EVALUACION TECNICA DE MINIMA CUANTIA No. 201 – DIGSA / ESM - BAS 02 – 2020.

EL OBJETO ES "PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADO EN PSIQUIATRIA E INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, PSICOTERAPIA POR PSIQUIATRIA Y DEMAS SERVICIOS DERIVADOS DE LA ESPECIALIDAD PARA EL PERSONAL DE USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BICOR EN SANTA MARTA PARA LA VIGENCIA 2020."

El presupuesto asignado para el presente proceso es de OCHENTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($87.500.000,00)

ESTABLECIMIENTO	PRESUPUESTO
ESM BICOR	$ 87.500.000,00
	$ 87.500.000,00

El comité técnico evaluador procedera a evaluar la propuesta de acuerdo a lo establecido en el artículo 2.2.1.2.1.5.2 numeral 4 del Decreto 1082 de 2015 y los criterios de evaluación estipulados en la invitación pública del presente proceso.

RELACIÓN DE OFERENTES QUE PRESENTARON SUS PROPUESTAS EL DIA Y HORA SEÑALADA EN EL CRONOGRAMA QUE RIGE EL PROCESO:

SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADO EN PSIQUIATRIA E INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, PSICOTERAPIA POR PSIQUIATRIA Y DEMAS SERVICIOS DERIVADOS DE LA ESPECIALIDAD

Teniendo en cuenta lo anterior se procede a evaluar la propuesta de la empresa:

INSECAR S.A.S

1. NORMAS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONTES TECNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

Las especificaciones técnicas mínimas requeridas son de obligatorio cumplimiento, de no hacerlo la propuesta será considerada no apta técnicamente.
Los estándares mínimos de orden de calidad que deben tenerse en cuenta para la presentación de la oferta, son los consagrados en el anexo técnico.

Calle 79 No. 68-00 ESM BAS02
Teléfono: 3049822
Correo electrónico:contratosesm1015@hotmail.com

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO (CUMPLE - NO CUMPLE)

No.	ELEMENTO Y/O EQUIPO	UNIDAD DE MEDIDA	CUMPLE	
			SI	NO
1	CONSULTA AMBULATORIA PSIQUIATRIA ADULTOS Y PEDIATRICA.	SERVICIO	x	
2	HOSPITALIZACIÓN PSIQUIATRICA ADULTOS Y PEDIATRICA.	SERVICIO	x	
3	SUMINISTROS MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS.	SERVICIO	x	

DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CUMPLE	
		SI	NO
AMBULATORIA. LA ATENCION INSTITUCIONAL DE UN USUARIO, CON EL CONJUNTO DE RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y DE DOTACION ESTABLECIDOS POR LA REGLAMENTACION VIGENTE DE REQUISITOS ESENCIALES PARA LA PRESTACION DE ESTE SERVICIO.			
SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA			
CONSULTA EXTERNA DE COMPLEJIDAD MEDIANA	SERVICIO	**X**	
CONSULTA EXTERNA DE COMPLEJIDAD ALTA	SERVICIO	**X**	
INTERNACON - HOSPITALIZACION. LA ATENCION INSTITUCIONAL INTRAMURAL DE UN USUARIO POR UN TIEMPO MAYOR A VEINTICUATRO (24) HORAS, CON EL CONJUNTO DE RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y DE DOTACION ESTABLECIDOS POR LA REGLAMENTACION VIGENTE DE REQUISITOS ESENCIALES.	SERVICIO	**X**	
EL GRADO DE COMPLEJIDAD DE LA INTERNACION DEPENDERA DE LA CLASIFICACION DEL SERVICIO OFRECIDO POR LA ENTIDAD PRESTADORA Y VERIFICADO POR LA DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD COMPETENTE.			

