MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3

Fecha:	Pereira – Risaralda, 17 de julio de 2024		
Hora de inicio:	16:00 horas	**Hora de finalización:**	16:30 horas
Lugar:	Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3		

ACTA – AE-2024- 001928 **– RASES 3 - GRUCO – 2.3**

CONSOLIDACIÓN DE LAS EVALUACIONES REALIZADAS POR PARTE DE LOS COMITÉS DE EVALUACIÓN JURÍDICOS, TÉCNICO, FINANCIERO Y ECONÓMICO NOMBRADOS PARA EL PROCESO DE CONTRATACIÓN PN RASES N°3 CD 046 2024 CUYO OBJETO ES *"LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MÉDICOS HOSPITALARIOS, URGENCIAS, AMBULATORIOS, DE PRIMER NIVEL Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL EN LOS MUNICIPIOS DE LA VIRGINIA, PUEBLO RICO Y GUÁTICA EN EL DEPARTAMENTO DE RISARALDA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3".*

ORDEN DEL DÍA

1. Verificación de asistentes
2. Lectura del acta anterior
3. Verificación de los compromisos
4. Temas a tratar

DESARROLLO

1. En Pereira Risaralda, a los diecisiete (17) días del mes de julio del año dos mil veinticuatro (2024), siendo las 16:00 horas se reunieron los integrantes de los comités de evaluación Jurídico, Técnico, Económico y Financiero de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3, con el fin de consolidar los informes de evaluación presentados dentro del proceso de contratación **PN RASES N°3 CD 046 2024** que tiene como objeto **"LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MÉDICOS HOSPITALARIOS, URGENCIAS, AMBULATORIOS, DE PRIMER NIVEL Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL EN LOS MUNICIPIOS DE LA VIRGINIA, PUEBLO RICO Y GUÁTICA EN EL DEPARTAMENTO DE RISARALDA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3".**

2. No Aplica
3. No Aplica

4. De acuerdo con la oferta presentada por las entidades el día 11 de julio del año en curso, según el cronograma de la invitación, el comité evaluador, se dispuso a la realización de la respectiva verificación económica, técnica y jurídica para lo cual se consolida la siguiente información:

Para el proceso **PN RASES N°3 CD 046 2024** se presentaron tres (023) oferentes para los diferentes grupos, según como se describe más adelante y de acuerdo con lo evidenciado en el portal único de contratación SECOP II www.colombiacompra.gov.co/secop-ii.

GRUPO	MUNICIPIO	NOMBRE ENTIDAD	NIT
1	LA VIRGINIA RISARALDA	E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO	891401643-1
2	GUÁTICA RISARALDA	E.S.E HOSPITAL SANTA ANA	891410661-0
3	PUEBLO RICO RISARALDA	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL	891409025-4

LECTURA EVALUACIÓN ECONÓMICA

Mediante comunicado oficial GS-2024-012308-RASES3-GUPRE de fecha 17 de julio de 2024 (ver anexo) el comité ECONÓMICO y financiero manifiesta lo siguiente:

GRUPO	MUNICIPIO	NOMBRE ENTIDAD	CONCEPTO
1	LA VIRGINIA RISARALDA	E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO	SI CUMPLE
2	GUÁTICA RISARALDA	E.S.E HOSPITAL SANTA ANA	NO CUMPLE
3	PUEBLO RICO RISARALDA	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL	NO CUMPLE

Observaciones comité económico:

- GRUPO 2: E.S.E HOSPITAL SANTA ANA GUÁTICA RISARALDA, NO CUMPLE con los requisitos de orden económico solicitados en el proceso PN RASES N°3 CD 046 2024. Es necesario que adjunte una certificación bancaria vigente con una expedición no superior a treinta (30) días calendario

- GRUPO 3: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO RISARALDA, NO CUMPLE con los requisitos de orden económico solicitados en el proceso PN RASES N°3 CD 046 2024. La entidad no adjunta dentro de la propuesta el Anexo Nro. 1 donde se relaciona las tarifas ofertadas

LECTURA DE LA EVALUACIÓN TÉCNICA

Mediante comunicado oficial GS-2024-012309-RASES-JEFAT 29.25 de fecha 17 de julio de 2024 (ver anexo) el comité TÉCNICO manifiesta lo siguiente:

GRUPO	MUNICIPIO	NOMBRE ENTIDAD	CONCEPTO
1	LA VIRGINIA RISARALDA	E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO	NO CUMPLE
2	GUÁTICA RISARALDA	E.S.E HOSPITAL SANTA ANA	SI CUMPLE
3	PUEBLO RICO RISARALDA	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL	NO CUMPLE

- GRUPO 1: E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO DE LA VIRGINIA RISARALDA, ***NO CUMPLE*** *con los requisitos de orden técnico solicitados en el proceso* ***PN RASES N°3 CD 046 2024****, falta ANEXO NRO. 2 de la invitación diligenciado por la entidad; de igual manera el Certificado Registro Especial Nacional De Prestadores De Servicios De Salud aportado se encuentra vencido.*

- GRUPO 3: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO RISARALDA, ***NO CUMPLE*** *con los requisitos de orden técnico solicitados en el proceso* ***PN RASES N°3 CD 046 2024,*** *ya que el oferente no incluye dentro su oferta los ANEXOS NRO. 1 y 2 de la invitación diligenciados, no anexa certificado de Registro Especial Nacional De Prestadores De Servicios De Salud y no anexa formulario Nro. 5 de acuerdo a lo solicitado en la invitación.*

