Y DEL OFERENTE PERSONA NATURAL.** | CUMPLE | Se consulta en el Sistema de Información de Registros y Sanciones "SIRI", el señor **RUBEN DARIO PEREZ ANILLO** identificado con cédula de ciudadanía No. **79950538** de Bogotá D.C y la entidad **SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES PARA EL MANEJO DEL DOLOR S.A.S NIT 901386786-5**, donde se pudo establecer que NO REGISTRAN SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES conforme a lo solicitado en la invitación pública |
| 8 | **EL OFERENTE ADJUNTARA EL CERTIFICADO DE SU REPRESENTANTE LEGAL CUANDO SE TRATE DE PERSONAS JURÍDICAS EL REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS DE LA POLICÍA NACIONAL.** | CUMPLE | El oferente anexa certificado del Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas "RNMC" de la Policía Nacional y de igual forma, se consulta el sistema donde se pudo establecer que el señor **RUBEN DARIO PEREZ ANILLO** identificado con cédula de ciudadanía No. **79950538** de Bogotá D.C, NO presenta medidas correctivas pendientes por cumplir, conforme a lo solicitado por la invitación pública. |
| 9 | **ANTECEDENTE DE DELITOS SEXUALES–PN Y/O REPRESENTANTE LEGAL.** | CUMPLE | El oferente anexa certificado de Autorización de consulta de Inhabilidades de quienes hayan sido condenados por Delitos Sexuales cometidos contra menores de 18 años de la Policía Nacional y de igual forma, se consulta el sistema donde se pudo establecer que el señor el señor **RUBEN DARIO PEREZ ANILLO** identificado con cédula de ciudadanía No. **79950538** de Bogotá D.C, NO presenta inhabilidades, conforme a lo solicitado por la invitación pública. |
| 10 | **CERTIFICADO REDAM REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS** | CUMPLE | El oferente anexa certificado con código verificación: LZX19VRQ3H, valido hasta el 23/09/2024 del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (MINTIC) donde se estableció que el señor **RUBEN DARIO PEREZ ANILLO** identificado con cédula de ciudadanía No. **79950538** de Bogotá D.C, NO se encuentra inscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos, conforme a lo solicitado por la invitación pública. |



POLICIA NACIONAL - EL MARTINEZ003

| | | | |
|---|---|---|---|
| 11 | **BOLETÍN DE DEUDORES MOROSOS DEL ESTADO - BDME** | CUMPLE | El oferente anexa certificado de la Unidad Administrativa Especial del Boletín de Deudores Morosos del Estado BDME y de igual forma, se consulta el sistema donde se pudo establecer que el señor **RUBEN DARIO PEREZ ANILLO** identificado con cédula de ciudadanía No. **79950538** de Bogotá D.C, NO presenta reporte, conforme a lo solicitado por la invitación pública. |
| 12 | **CERTIFICADO DECLARACIÓN JURAMENTADA DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES DE NO ESTAR INCURSO EN LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD ESTABLECIDAS EN EL ARTÍCULO 8° Y 9° DE LA LEY 80 DE 1993.** | CUMPLE | El oferente presenta certificación de Declaración donde NO presenta Inhabilidades e Incompatibilidades para contratar con el estado, debidamente diligenciada y firmada por el señor **RUBEN DARIO PEREZ ANILLO** identificado con cédula de ciudadanía No. **79950538** de Bogotá D.C representante legal. conforme a lo solicitado en la invitación pública. |
| 13 | **CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, O REVISOR FISCAL CUANDO EL OFERENTE ESTE OBLIGADO A TENERLO DE ACUERDO CON LAS NORMAS VIGENTES SOBRE LA MATERIA.** | CUMPLE | El oferente presenta certificación de Aportes parafiscales debidamente firmada por el representante legal, el señor **RUBEN DARIO PEREZ ANILLO** identificado con cédula de ciudadanía No. **79950538** de Bogotá D.C y por la señora **JESSICA MARCELA DURAN GRASS** identificada con cédula de ciudadanía No. **27603417** de Cúcuta T.P. 163517, Revisora Fiscal de la entidad SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES PARA EL MANEJO DEL DOLOR S.A.S NIT 901386786-5, de igual forma, anexan planilla integrada de autoliquidación de aportes. |
| 14 | **COPIA DEL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO VIGENTE.** | CUMPLE | Presenta el Registro Único Tributario formulario N° 141047518432 de la DIAN, a nombre de SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES PARA EL MANEJO DEL DOLOR S.A.S NIT 901386786-5 conforme a lo solicitado en la invitación pública. |
| 15 | **FORMULARIO COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN, SUSCRITO POR EL OFERENTE (PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURÍDICA)** | CUMPLE | El oferente anexa el formulario compromiso anticorrupción, debidamente diligenciado y firmado por el representante legal el señor RUBEN DARIO PEREZ ANILLO identificado con cédula de ciudadanía No. 79950538 de Bogotá D.C. |
| 16 | **FORMULARIO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD.** | CUMPLE | El oferente anexa el formulario acuerdo de confidencialidad, debidamente diligenciado y firmado por el representante legal, el señor RUBEN DARIO PEREZ ANILLO identificado con cédula de ciudadanía No. 79950538 de Bogotá D.C. |