Calle 79 No. 68-00 ESM BAS02
Teléfono: 3049822
Correo electrónico: contratosesm1015@hotmail.com

INTERNACION ESPECIAL	SERVICIO	**X**	
INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL ESPECIAL COMPLEJIDAD MEDIANA.	SERVICIO	**X**	
INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL ESPECIAL COMPLEJIDAD ALTA.	SERVICIO	**X**	
INTERNACION PARCIAL. PERMANENCIA DIURNA O NOCTURNA.	SERVICIO	**X**	
INTERNACION PARCIAL EN HOSPITAL (HOSPITAL DIA). SOD	SERVICIO	**X**	
PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA PSIQUE			
EVALUACION Y PRUEBAS PSICOLOGICAS	SERVICIO	**X**	
ADMINISTRACION DE PRUEBA DE INTELIGENCIA (CUALQUIER TIPO)	SERVICIO	**X**	
ADMINISTRACION DE PRUEBA DE INTELIGENCIA (CUALQUIER TIPO) NCOC	SERVICIO	**X**	
ADMINISTRACION DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO)	SERVICIO	**X**	
ADMINISTRACION DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) NCOC	SERVICIO	**X**	
ANALISIS DE CARÁCTER [CONDUCTA]			
EVALUACION EN ALTERACIONES EMOCIONALES Y/O DE CONDUCTA	SERVICIO	**X**	
ADMINISTRACION DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO)			
CONSULTA POR PRIMERA VEZ NEUROPSICOLOGIA	SERVICIO	**X**	
CONTROL POR NEUROPSICOLOGIA	SERVICIO	**X**	
ADMINISTRACION DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO) NCOC	SERVICIO	**X**	
DETERMINACION DEL ESTADO MENTAL PSICOLOGICO	SERVICIO	**X**	
Excluye: LA ENTREVISTA, EVALUACION O VALORACION REALIZADA EN LA CONSULTA POR PSICOLOGIA (890)	SERVICIO	**X**	
DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGÍA SOD	SERVICIO	**X**	
ENTREVISTAS, CONSULTAS Y EVALUACIONES PSIQUIATRICAS			
DETERMINACION DEL ESTADO MENTAL PSIQUIATRICO	SERVICIO	**X**	
Excluye: LA ENTREVISTA, EVALUACION O VALORACION REALIZADA EN LA CONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA	SERVICIO	**X**	
DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRÌA SOD	SERVICIO	**X**	

Calle 79 No. 68-00 ESM BAS02
Teléfono: 3049822
Correo electrónico: contratosesm1015@hotmail.com

OTRA ENTREVISTA Y EVALUACION PSIQUIATRICAS			
OTRA ENTREVISTA Y EVALUACION PSIQUIATRICAS SOD	SERVICIO	**X**	
EVALUACION DE SALUD MENTAL POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO			
EVALUACION DE SALUD MENTAL POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO SOD	SERVICIO	**X**	
SOMATOTERAPIA PSIQUIATRICA			
PSICOTERAPIA			
Incluye: AQUELLA PARA EL CONTROL DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN LA PROTECCION DE LA SALUD DE LOSTRABAJADORES COMO EL MANEJO DEL CONFLICTO Y LA NEGOCIACION, COMUNICACIÓN EFECTIVA, INCREMENTO DEAUTOESTIMA, ENTRE OTRAS ESTRATEGIAS			
PSICOTERAPIA INDIVIDUAL			
PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRIA	SERVICIO	**X**	
PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	SERVICIO	**X**	
INTERVENCION EN CRISIS			
INTERVENCION EN CRISIS SOD	SERVICIO	**X**	
OTRAS MODALIDADES TERAPEUTICAS EN SALUD MENTAL			
PSICOTERAPIA DE PAREJA			
PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSIQUIATRIA	SERVICIO	**X**	
PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGIA	SERVICIO	**X**	
PSICOTERAPIA FAMILIAR			
PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSIQUIATRIA	SERVICIO	**X**	
PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGIA	SERVICIO	**X**	
PSICOTERAPIA DE GRUPO			
PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSIQUIATRIA	SERVICIO	**X**	
PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSICOLOGIA	SERVICIO	**X**	
INTERVENCIONES DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD			
INTERVENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR MEDICINA GENERAL	SERVICIO	**X**	
INTERVENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR PSIQUIATRIA	SERVICIO	**X**	
INTERVENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR ENFERMERIA	SERVICIO	**X**	
INTERVENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR PSICOLOGIA	SERVICIO	**X**	
INTERVENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR TRABAJO SOCIAL	SERVICIO	**X**	
INTERVENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL.	SERVICIO	**X**	