LECTURA DE LA EVALUACIÓN JURIDICA

Mediante comunicado sin número GS-2024-012321-RASES3-GUPRE de fecha 17 de julio de 2024 (ver anexo) el comité JURÍDICO manifiesta lo siguiente:

GRUPO	MUNICIPIO	NOMBRE ENTIDAD	CONCEPTO
1	LA VIRGINIA RISARALDA	E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO	NO CUMPLE
2	GUÁTICA RISARALDA	E.S.E HOSPITAL SANTA ANA	SI CUMPLE
3	PUEBLO RICO RISARALDA	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL	NO CUMPLE

Observaciones comité jurídico:

- GRUPO 1: E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO DE LA VIRGINIA RISARALDA, ***NO CUMPLE*** *con los requisitos de orden jurídico solicitados en el proceso* ***PN RASES N°3 CD 046 2024****, falta acta de posesión de la representante legal de la entidad y Ley, Decreto, Ordenanza, Resolución, etc. que acredite la existencia de la entidad.*

-GRUPO 3: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO RISARALDA, ***NO CUMPLE*** *con los requisitos de orden jurídico solicitados en el proceso* ***PN RASES N°3 CD 046 2024,*** *ya que el oferente no incluye dentro su oferta los formularios de acuerdo a lo solicitado en la invitación.*

CONCLUSIONES

De acuerdo a lo anterior y siguiendo la cronología del proceso, se pone a disposición de los oferentes el informe de evaluación por un término de un (01) día hábil (18/07/2024) durante el cual podrá presentar observaciones y subsanaciones al mismo. Los informes de evaluación técnica, jurídica y económica, se encuentran publicados en el Portal Único de Contratación **SECOP II www.colombiacompra.gov.co**, así mismo los originales y la oferta se encuentran a disposición en la Oficina del Grupo de Contratación de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3 por el término anteriormente señalado.

Atentamente,

Mayor **GEOVANNY ALBERTO FRANCO SÁNCHEZ**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3 (E)

Elaborado por: CPS Jhon Alexander Martínez Rojas
Funcionario Grupo Contratos

Revisado por: Subintendente Yenny Alexandra Gómez Patiño
Jefe Grupo Contratos RASES Nro. 3

Calle 94 Sector Villa Olímpica, Frente a Expofuturo
Teléfono: 3164790 Ext. 8307
deris.rase-gco@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3

No. GS-2024- 012321 / RASES – GRUCO 29.25

Pereira, 17 de julio de 2024

Señora Subintendente
YENNY ALEXANDRA GÓMEZ PATIÑO
Jefe Grupo de Contratos Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3
Calle 94 Avenida Villa Olímpica Frente a Expofuturo
Pereira

Asunto: Evaluación Jurídica Proceso **PN RASES N°3 CD 046 2024**

Respetuosamente me permito enviar a la señora Subintendente, la verificación jurídica de la oferta presentada dentro del proceso de CONTRATACIÓN DIRECTA-INTERADMINISTRATIVO **PN RASES N°3 CD 046 2024** que tiene como objeto ***"LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MÉDICOS HOSPITALARIOS, URGENCIAS, AMBULATORIOS, DE PRIMER NIVEL Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL EN LOS MUNICIPIOS DE LA VIRGINIA, PUEBLO RICO Y GUÁTICA EN EL DEPARTAMENTO DE RISARALDA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3"***

De acuerdo con lo evidenciado en el portal único de contratación SECOP II www.colombiacompra.gov.co/secop-ii, para los grupos 1,2,3 correspondientes a la Unidad Prestadora de Salud Risaralda, se presentaron las siguientes entidades, así:

GRUPO	NOMBRE ENTIDAD	CONCEPTO	OBSERVACION
1	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO DE LA VIRGINIA RISARALDA NIT 891.401.643-1 Representante legal: OLGA LUCIA HOYOS GÓMEZ Cedula: 42.101.483 de Pereira Risaralda Dirección: Calle 13 con Carrera 11 -49 La Virginia Risaralda Teléfono: 3113900630 Correo: gerencia.spysp@gmail.com	NO CUMPLE	Por favor allegar (Decreto, Ordenanza, Resolución, etc.) que acredite la existencia de la entidad pública falta acto administrativo de Nombramiento del representante legal
2	E.S.E HOSPITAL SANTA ANA DE GUÁTICA RISARALDA NIT 891.410.661-0 Representante legal: LUZ MARINA OSSA MONCADA Cedula: 42.068.871 de Pereira Risaralda Dirección: Carrera 5 Nro. 14-58 Guática Risaralda Correo: gerencia@eseguatica.gov.co	CUMPLE	Sin novedad
3	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PUEBLO RICO RISARALDA NIT 891.409.025-4 Representante legal: ALEXANDRA CASTILLEJO OROZCO Cedula: 57.294.987 de Santa Marta Magdalena Dirección: Calle 4 Carrera 5 Esquina Correo: financiera@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co	NO CUMPLE	Deberá anexar documento suscrito por el representante legal y/o apoderado, o quien haga sus veces, donde haga constar que acepta los parámetros contenidos en el anexo que corresponda a la "estimación, tipificación, asignación de riesgos, la forma de mitigarlo, la determinación Ajustar formulario COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN y