Una vez revisada la oferta frente a los requisitos habilitantes jurídicos de la invitación dentro del proceso de contratación **PN RASES No. 7 MIC 066 2024**, se determina que el proponente SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES PARA EL MANEJO DEL DOLOR S.A.S NIT 901386786-5, **CUMPLE** con la totalidad de los requisitos jurídicos, quedando habilitado para continuar en el proceso.

De tal forma, y de acuerdo a lo establecido en la cronología del proceso PN RASES No. 7 MIC 066 2024, los oferentes, tendrá un (01) día hábil a partir de la publicación del presente informe de evaluación de acuerdo al cronograma establecido en el portal de contratación SECOP II, para efectuar observaciones o subsanar conforme a la normatividad actual vigente frente al presente informe de evaluación.



POLICIA NACIONAL - EL MARTINEZ003

En virtud de lo anteriormente expuesto el comité jurídico, económico, jefe del Grupo de Contratos y el Jefe Administrativo verifican las evaluaciones realizadas dentro del proceso de contratación **PN RASES No. 7 MIC 066 2024,** declaramos que no tenemos ninguna vinculación comercial, laboral, de contratista o de cualquier naturaleza con los proponentes ni con sus familiares dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad y que no hemos sido contactados por socios, representantes o gestores a cualquier título de los proponentes y, que todas nuestras actuaciones y recomendaciones estarán orientadas a que el proceso de contratación se surta en el marco de los principios que lo rigen.

Atentamente,

**PT. JAVIER MARTINEZ GUAYABO**
**EVALUADOR ECONÓMICO Y JURÍDICO**

**IT. EDWAR GONZÁLEZ HENAO**
**JEFE GRUPO DE CONTRATOS (E)**

**CT. CAMILO ANDRES BARÓN TRUJILLO**
**JEFE AREA ADMINISTRATIVA (E)**

Fecha de elaboración: 28/06/2024
Ubicación: D:\compartidarases7\4. carpeta 2024\mínima cuantia \ PN RASES No. 7 MIC 066 2024

Calle 15 No. 15ª-33 los maracos barrio estero
demet.rase7-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

**INFORMACIÓN PÚBLICA**

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CASANARE

**No.GS-2024-** **-DECAS/ UPRES - JEFAT 29.25**

Yopal Casanare, 27 de junio de 2024

Señor mayor
DIEGO FERNANDO OSPINA GUTIERREZ
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 7 (E)
Calle 15 No. 15ª-33 del Barrio el Estero
Villavicencio.