Calle 79 No. 68-00 ESM BAS02
Teléfono: 3049822
Correo electrónico: contratosesm1015@hotmail.com

INTERVENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD	SERVICIO	**X**	
INTERVENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	SERVICIO	**X**	

CUMPLIMIENTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ADICIONALES

Debe certificarse en documento independiente el cumplimiento a la totalidad de las especificaciones técnicas adicionales, conforme a la descripción de las mismas "Especificaciones Técnicas". Estos aspectos técnicos adicionales son de estricto cumplimiento que no pueden obviarse por lo tanto serán evaluados como CUMPLE o NO CUMPLE.

NO	CONDICIONES DEL SERVICIO	CUMPLE	
		SI	NO
1	Anexar certificación expedida por Representante Legal donde se garantiza que los especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares, cuentan con el título o certificado expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado.	**X**	
2	Anexar hojas de vida de los profesionales de salud que laboran en la institución, como mínimo una de cada profesional: 1. Médico general con certificado de formación en el control del paciente en salud mental, con supervisión por parte del médico psiquiatra. 2. Auxiliar de enfermería. 3. Médico psiquiatra. 4. Enfermera jefe. 5. Terapeuta ocupacional. 6. Psicólogo con certificado de formación en atención clínica. 7. Trabajador social. 8. Neuropsicología.	**X**	
3	Anexar certificación expedida por Representante Legal donde se garantiza haber desarrollado acciones de formación continua del talento humano en salud, en los procesos prioritarios asistenciales ofertados.	**X**	
4	Anexar Certificado de formación para la atención y el tratamiento del consumidor de sustancias psicoactivas y Certificado de formación en soporte vital básico. El talento humano asistencial cuenta con: - Certificado de formación de atención en primeros auxilios. - El médico especialista en psiquiatría y el médico general cuentan	**X**	

Calle 79 No. 68-00 ESM BAS02
Teléfono: 3049822
Correo electrónico: contratosesm1015@hotmail.com

	- con certificado de formación en soporte vital avanzado.		
5	Anexar Portafolio de servicios actualizado	X	
6	Certificación expedida por el Representante Legal donde se evidencie compromiso en la implementación de un programa de mantenimiento preventivo y correctivo, garantizando la prestación de los servicios con equipos Biomédicos y Material Médico adecuados y de última tecnología para la atención del usuario. La entidad debe acreditar la aplicación de protocolos aceptados en salud para el manejo de pacientes.	X	
7	Anexar Certificado de habilitación de los servicios ofertados.	X	
8	Certificado bajo la gravedad de Juramento donde manifieste si su red de servicios ofertados es con red propia (no se acepta red subcontratada).	X	
9	Para dispositivos médicos de uso humano requeridos para la prestación de los servicios de salud que ofrece, debe contar con soporte documental que asegure la verificación y seguimiento de la siguiente información: descripción, marca del dispositivo, serie (cuando aplique), presentación comercial, registro sanitario vigente expedido por el INVIMA o permiso de comercialización, clasificación del riesgo (información consignada en el registro sanitario o permiso de comercialización) y vida útil si aplica.	X	
10	Anexar programa de seguridad del paciente que provea una adecuada identificación y gestión de eventos adversos, que incluya como mínimo: a. Planeación estratégica de la seguridad: Existe una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia.	X	
11	Certificación expedida por el Representante Legal donde cumpla con: 1. Protocolo de enfermería. 2. Guías de manejode las primeras cinco (5) causas de hospitalización.	X	
12	Certificación expedida por el Representante Legal donde cumpla: 1. Protocolo de manejo y atención de usuarios con VIH/SIDA dentro de la Institución.	X	
13	Anexar datos de la persona encargada de la Coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e Informar novedades sobre procedimientos, tratamientos, quejas, programaciones y en general para la atención de los usuarios. Esta línea telefónica será de manejo por parte de los auditores y personal de referencia y contra referencia del Ejercito Nacional.	X	
14	Certificar por escrito mediante oficio firmado por el representante legal que: garantice la oportunidad para la asignación de citas ambulatorias por medicina especializada, en un intervalo de tiempo entre diez (10) a quince (15) días, una vez solicitado el servicio.	X	
15	Certificar por escrito mediante oficio firmado por el representante legal la Asignación de cama hospitalaria, en un tiempo no mayor a cuatro (4) horas contadas a partir de su solicitud, con permanente disponibilidad, incluyendo internación los fines de	X	