			FORMULARIO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

De acuerdo a lo anterior se procede a realizar la verificación jurídica de las propuestas presentadas dentro de los grupos 1,2 y 3 del proceso de selección **PN RASES N°3 CD 046 2024**, de la siguiente manera:

GRUPO 1: E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO LA VIRGINIA RISARALDA

REQUISITO	REQUERIMIENTO	OBSERVACIÓN	CUMPLE	
			SI	NO
La carta de presentación de la propuesta se diligenciará conforme al modelo contenido en el Formulario No. 1: "Carta de Presentación de la Propuesta"	Anexar documento	Documento anexo en el SECOP II	X	
Acuerdo de confidencialidad (Diligenciar formato adjunto Formulario N°3)	Anexar documento	Documento anexo en el SECOP II	X	
Documento legal (Ley, Decreto, Ordenanza, Resolución, etc.) que acredite la existencia de la entidad pública a la cual se invita	Anexar documento	No se aporto		X
Acto Administrativo de nombramiento y Acta de Posesión del Representante	Anexar documento	falta acto administrativo de Nombramiento		X
Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal y/o proponente.	Anexar documento	Documento anexo en el SECOP II	X	
La Policía Nacional **DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3** consultará el certificado de antecedentes disciplinarios, expedido por la Procuraduría General de la Nación, de las personas naturales, los representantes legales de personas jurídicas y/o de quien en nombre de la persona jurídica presente la oferta.	Consulta	Se consulta en la página oficial sin novedad a la fecha	X	
La **POLICÍA NACIONAL- REGIONAL ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3**, consultará el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República de la firma y del representante legal. NOTA 1: El proponente no deberá encontrarse inscrito en el Boletín de Responsables Fiscales (Artículo 60, Ley 610 de 2000); situación que podrá ser acreditada por el oferente en su propuesta con una expedición no superior a 30 días contados a partir del cierre o entrega de ofertas	Consulta	Se consulta en la página oficial sin novedad a la fecha	X	
La Policía Nacional **DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD** N°3, consultará el CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES, de las personas naturales, los representantes legales de personas jurídicas y/o de quien en nombre de la persona jurídica presente la oferta.	Consulta	Se consulta en la pagina oficial sin novedad a la fecha	X	
La Policía Nacional **DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3**, consultará en el Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas (RNMC), con el fin de verificar que el Representante Legal no se encuentre inmerso en el Numeral 4 del Artículo 183 del Código Nacional de Policía y Convivencia Ciudadana (Ley 1801 del 2016)	Consulta	Se consulta en la página oficial sin novedad a la fecha	X	
PLANILLA DEL ÚLTIMO PAGO DE LOS APORTES DE SALUD Y PENSIÓN Para dar cumplimiento con lo previsto en la Ley 828 de 2003 y lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el oferente aportará la PLANILLA DEL ÚLTIMO PAGO de los aportes de salud y pensiones, fecha de pago verificable acorde al Decreto 1670 de 2007.	Anexar documento	Documento anexo en el SECOP II	X	
ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS, DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS Y ANÁLISIS DEL RIESGO Y LA FORMA DE MITIGARLO El oferente dentro de su propuesta, deberá anexar documento suscrito por el representante legal y/o apoderado, o quien haga sus veces, donde haga constar que acepta los parámetros contenidos en el anexo que corresponda a la "estimación, tipificación, asignación de riesgos, la forma de mitigarlo, la determinación de garantías y las cláusulas sancionatorias". (Diligenciar Formato Estimación del Riesgo)	Anexar documento	Documento anexo en el SECOP II	X	
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (Diligenciar "Formulario Nro. 5".)	Anexar documento	Documento anexo en el SECOP II	X	

REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS – REDAM: Con el fin de verificar que la persona natural o el representante legal de la persona jurídica no esté reportado ante el REDAM, el proponente deberá adjuntar certificación expedida por el MINTIC, con fecha de expedición no anterior a 30 días calendario a la fecha de cierre del presente proceso de selección, donde manifieste que no se encuentra en causal de inhabilidad por ser deudor moroso de alimentos	Anexar Documento	Documento anexo en el SECOP II	X	
FORMULARIO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO El oferente dentro de su propuesta, deberá anexar documento suscrito por el representante legal y/o apoderado, o quien haga sus veces, donde haga constar que acepta los parámetros contenidos en el anexo.	Anexar documento	Documento anexo en el SECOP II	X	