Asunto: Evaluación técnica proceso PN RASES No 7 MIC 066 2024

De manera atenta me permito enviar a mi mayor, la evaluación técnica realizada dentro del proceso de contratación ***PN RASES No 7 MIC 066 2024***, "**PRESTACIÓN SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA U HOSPITALIZACIÓN EN CASA PARA LOS USUARIOS DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE QUE REQUIEREN CONTINUAR CON LAS INDICACIONES DEL TRATAMIENTO MÉDICO**".

Oferente evaluado:

1. SERMIDOL S.A.S

## CONDICIONES TÉCNICAS MINIMAS

| ÍTEM | CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|
| 1 | **Experiencia Proponente en producir o comercializar el bien y/o ofrecer el servicio**<br><br>Con el fin de garantizar la calidad de los servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere que el proponente acredite experiencia en proyectos con objetos iguales o similares a **"PRESTACIÓN SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA U HOSPITALIZACIÓN EN CASA PARA LOS USUARIOS DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE QUE REQUIEREN CONTINUAR CON LAS INDICACIONES DEL TRATAMIENTO MÉDICO"**, tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos que acrediten la realización de proyectos cuya sumatoria sea igual o mayor al 70% del presupuesto asignado al presente proceso, con entidades públicas o privadas, para lo cual el oferente deberá presentar máximo tres (3) certificaciones.<br>Las certificaciones deberán acreditar los siguientes aspectos:<br>• Nombre o Razón Social del Contratante<br>• Nombre o Razón Social del Contratista<br>• Objeto Contractual<br>• Fecha de Inicio<br>• Fecha de Terminación<br>• Valor del Contrato<br>• Nombre y datos de contacto de quien expide la certificación<br>• Fecha de expedición | | No anexa certificado experiencia |

<table>
<tr><td></td><td>En caso de no contar con las certificaciones de los contratos ejecutados, el proponente podrá presentar copia del contrato acompañada del acta terminación y/o de liquidación con el fin de que la entidad pueda verificar la información relacionada anteriormente.<br>Cuando se certifiquen contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o de Unión Temporal, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 7 tomará para efectos de la verificación de este requisito habilitante, el porcentaje de participación del oferente en la ejecución del contrato. De acuerdo con lo anterior, el proponente deberá presentar el documento de conformación del Consorcio o de la Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes de la figura plural en la ejecución del contrato.<br>Además, debe tenerse en cuenta que:<br>- No se admiten certificaciones de subcontrataciones o convenios.<br>- No se acepta ningún otro documento diferente a los enunciados para soportar la experiencia.<br>- No se tendrán en cuenta contratos en ejecución.<br>- No se aceptan certificaciones con enmendaduras y que no contengan como mínimo la información solicitada o que presenten inconsistencias.<br><br>Justificación: La experiencia específica del proponente es importante por cuanto le asegura a la entidad que el contrato será ejecutado por una firma con la suficiente experiencia en contratos de similares características, que garantice la calidad final de los bienes del contrato y el cumplimiento del tiempo de ejecución establecido para el mismo.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td>Certificado de Inscripción o Habilitación. El oferente debe adjuntar la certificación de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Salud de Acuerdo a lo estipulado en el Decreto 780 del 06 de Mayo de 2016 y Resolución No. 2003 de 2014; la cual debera tener relacion de habilitados de los servicios medicos de baja mediana y alta complejidad con que cuenta para prestar los servicios, así:<br>APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA<br>FISIOTERAPIA<br>TERAPIA OCUPACIONAL<br>TERAPIA RESPIRATORIA<br>FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE<br>CONSULTA EXTERNA<br>MEDICINA GENERAL<br>ENFERMERÍA<br>NUTRICIÓN Y DIETÉTICA<br>INTERNACION<br>HOSPITALIZACIÓN PACIENTE CRÓNICO SIN VENTILADOR</td><td></td><td>No anexa certificado de inscripciones</td></tr>
<tr><td>3</td><td>RECURSO HUMANO<br><br>El proponente mediante certificación suscrita por el representante legal deberá acreditar que cuenta como mínimo con el siguiente personal durante toda la presentación de la propuesta y ejecución del contrato, para lo cual deberá diligenciar el formulario de Idoneidad del Recurso Humano, establecido por la Regional de Aseguramiento en Salud No.7.<br><br>
<table>
<tr><th>ITEM</th><th>PERFIL</th><th>CANT</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Médico general</td><td>02</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Auxiliares de enfermería</td><td>12</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Enfermera jefe</td><td>01</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Terapeuta física</td><td>02</td></tr>
<tr><td>5</td><td>Terapeuta respiratoria</td><td>02</td></tr>
<tr><td>6</td><td>Fonoaudiólogo(a)</td><td>02</td></tr>
<tr><td>7</td><td>Terapeuta ocupacional</td><td>02</td></tr>
</table></td><td>X</td><td></td></tr>
<tr><td>4</td><td>SUPERVISOR POR PARTE DEL CONTRATISTA<br>El proponente informará con su propuesta los datos de contacto del supervisor del contrato por parte del contratista (Empleado) con</td><td>X</td><td></td></tr>
</table>