Calle 79 No. 68-00 ESM BAS02
Teléfono: 3049822
Correo electrónico: contratosesm1015@hotmail.com

	semana y noches.		
16	Certificar por escrito mediante oficio firmado por el representante legal que cuenta con habitación separadas para hombres y mujeres, durante su hospitalización.	X	
17	Certificar por escrito mediante oficio firmado por el representante legal que cuenta con condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección que respondan a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados por la institución.	X	
18	Certificar por escrito mediante oficio firmado por el representante legal que: Los pisos, paredes y techos de todos los servicios deberán ser de fácil limpieza y estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.	X	
19	Certificar por escrito mediante oficio firmado por el representante legal que: Durante la hospitalización garantizar atención que incluya: 1. Alojamiento 2. Alimentación (comidas y meriendas) 3.Valoraciones e intervenciones del equipo interdisciplinario requerido según la patología.	X	
20	Certificar por escrito mediante oficio firmado por el representante legal que cumple con: Hospitalización de salud mental para niños y/o adolescentes, además de las condiciones exigidas para hospitalización en salud mental, cuenta con las siguientes características: 1. Es exclusivo para niños o adolescentes. 2. Sistema que permita el monitoreo visual y/o vigilancia permanente. 3. Sistema de seguridad en ventanas para los niños.	X	
21	Para los medicamentos de control especial en la prestación de servicios de salud, deberá contar con la respectiva resolución de autorización vigente, por parte del Fondo Nacional de Estupefacientes o la entidad que haga sus veces y cumplir con los requisitos exigidos para el manejo de medicamentos de control, de acuerdo con la normatividad vigente.	X	
22	Anexar protocolo de manejo para pacientes hospitalizados por farmacodependencia, según parámetros de la ley 1566, donde se incluya la atención integral e interdisciplinaria que contemple diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud de todos los trastornos mentales derivados del consumo de sustancias psicoactivas, indicando tiempo de tratamiento, fases, métodos y actividades que realiza en hospital día, así como medicamentos requeridos, profesionales que intervienen y costos.	X	
23	Programa de farmacodependencia,	X	

2. EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

Calle 79 No. 68-00 ESM BAS02
Teléfono: 3049822
Correo electrónico: contratosesm1015@hotmail.com

EVALUACION TECNICA DE MINIMA CUANTIA No. 201 – DIGSA / ESM - BAS 02 – 2020. **CUYO OBJETO ES "PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADO EN PSIQUIATRIA E INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, PSICOTERAPIA POR PSIQUIATRIA Y DEMAS SERVICIOS DERIVADOS DE LA ESPECIALIDAD PARA EL PERSONAL DE USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BICOR EN SANTA MARTA PARA LA VIGENCIA 2020."**

VERIFICACIÓN DE LA EXPERIENCIA HABILITANTE	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
INSECAR S.A.S	X		

De acuerdo a lo anterior, **EL COMITÉ TECNICO** evaluador al revisar los requisitos exigidos en el **PROCESO DE CONTRATACIÒN** No. 201 – DIGSA - ESM - BAS 02 – 2020

Se observa que:

El oferente **INSECAR S.A.S,** Cumple con las condiciones tecnicas adicionales requeridas en la invitación publica.

ORIGINAL FIRMADO
SS. OLIVEROS LAMBRAÑO RICARDO JOSE
COMITÉ TECNICO EVALUADOR

Calle 79 No. 68-00 ESM BAS02
Teléfono: 3049822
Correo electrónico: contratosesm1015@hotmail.com