GRUPO 2: E.S.E HOSPITAL SANTA ANA GUÁTICA RISARALDA

REQUISITO	REQUERIMIENTO	OBSERVACIÓN	CUMPLE	
			SI	NO
La carta de presentación de la propuesta se diligenciará conforme al modelo contenido en el Formulario No. 1: "Carta de Presentación de la Propuesta"	Anexar documento	Documento anexo en el SECOP II	X	
Acuerdo de confidencialidad (Diligenciar formato adjunto Formulario N°3)	Anexar documento	Documento anexo en el SECOP II	X	
Documento legal (Ley, Decreto, Ordenanza, Resolución, etc.) que acredite la existencia de la entidad pública a la cual se invita	Anexar documento	Acuerdo No. 006 31/1994	X	
Acto Administrativo de nombramiento y Acta de Posesión del Representante	Anexar documento	Decreto 046 de 22-03-2024 y acta de posesión 014 de 01-04-2024	X	
Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal y/o proponente.	Anexar documento	Documento anexo en el SECOP II	X	
La Policía Nacional **DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3** consultará el certificado de antecedentes disciplinarios, expedido por la Procuraduría General de la Nación, de las personas naturales, los representantes legales de personas jurídicas y/o de quien en nombre de la persona jurídica presente la oferta.	Consulta	Se consulta en la página oficial sin novedad a la fecha	X	
La **POLICÍA NACIONAL- REGIONAL ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3**, consultará el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República de la firma y del representante legal. NOTA 1: El proponente no deberá encontrarse inscrito en el Boletín de Responsables Fiscales (Artículo 60, Ley 610 de 2000); situación que podrá ser acreditada por el oferente en su propuesta con una expedición no superior a 30 días contados a partir del cierre o entrega de ofertas	Consulta	Se consulta en la página oficial sin novedad a la fecha	X	
La Policía Nacional **DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD** N°3, consultará el CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES, de las personas naturales, los representantes legales de personas jurídicas y/o de quien en nombre de la persona jurídica presente la oferta.	Consulta	Se consulta en la página oficial sin novedad a la fecha	X	
La Policía Nacional **DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3**, consultará en el Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas (RNMC), con el fin de verificar que el Representante Legal no se encuentre inmerso en el Numeral 4 del Artículo 183 del Código Nacional de Policía y Convivencia Ciudadana (Ley 1801 del 2016)	Consulta	Se consulta en la página oficial sin novedad a la fecha	X	
PLANILLA DEL ÚLTIMO PAGO DE LOS APORTES DE SALUD Y PENSIÓN Para dar cumplimiento con lo previsto en la Ley 828 de 2003 y lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el oferente aportará la PLANILLA DEL ÚLTIMO PAGO de los aportes de salud y pensiones, fecha de pago verificable acorde al Decreto 1670 de 2007.	Anexar documento	Documento anexo en el SECOP II	X	
ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS, DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS Y	Anexar documento	Documento anexo en el SECOP II	X	

ANÁLISIS DEL RIESGO Y LA FORMA DE MITIGARLO El oferente dentro de su propuesta, deberá anexar documento suscrito por el representante legal y/o apoderado, o quien haga sus veces, donde haga constar que acepta los parámetros contenidos en el anexo que corresponda a la "estimación, tipificación, asignación de riesgos, la forma de mitigarlo, la determinación de garantías y las cláusulas sancionatorias". (Diligenciar Formato Estimación del Riesgo)				
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (Diligenciar "Formulario Nro. 5".)	Anexar documento	Documento anexo en el SECOP II	X	
REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS – REDAM: Con el fin de verificar que la persona natural o el representante legal de la persona jurídica no esté reportado ante el REDAM, el proponente deberá adjuntar certificación expedida por el MINTIC, con fecha de expedición no anterior a 30 días calendario a la fecha de cierre del presente proceso de selección, donde manifieste que no se encuentra en causal de inhabilidad por ser deudor moroso de alimentos	Anexar Documento	Documento anexo en el SECOP II	X	
FORMULARIO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO El oferente dentro de su propuesta, deberá anexar documento suscrito por el representante legal y/o apoderado, o quien haga sus veces, donde haga constar que acepta los parámetros contenidos en el anexo.	Anexar documento	Documento anexo en el SECOP II	X	

GRUPO 3: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO RISARALDA

REQUISITO	REQUERIMIENTO	OBSERVACIÓN	CUMPLE	
			SI	NO
La carta de presentación de la propuesta se diligenciará conforme al modelo contenido en el Formulario No. 1: "Carta de Presentación de la Propuesta"	Anexar documento	Documento anexo en el SECOP II	X	
Acuerdo de confidencialidad (Diligenciar formato adjunto Formulario N°3)	Anexar documento	Documento anexo en el SECOP II	X	
Documento legal (Ley, Decreto, Ordenanza, Resolución, etc.) que acredite la existencia de la entidad pública a la cual se invita	Anexar documento	Acuerdo No. 150 de diciembre de 1997	X	
Acto Administrativo de nombramiento y Acta de Posesión del Representante	Anexar documento	Decreto 027 de 03-04-2024 y acta de posesión 009 del 03-04-2024	X	
Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal y/o proponente.	Anexar documento	Documento anexo en el SECOP II	X	
La Policía Nacional **DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3** consultará el certificado de antecedentes disciplinarios, expedido por la Procuraduría General de la Nación, de las personas naturales, los representantes legales de personas jurídicas y/o de quien en nombre de la persona jurídica presente la oferta.	Consulta	Se consulta en la página oficial sin novedad a la fecha	X	
La **POLICÍA NACIONAL- REGIONAL ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3**, consultará el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República de la firma y del representante legal. NOTA 1: El proponente no deberá encontrarse inscrito en el Boletín de Responsables Fiscales (Artículo 60, Ley 610 de 2000); situación que podrá ser acreditada por el oferente en su propuesta con una expedición no superior a 30 días contados a partir del cierre o entrega de ofertas	Consulta	Se consulta en la página oficial sin novedad a la fecha	X	
La Policía Nacional **DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD** N°3, consultará el CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES, de las personas naturales, los representantes legales de personas jurídicas y/o de quien en nombre de la persona jurídica presente la oferta.	Consulta	Se consulta en la página oficial sin novedad a la fecha	X	
La Policía Nacional **DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3**,	Consulta		X	