| | | | |
|---|---|---|---|
| | capacidad de toma de decisiones, quien tendrá contacto permanente vía telefónica directa, con el supervisor designado por la Unidad Prestadora de Salud Casanare, con el fin de favorecer el cumplimiento del objeto del contrato. Este supervisor por parte del contratista tiene la finalidad de comunicación y solución de problemas, en el mínimo de tiempo. Por lo tanto, *se deberá diligenciar el formato de idoneidad del personal* y en caso de cambio se deberá dar previo aviso al supervisor de UPRES CASANARE y garantizar la actualización de este formato. | | |
| 5 | **MANUALES**<br>El oferente debe tener el manual de bioseguridad, manual de limpieza y desinfección y manual de manejo de desechos, esta documentación será verificada por el médico de garantía de la calidad de la Unidad Prestadora de Salud Casanare antes de adjudicar el contrato, ya que el no tener estos procesos prioritarios, representa un riesgo en la atención de los usuarios.<br>SÍ, el proponente, es una I.P.S deberá tener el PAMEC, este documento será verificado por el médico de garantía de la calidad de la Unidad Prestadora de Salud Casanare antes de adjudicar el contrato, ya que el no tenerlo, representa un riesgo en la atención de los usuarios. (ESTA INFORMACION SE DEBE SUBIR AL SECOP II PARA QUE EL AUDITOR MÉDICO DE CALIDAD LA PUEDA REVISAR) | | No anexa manual de bioseguridad, manual de limpieza y desinfección, manual en manejo de desechos y PAMEC |
| 6 | EL SERVICIO DEBE SER PROPORCIONADO BAJO RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR CONTRATADO, con cumplimiento de Requisitos según lo contemplado por el Ministerio de la Protección Social, en el Decreto 1011 del 2006; Resolución 3100 del 2019 y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares de calidad en prestación de servicios de salud. Estos pueden ser verificados en cualquier momento por parte de grupo de Auditores de la Unidad Prestadora de Salud Casanare, incluyendo "LA ATENCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS GENERADOS DURANTE EL MANEJO DEL PACIENTE ENTENDIDO COMO "EL DAÑO NO INTENCIONAL CONSECUENCIA DEL CUIDADO MÉDICO O TODO AQUEL DERIVADO DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y NO DE LA ENFERMEDAD MISMA DEL PACIENTE, SITUACIÓN QUE CORRERÁ POR CUENTA DEL CONTRATISTA PREVIO ANÁLISIS DEL CASO ENTRE AUDITORIA DE ENTIDADES, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA SERA ASUMIDA BAJO ORDEN JUDICIAL QUE ASI LO DETERMINE", dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-006 REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS. Que se adjunta al presente estudio previo. | X | |
| 7 | El proponente con su propuesta allegara el Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato. | | No anexa certificado |
| 8 | El contratista deberá realizar el registro en historia clínica de todas las atenciones y procedimientos realizados a los pacientes del Subsistema de Salud de la Policía Nacional y cumplirá con 2020, Decreto lo establecido en la Resolución 1995 de 1999, Resolución 00839 de 2017, Ley 2015 de 441 de 2022 del Ministerio de Salud y de la Protección Social en cuanto al manejo conservación y custodia de la historia clínica.<br>El PRESTADOR tendrá a cargo la retroalimentación y actualización de las historias clínicas, la cual deberá diligenciar con la información de los pacientes de forma clara, veraz y acertada. Adicionalmente, el PRESTADOR se obliga a registrar las novedades que se presenten con ocasión a la atención prestada por ésta.<br>En virtud de lo anterior, el PRESTADOR deberá responder ante la | X | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Regional de Aseguramiento en Salud No.7. por inexactitudes, confusiones, datos incorrectos y no actualizados, así como, las demás inconsistencias que conlleven a error a la Regional de Aseguramiento en Salud No.7. o a cualquier tercero. | | |