consultará en el Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas (RNMC), con el fin de verificar que el Representante Legal no se encuentre inmerso en el Numeral 4 del Artículo 183 del Código Nacional de Policía y Convivencia Ciudadana (Ley 1801 del 2016)		Se consulta en la página oficial sin novedad a la fecha		
PLANILLA DEL ÚLTIMO PAGO DE LOS APORTES DE SALUD Y PENSIÓN Para dar cumplimiento con lo previsto en la Ley 828 de 2003 y lo establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el oferente aportará la PLANILLA DEL ÚLTIMO PAGO de los aportes de salud y pensiones, fecha de pago verificable acorde al Decreto 1670 de 2007.	Anexar documento	Documento anexo en el SECOP II	X	
ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS, DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS Y ANÁLISIS DEL RIESGO Y LA FORMA DE MITIGARLO El oferente dentro de su propuesta, deberá anexar documento suscrito por el representante legal y/o apoderado, o quien haga sus veces, donde haga constar que acepta los parámetros contenidos en el anexo que corresponda a la "estimación, tipificación, asignación de riesgos, la forma de mitigarlo, la determinación de garantías y las cláusulas sancionatorias". (Diligenciar Formato Estimación del Riesgo)	Anexar documento	No se allego		X
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (Diligenciar "Formulario Nro. 5".)	Anexar documento	El formulario anexo tiene información diferente se observan inconsistencias, se debe diligenciar con los formularios enviados		x
REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS – REDAM: Con el fin de verificar que la persona natural o el representante legal de la persona jurídica no esté reportado ante el REDAM, el proponente deberá adjuntar certificación expedida por el MINTIC, con fecha de expedición no anterior a 30 días calendario a la fecha de cierre del presente proceso de selección, donde manifieste que no se encuentra en causal de inhabilidad por ser deudor moroso de alimentos	Anexar Documento	Documento anexo en el SECOP II	X	
FORMULARIO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO El oferente dentro de su propuesta, deberá anexar documento suscrito por el representante legal y/o apoderado, o quien haga sus veces, donde haga constar que acepta los parámetros contenidos en el anexo.	Anexar documento	El formulario anexo tiene información diferente se observan inconsistencias, se debe diligenciar con los formularios enviados		x

Atentamente,

Abogado **NELSON RAÚL FIGUEROA PEÑALOZA**
Evaluador Jurídico

Fecha de elaboración: 17-07-2024
Ubicación: C:\Users\Disan\Documents\

Calle 94 Sector Villa Olímpica, Frente a Expofuturo
Teléfono: 3164770 Ext. 8307
deris.rase3-gco@policia.gov.co
www.policia.gov.co

RASE3

INFORMACIÓN PÚBLICA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3

Nro. GS-2024 – 012309 **/ RASES - JEFAT – 29.25**

Pereira, 17 JUL 2024

Señora Subintendente
YENNY ALEXANDRA GÓMEZ PATIÑO
Jefe Grupo de Contratos Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3
Calle 94 Avenida Villa Olímpica Frente a Expofuturo
Pereira

Asunto: Evaluación Técnica Proceso **PN RASES N°3 CD 046 2024**

Respetuosamente me permito enviar a la señora Subintendente, la verificación técnica de la oferta presentada dentro del proceso de CONTRATACIÓN DIRECTA-INTERADMINISTRATIVO **PN RASES N°3 CD 046 2024** que tiene como objeto ***"LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MÉDICOS HOSPITALARIOS, URGENCIAS, AMBULATORIOS, DE PRIMER NIVEL Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL EN LOS MUNICIPIOS DE LA VIRGINIA, PUEBLO RICO Y GUÁTICA EN EL DEPARTAMENTO DE RISARALDA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3."***

De acuerdo con lo evidenciado en el portal único de contratación SECOP II www.colombiacompra.gov.co/secop-ii, se procede a realizar la verificación técnica de las propuestas presentadas dentro grupos 1,2,3 pertenecientes a la jurisdicción de la Unidad Prestadora de Salud Risaralda del proceso **PN RASES N°3 CD 046 2024**, así:

GRUPO	MUNICIPIO	NOMBRE ENTIDAD	NIT
1	LA VIRGINIA RISARALDA	E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO	891401643-1
2	GUÁTICA RISARALDA	E.S.E HOSPITAL SANTA ANA	891410661-0
3	PUEBLO RICO RISARALDA	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL	891409025-4

GRUPO 1: E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO LA VIRGINIA RISARALDA

REQUISITO	REQUERIMIENTO	OBSERVACIONES	CUMPLE	NO CUMPLE
El oferente deberá cumplir con los requisitos técnicos mínimos requeridos en el ANEXO 1 de la invitación; para lo cual cada Entidad Estatal deberá diligenciar con una (X) la columna "OFRECE", en el que la entidad exprese su manifestación de ofrecimiento o no ofrecimiento de cada una de las especificaciones técnicas solicitadas. VER ANEXO 1 de la invitación.	Anexar documento		X	
CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE VERIFICACIÓN. El oferente deberá diligenciar el anexo de CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE VERIFICACIÓN	Anexar documento	La entidad no diligencia el anexo nro. 2 CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE VERIFICACIÓN de la Invitación.		X
REGISTRO ESPECIAL NACIONAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Con el	Anexar documento	El certificado que anexa la entidad tiene fecha		X

fin de verificar los servicios habilitados por la entidad, el oferente deberá cumplir con lo estipulado en la Resolución 3100 del 2019 o con la norma que esté vigente, así mismo adjuntar la certificación de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud, con expedición vigente, en donde se identifiquen los servicios habilitados para la prestación de los mismos. En caso de que el servicio sea subcontratado, deberá adjuntar adicionalmente el registro especial de la entidad que prestará el servicio. De igual manera el comité de verificación técnico hará la verificación de la inscripción de la entidad en el REPS.		de vencimiento 30/04/2023		
FORMULARIO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO El Oferente deberá Diligenciar "Formulario Nro. 5"	Anexar documento		X	

GRUPO 2: E.S.E HOSPITAL SANTA ANA GUÁTICA RISARALDA

REQUISITO	REQUERIMIENTO	OBSERVACIONES	CUMPLE	NO CUMPLE
El oferente deberá cumplir con los requisitos técnicos mínimos requeridos en el ANEXO 1 de la invitación; para lo cual cada Entidad Estatal deberá diligenciar con una (X) la columna "OFRECE", en el que la entidad exprese su manifestación de ofrecimiento o no ofrecimiento de cada una de las especificaciones técnicas solicitadas. VER ANEXO 1 de la invitación.	Anexar documento		X	
CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE VERIFICACIÓN. El oferente deberá diligenciar el anexo de CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE VERIFICACIÓN	Anexar documento		X	
REGISTRO ESPECIAL NACIONAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Con el fin de verificar los servicios habilitados por la entidad, el oferente deberá cumplir con lo estipulado en la Resolución 3100 del 2019 o con la norma que esté vigente, así mismo adjuntar la certificación de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud, con expedición vigente, en donde se identifiquen los servicios habilitados para la prestación de los mismos. En caso de que el servicio sea	Anexar documento		X	

subcontratado, deberá adjuntar adicionalmente el registro especial de la entidad que prestará el servicio. De igual manera el comité de verificación técnico hará la verificación de la inscripción de la entidad en el REPS.				
FORMULARIO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO El Oferente deberá Diligenciar "Formulario Nro. 5"	Anexar documento		X	

GRUPO 3: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO RISARALDA

REQUISITO	REQUERIMIENTO	OBSERVACIONES	CUMPLE	NO CUMPLE
El oferente deberá cumplir con los requisitos técnicos mínimos requeridos en el ANEXO 1 de la invitación; para lo cual cada Entidad Estatal deberá diligenciar con una (X) la columna "OFRECE", en el que la entidad exprese su manifestación de ofrecimiento o no ofrecimiento de cada una de las especificaciones técnicas solicitadas. VER ANEXO 1 de la invitación.	Anexar documento	La entidad no anexa documentación solicitada.		X
CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE VERIFICACIÓN. El oferente deberá diligenciar el anexo de CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE VERIFICACIÓN	Anexar documento	La entidad no anexa documentación solicitada.		X
REGISTRO ESPECIAL NACIONAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Con el fin de verificar los servicios habilitados por la entidad, el oferente deberá cumplir con lo estipulado en la Resolución 3100 del 2019 o con la norma que esté vigente, así mismo adjuntar la certificación de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud, con expedición vigente, en donde se identifiquen los servicios habilitados para la prestación de los mismos. En caso de que el servicio sea *subcontratado*, deberá adjuntar adicionalmente el registro especial de la entidad que prestará el servicio. De igual manera el comité de verificación técnico hará la verificación de la inscripción de la entidad en el REPS.	Anexar documento	La entidad no anexa documentación solicitada.		• X
FORMULARIO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO El Oferente deberá Diligenciar "Formulario Nro. 5"	Anexar documento	La entidad anexa formulario que no coincide plenamente con el solicitado dentro de la invitación.		X

CONSIDERACIONES FINALES:

De acuerdo con la información que antecede se pudo establecer:

- GRUPO 1: E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO DE LA VIRGINIA RISARALDA, **NO CUMPLE** con los requisitos de orden técnico solicitados en el proceso **PN RASES N°3 CD 046 2024**, falta ANEXO NRO. 2 de la invitación diligenciado por la entidad; de igual manera el Certificado Registro Especial Nacional De Prestadores De Servicios De Salud aportado se encuentra vencido.

- GRUPO 2: E.S.E HOSPITAL SANTA ANA GUÁTICA RISARALDA, **SI CUMPLE** con los requisitos de orden técnico solicitados en el proceso **PN RASES N°3 CD 046 2024.**

- GRUPO 3: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO RISARALDA, **NO CUMPLE** con los requisitos de orden técnico solicitados en el proceso **PN RASES N°3 CD 046 2024,** ya que el oferente no incluye dentro su oferta los ANEXOS NRO. 1 y 2 de la invitación diligenciados, no anexa certificado de Registro Especial Nacional De Prestadores De Servicios De Salud y no anexa formulario Nro. 5 de acuerdo a lo solicitado en la invitación.