| 9 | **CAPACIDAD OPERATIVA**<br>El contratista debe contar con la infraestructura, equipo, tecnología y recurso humano necesario para el normal desarrollo del servicio solicitado; equipos de alta tecnología, de fácil y rápido reemplazo que permita garantizar un eficiente, eficaz y rápido servicio a nuestros usuarios de la Policía Nacional residentes en el Municipio de Yopal, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección social, Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud aspectos que serán verificados mediante visitas a las instalaciones del oferente a la cual deberá estar de registrada en el certificado de habilitación. | | No anexa certificado capacidad operativa |
| 10 | **INFRAESTRUCTURA FÍSICA**<br>El contratista garantizará la prestación de servicios objeto del presente contrato, la infraestructura física ofrecida para la prestación del servicio deberá ser en el perímetro urbano de la ciudad de Yopal. En las instalaciones de la IPS deberá contar con lo consagrado en la resolución No. 2003 del 28 de mayo del 2014» Área para el almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos e insumos asistenciales, áreas limpias, seguras, ordenadas, iluminada, con ventilación, que garantice condiciones de almacenamiento de acuerdo con las especificaciones técnicas del fabricante. • Área para la disposición de equipos biomédicos • Área para el almacenamiento de los residuos previo a su tratamiento y/o disposición final.<br>Nota: Para el área de almacenamiento de los residuos deberá estar ubicada en las instalaciones del IPS. | X | |
| 11 | **DOTACIÓN MÍNIMA SOLICITADA**<br>El contratista deberá contar con la dotación mínima para la prestación del servicio, requerida en la resolución No. 2003 del 2014, así: a. La dotación de los elementos, insumos y equipos que requiera la atención del paciente y aquellos de protección personal, contenedores y bolsas para generar la clasificación, segregación y manipulación de los residuos biológicos- infecciosos generados en el domicilio del paciente. b. Maletín médico con fonendoscopio, tensiómetro, equipo de órganos, pulsímetro, glucómetro, martillo, termómetro y metro. c. Maletín de enfermería con dispositivos médicos, según patología del paciente. d. Maletín con elementos de curaciones. e. Maletín con medicamentos, de acuerdo con inventario establecido para uso en la atención en casa. f. Atriles. g. Bombas de infusión para líquidos y nutrición enteral. | X | |
| 12 | Las tarifas ofrecidas son a todo costo, entendiéndose por esto, que la Unidad Prestadora de Salud Casanare no suministrará ningún insumo a excepción de los medicamentos, que estos se suministraran por el contrato centralizado de suministro de medicamentos. | X | |
| 13 | El oferente deberá diligenciar el anexo FORMULARIO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, firmado por el representante legal de la entidad. | | No anexa certificado |
| 14 | El oferente deberá diligenciar el compromiso Sistema de Gestión Ambiental, firmado por el representante legal de la entidad. | | No anexa certificado |
| 15 | El OFERENTE deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo".<br>El OFERENTE deberá entregar junto con la propuesta el registro de la autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) del año inmediatamente anterior, realizado en aplicativo de la página del Sistema General de Riesgos Laborales del Ministerio del Trabajo, donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable", es | | No acepta certificado |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | decir un puntaje mayor a 85% (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el registro de la autoevaluación por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). Así mismo, se deberá mantener la calificación y evidencias de la autoevaluación del SGSST a disposición, las cuales serán objeto de verificación durante la ejecución del contrato | | |

## OTRAS CONDICIONES TECNICAS MINIMAS

| ITEM | CODIGO CUPS | CONDICIONES TECNICAS MINIMAS | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 890102 | ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA (MÉDICO ESPECIALISTA EN CUIDADO PALIATIVO). | X | |
| 2 | 890101 | ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL | X | |
| 3 | 890106 | ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR NUTRICION Y DIETETICA | X | |
| 4 | 890105 | ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA Incluye: PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR ENFERMERA PROFESIONAL O AUXILIAR DE ENFERMERIA BAJO SU ESTRICTA SUPERVISION (Incluye Insumo) | X | |
| 5 | 890110 | ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA (incluye: consulta, evaluación, entrenamiento para auto cuidado e integración familiar, social y/o laboral del paciente y la utilización de insumos). | X | |
| 6 | 890111 | ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA. (Incluye: consulta, evaluación, ejercicios terapéuticos, estimulación temprana, medios fisicos (crioterapia, calor húmedo), electroterapia (bio-feed back, TENS, ultrasonido, diatermia) y/o tracciones, insumos y suministros necesarios para la realización del procedimiento). | X | |
| 7 | 890112 | ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA RESPIRATORIA (Incluye: consulta de primera vez de control, evaluación, percusión, vibración drenaje postural, oximetría, medicación mediante micro nebulización de (terbutalina, berudual, salbutamol. Bromuro de ipatropio o beclometasona) acelerador de flujo, tos asistida y/o ejercicios respiratorios. Incluye derecho de uso de nebulizador, elementos de bioseguridad, incluye guantes de manejo, tapabocas, gafas, jabón antiséptico, toalla desechables, bolsas recolectoras de desechos, ruta recolectora de desechos, jeringas, aplicadores, baja lenguas, kit de nebulización, SSN y demás insumos y suministros necesarios para la realización del procedimiento.9 | X | |
| 8 | 890113 | ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL (Incluye: intervención terapéutica (salud fisica, salud mental) en los componentes del desempeño ocupacional: sensoriomotor, neuromusculoesquelético, cognitivo, psicosocial, educativo y del ambiente para el funcionamiento.) | X | |
| 9 | 861803 | INSERCION DE CATETER SUBDERMICO (EPIDERMOCLISIS) (incluye insumo) | X | |
| 10 | 965901 | LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA GENERAL | X | |
| 11 | 961601 | INSERCION DE DISPOSITIVO EN URETRA (Inserción o cambio a domicilio de catéter urinario vesical. (Incluye Insumos, pertinentes acorde al procedimiento). | X | |
| 12 | 965500 | LIMPIEZA Y CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMIA SOD (Incluye Insumos, pertinentes acorde al procedimiento) | X | |
| 13 | 992101 | INFILTRACION, IRRIGACION O INSTILACION DE MEDICAMENTOS EN SUBESCARA (Incluye Insumos, pertinentes acorde al procedimiento. | X | |
| 14 | 992100 | INYECCION O INFUSION DE ANTIBIOTICO (incluye otras sustancias terapéuticas). | X | |
| 15 | P6ENF1 | Turno diurno por auxiliar de enfermería 1 hora (Incluye Insumos, pertinentes acorde al procedimiento). | X | |
| 16 | P7ENF1 | Turno festivo diurno por auxiliar de enfermería 1 hora (Incluye Insumos, pertinentes acorde al procedimiento. | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 17 | P8ENF 1 | Turno nocturno ordinario por Auxiliar de enfermería 1 hora (Incluye Insumos, pertinentes acorde al procedimiento). | X | |
| 18 | P9ENF1 | Turno nocturno festivo por auxiliar de enfermería 1 hora (Incluye Insumos, pertinentes acorde al procedimiento. | X | |
| 19 | 976500 | EXTRACCION DE DISPOSITIVO URETRAL (Atención visita por enfermería - retiro de sonda vesical incluye insumos) | X | |
| 20 | 970100 | SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) NASOGASTRICO O DE ESOFAGOSTOMIA SOD (Atención visita domiciliaria por enfermera – colocación de sonda nasogástrica ((Incluye Insumos, pertinentes acorde al procedimiento). | X | |
| 21 | 389300 | CATETERISMO O CANALIZACION DE VENA SOD | X | |
| 22 | | BOMBA DE INFUSIÓN ALQUILER | X | |
| 23 | | CURACIÓN DE CATÉTER CENTRAL (INCLUYE INSUMO) | X | |
| 24 | 972300 | SUSTITUCION DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA SOD | X | |
| 25 | | Alquiler de cama hospitalaria de 3 partes, mecánica, con medidas de seguridad, completa sin colchón | X | |
| 26 | | Alquiler colchón ortopédico, con espuma anti escara, forrado en material lavable e impermeable de uso propio y único por paciente para cama hospitalaria | X | |
| 27 | | VISITA DOMICILIARIA POR MÉDICO GENERAL PARA LA EXPEDICION DE CERTIFICCION DE DEFUNCION – COVID | X | |
| 28 | | VISITA DOMICILIARIA POR MÉDICO GENERAL PARA LA EXPEDICION DE CERTIFICCION DE DEFUNCION – NO COVID | X | |
| 29 | P6ENF1 | Turno diurno por auxiliar de enfermería 1 hora (Incluye Insumos, pertinentes acorde al procedimiento) – *Aguazul*. | X | |
| 30 | P8ENF 1 | Turno nocturno por Auxiliar de enfermería 1 hora (Incluye Insumos, pertinentes acorde al procedimiento) – *Aguazul*. | X | |
| 31 | P7ENF1 | Turno festivo diurno por auxiliar de enfermería 1 hora (Incluye Insumos, pertinentes acorde al procedimiento) – *Aguazul*. | X | |
| 32 | P9ENF1 | Turno nocturno festivo por auxiliar de enfermería 1 hora (Incluye Insumos, pertinentes acorde al procedimiento) – *Aguazul*. | X | |

Realizada la evaluación técnica de la documentación presentada por el oferente, SERMIDOL S.A.S en el proceso ***PN RASES No 7 MIC 066 2024***, ***NO CUMPLEN*** con los parámetros establecidos, de acuerdo a las condiciones técnicas establecidas por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 7, por lo tanto se envía a una reevaluación.

En atención al *numeral 2.1.3.3.1* de la *resolución 00090 del 15 de enero de 2018*, pongo en consideración la presente reevaluación técnica, para ser analizada por el comité de adquisiciones de la Regional de Aseguramiento en Salud N°7, para fines pertinentes dentro del proceso ***PN RASES No 7 MIC 066 2024.***

Atentamente,

Subintendente. **EVER WILFREDO QUINTERO RINCON**
Comité evaluador Técnico

Diagonal 15 No. 13B-05 Yopal
Teléfono: 3507113809
decas.upres@policia.gov.co
**www.policia.gov.co**

**INFORMACION PÚBLICA**