Atentamente,

CPS **PEDRO ELÍAS GÓMEZ COTE**
Médico Integrante de la Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3
Comité Técnico

Calle 94 Sector Villa Olímpica, Frente a Expofuturo
Teléfono: 3164770 Ext. 8310
deris.rase3-aut@policia.gov.co
www.policia.gov.co

NFORMACIÓN PÚBLICA

RASES 3

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3

No. GS-2024- 012308 **/ RASES3 – GUPRE 29.25**

Pereira, 17 JUL 2024

Señora Subintendente
YENNY ALEXANDRA GÓMEZ PATIÑO
Jefe Grupo de Contratos Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3
Calle 94 Avenida Villa Olímpica Frente a Expofuturo
Pereira

Asunto: Evaluación Económica Proceso **PN RASES N°3 CD 046 2024**

Respetuosamente me permito enviar la verificación económica de la oferta presentada dentro del proceso de CONTRATACIÓN DIRECTA - INTERADMINISTRATIVO **PN RASES N°3 CD 046 2024** que tiene como objeto ***"LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MÉDICOS HOSPITALARIOS, URGENCIAS, AMBULATORIOS, DE PRIMER NIVEL Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE POLICÍA NACIONAL EN LOS MUNICIPIOS DE LA VIRGINIA, PUEBLO RICO Y GUÁTICA EN EL DEPARTAMENTO DE RISARALDA, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3."***, de los grupos correspondientes a la Unidad Prestadora de Salud Risaralda, así:

GRUPO 1 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO DE LA VIRGINIA, por un valor estimado de **CIEN MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($100.000.000,00)** para la vigencia 2024.

GRUPO 2 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ANA - GUÁTICA, por un valor estimado de **DIECISÉIS MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($16.000.000,00)** para la vigencia 2024.

GRUPO 3 E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DEL MUNICIPIO DE PUEBLO RICO, por un valor estimado de **DOCE MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($12.000.000,00)** para la vigencia 2024.

Dicho presupuesto se encuentra amparado mediante Certificado de Disponibilidad Presupuestal **SIIF 39724 de fecha 07/06/2024 QUIPU Nro. 419 del 07/06/2024** para la vigencia 2024.

A razón de que la modalidad de contratación es directa, a través de un contrato interadministrativo con otra entidad pública, con la cual ya se ha tenido antecedentes contractuales y ha demostrado la idoneidad y capacidad para obligarse, con base en el Artículo 2.2.1.2.1.4.4. del decreto 1082 de 2015, la evaluación económica se hará de acuerdo a las tarifas que se pacten entre las dos entidades.

De acuerdo con lo evidenciado en el portal único de contratación SECOP II www.colombiacompra.gov.co/secop-ii, se procede a realizar la verificación económica de las propuestas presentadas dentro de los grupos pertenecientes a la jurisdicción de la Unidad Prestadora de Salud Risaralda del proceso de selección **PN RASES N°3 CD 046 2024**, así:

GRUPO	MUNICIPIO	NOMBRE ENTIDAD	NIT
1	LA VIRGINIA RISARALDA	E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO	891401643-1
2	GUÁTICA RISARALDA	E.S.E HOSPITAL SANTA ANA	891410661-0
3	PUEBLO RICO RISARALDA	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL	891409025-4

GRUPO 1: E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO LA VIRGINIA RISARALDA

REQUISITOS ECONÓMICOS		CONCEPTO
CERTIFICACIÓN BANCARIA	Certificación Bancaria vigente con una expedición no superior a treinta (30) días calendario al momento de presentar la oferta.	SI CUMPLE
FORMATO DE BENEFICIARIO CUENTA	Datos básicos beneficiario cuenta (Formulario 2)	SI CUMPLE
IDENTIFIOACIÓN TRIBUTARIA	El oferente nacional indicará su identificación tributaria e información sobre el régimen de impuestos al que pertenece, para lo cual aportará con la Oferta copia del Registro Único Tributario RUT; tramitado e impreso o generado durante la presente vigencia 2024. Las personas jurídicas y/o naturales integrantes de un consorcio o unión temporal o promesa de sociedad futura acreditarán individualmente este requisito, cuando intervengan como responsables del impuesto sobre las ventas, por realizar directamente la prestación de servicios gravados con dicho impuesto. Lo anterior conforme el artículo 368 del Estatuto Tributario, en concordancia con el artículo 66 de la Ley 488 de 1998 que adicionó el artículo 437 del mismo Estatuto y la Resolución 139 de 2012 modificada por la Resolución 154 de 2012 expedida por la U.A.E. DIAN.	SI CUMPLE

LISTADO TARIFAS SERVICIOS OFERTADAS

Código habilitación	Codigo servicio	Nombre del Servicio	Tarifa	OFERTA	
				SI	NO
6640000716	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	746	GESTION PRE-TRANSFUSIONAL	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	740	FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	739	FISIOTERAPIA	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	729	TERAPIA RESPIRATORIA	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	706	LABORATORIO CLÍNICO	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	DE ACUERDO A RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR LA ENTIDAD	X	
6640000716	1102	URGENCIAS	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	1101	ATENCIÓN DEL PARTO	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	345	PSIQUIATRÍA	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	411	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	410	CIRUGÍA ORAL	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	396	ODONTOPEDIATRÍA	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	368	CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROSCÓPICA	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	347	REHABILITACIÓN ORAL	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	326	MEDICINA FÍSICA Y DEL DEPORTE	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	311	ENDODONCIA	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	420	VACUNACIÓN	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	344	PSICOLOGÍA	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	342	PEDIATRÍA	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	340	OTORRINOLARINGOLOGÍA	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	329	MEDICINA INTERNA	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	328	MEDICINA GENERAL	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	

6640000716	320	GINECOBSTETRICIA	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	316	GASTROENTEROLOGÍA	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	312	ENFERMERÍA	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	308	DERMATOLOGÍA	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	304	CIRUGÍA GENERAL	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	302	CARDIOLOGÍA	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	301	ANESTESIA	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	205	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	211	CIRUGÍA ORAL	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	233	CIRUGÍA DERMATOLÓGICA	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	209	CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6640000716	203	CIRUGÍA GENERAL	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	

GRUPO 2: E.S.E HOSPITAL SANTA ANA GUÁTICA RISARALDA

REQUISITOS ECONÓMICOS		CONCEPTO
CERTIFICACIÓN BANCARIA	Certificación Bancaria vigente con una expedición no superior a treinta (30) días calendario al momento de presentar la oferta.	**NO CUMPLE:** la certificación se encuentra expedida con fecha 07/03/2024
FORMATO DE BENEFICIARIO CUENTA	Datos básicos beneficiario cuenta (Formulario 2)	**SI CUMPLE**
IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA	El oferente nacional indicará su identificación tributaria é información sobre el régimen de impuestos al que pertenece, para lo cual aportará con la Oferta copia del Registro Único Tributario RUT; tramitado e impreso o generado durante la presente vigencia 2024. Las personas jurídicas y/o naturales integrantes de un consorcio o unión temporal o promesa de sociedad futura acreditarán individualmente este requisito, cuando intervengan como responsables del impuesto sobre las ventas, por realizar directamente la prestación de servicios gravados con dicho impuesto. Lo anterior conforme el artículo 368 del Estatuto Tributario, en concordancia con el artículo 66 de la Ley 488 de 1998 que adicionó el artículo 437 del mismo Estatuto y la Resolución 139 de 2012 modificada por la Resolución 154 de 2012 expedida por la U.A.E. DIAN.	**SI CUMPLE**

LISTADO TARIFAS SERVICIOS OFERTADAS

Codigo habilitacion	Codigo servicio	Nombre del Servicio	Tarifa	OFERTA	
				SI	
6631800799	706	LABORATORIO CLÍNICO	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6631800799	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6631800799	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6631800799	739	FISIOTERAPIA	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6631800799	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6631800799	748	RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6631800799	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6631800799	1101	ATENCIÓN DEL PARTO	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6631800799	1102	URGENCIAS	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6631800799	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	DE ACUERDO A RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR LA ENTIDAD	X	
6631800799	312	ENFERMERÍA	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6631800799	328	MEDICINA GENERAL	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	

6631800799	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6631800799	344	PSICOLOGÍA	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6631800799	420	VACUNACIÓN	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6631800799	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	
6631800799	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	SOAT 2024 TARIFA PLENA	X	

GRUPO 3: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO RISARALDA

REQUISITOS ECONÓMICOS		CONCEPTO
CERTIFICACIÓN BANCARIA	Certificación Bancaria vigente con una expedición no superior a treinta (30) días calendario al momento de presentar la oferta.	**SI CUMPLE**
FORMATO DE BENEFICIARIO CUENTA	Datos básicos beneficiario cuenta (Formulario 2)	**SI CUMPLE**
IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA	El oferente nacional indicará su identificación tributaria e información sobre el régimen de impuestos al que pertenece, para lo cual aportará con la Oferta copia del Registro Único Tributario RUT; tramitado e impreso o generado durante la presente vigencia 2024. Las personas jurídicas y/o naturales integrantes de un consorcio o unión temporal o promesa de sociedad futura acreditarán individualmente este requisito, cuando intervengan como responsables del impuesto sobre las ventas, por realizar directamente la prestación de servicios gravados con dicho impuesto. Lo anterior conforme el artículo 368 del Estatuto Tributario, en concordancia con el artículo 66 de la Ley 488 de 1998 que adicionó el artículo 437 del mismo Estatuto y la Resolución 139 de 2012 modificada por la Resolución 154 de 2012 expedida por la U.A.E. DIAN.	**SI CUMPLE**

LISTADO TARIFAS SERVICIOS OFERTADAS

La entidad no adjunta dentro de la propuesta el Anexo Nro. 1 donde se relaciona las tarifas ofertadas

CONSIDERACIONES DE EVALUADOR ECONÓMICO:

De acuerdo con la información que antecede se pudo establecer:

- GRUPO 1: E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO LA VIRGINIA RISARALDA, **SI CUMPLE** con los requisitos de orden económico solicitados en el proceso **PN RASES N°3 CD 046 2024**.
- GRUPO 2: E.S.E HOSPITAL SANTA ANA GUÁTICA RISARALDA, **NO CUMPLE** con los requisitos de orden económico solicitados en el proceso **PN RASES N°3 CD 046 2024.** Es necesario que adjunte una certificación bancaria vigente con una expedición no superior a treinta (30) días calendario
- GRUPO 3: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO RISARALDA, **NO CUMPLE** con los requisitos de orden económico solicitados en el proceso **PN RASES N°3 CD 046 2024.** La entidad no adjunta dentro de la propuesta el Anexo Nro. 1 donde se relaciona las tarifas ofertadas

Atentamente,

Subintendente **JHONIDER BETANCUR VARELA**
Comité Económico proceso PN RASES N°3 CD 046 2024

Fecha de elaboración: 16-07-2024
Ubicación: C:\Users\Disan\Documents\

Calle 94 Sector Villa Olímpica, Frente a Expofuturo
Teléfono: 3164790 Ext. 8307
deris.rase3-gco@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA