MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CASANARE
1256574402

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

Yopal Casanare, 13 de septiembre de 2024

Señor teniente coronel
YAIR YOVANNY CHAPARRO GUERRERO
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 7
Calle 15 No. 15ª-33 del Barrio el Estero
Villavicencio.

Asunto: Evaluación técnica proceso PN RASES No.7 MIC 111 2024

De manera atenta me permito enviar a mi mayor, la evaluación técnica realizada dentro del proceso de contratación ***PN RASES No 7 MIC 111 2024***, "**PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE APOYO TERAPEUTICO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE.**"

Oferente evaluado:

1. **DOMISALUD DEL LLANO**
2. **INSTITUTO DE FRACTURAS**

ÍTEM	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	DOMISALUD DEL LLANO		INSTITUTO DE FRACTURAS	
		CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
		SI	NO	SI	NO
1	**EXPERIENCIA:** El proponente deberá acreditar experiencia en contratos con objetos iguales o similares al presente proceso **PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE APOYO TERAPEUTICO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE**, 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. Las certificaciones deberán contener la siguiente información: Nombre o Razón Social del Contratante Nombre o Razón Social del Contratista Objeto Contractual Fecha de Inicio Fecha de Terminación Valor del Contrato Nombre y datos de contacto de quien expide la certificación Fecha de expedición 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. Cuando se certifiquen contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o de Unión Temporal, la Regional de Aseguramiento en Salud N° 7 tomará para efectos de la verificación de este requisito habilitante, el porcentaje de	X		X	

1256574402

<table>
<tr><td></td><td>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.

Además, debe tenerse en cuenta que:

- No se admiten certificaciones de subcontrataciones o convenios.
- No se acepta ningún otro documento diferente a los enunciados para soportar la experiencia.
- No se tendrán en cuenta contratos en ejecución.
- No se aceptan certificaciones con enmendaduras y que no contengan como mínimo la información solicitada o que presenten inconsistencias.

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><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td>CAPACIDAD INSTALADA DEL PRESTADOR: Se requiere que el proponente cuente con la siguiente capacidad:
<table><tr><th>GRUPO</th><th>CONCEPTO</th><th>CANTIDAD</th></tr><tr><td>Consultorio</td><td>Consulta Externa</td><td>3</td></tr></table></td><td>X</td><td></td><td>X</td><td></td></tr>
<tr><td>3</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 médicos de baja mediana y alta complejidad con que cuenta para prestar los servicios, así:
<table><tr><td>Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica</td></tr><tr><td>Fonoaudiología y/o terapia del lenguaje</td></tr><tr><td>Fisioterapia</td></tr><tr><td>Terapia respiratoria</td></tr><tr><td>Terapia ocupacional</td></tr><tr><td>Consulta Externa</td></tr><tr><td>Psicología</td></tr></table>De acuerdo con lo anterior debe presentar el certificado de Registro en el Sistema Único de Habilitación vigente expedido por la secretaria de Salud del Departamento del Casanare para cada servicio ofertado los cuales deben estar inscritos y habilitados al momento de presentar la propuesta y mantener dicha habilitación vigente durante la ejecución del contrato que se llegase a celebrar.</td><td>X</td><td></td><td>X</td><td></td></tr>
<tr><td>4</td><td>Recurso humano: El Oferente mediante certificación suscrita por el representante legal deberá acreditar que cuenta como mínimo con el siguiente personal asistencial durante toda la presentación de la propuesta y ejecución del contrato, para lo cual <u>deberá diligenciar el anexo de Idoneidad del Recurso Humano</u>, establecido por la Regional de Aseguramiento en Salud No.7.
<table><tr><th>ITEM</th><th>PERFIL</th><th>CANT</th></tr><tr><td>1</td><td>Terapeuta Físico</td><td>2</td></tr><tr><td>2</td><td>Terapeuta Ocupacional</td><td>2</td></tr><tr><td>3</td><td>Terapeuta Respiratorio</td><td>2</td></tr><tr><td>4</td><td>Fonoaudiólogo (a) (Terapia de Lenguaje)</td><td>2</td></tr><tr><td>5</td><td>Psicólogo</td><td>1</td></tr></table></td><td>X</td><td></td><td></td><td>No anexa formatos, deben estar firmados</td></tr>
<tr><td>5</td><td>Disponibilidad para la atención: Se requiere que las entidades de salud oferentes, certifiquen mediante escrito que cuentan con la capacidad administrativa y operacional propia, necesaria para prestar los servicios ofertados, en los siguientes horarios:

• Lunes a viernes de 07:00 a 12:00 horas y de 14:00 a 18:00 horas.
• Sábado de 08:00 horas hasta las 12:00 horas

• Oportunidad para la asignación de citas y/o terapias: de 1 a 10 días</td><td>X</td><td></td><td>X</td><td></td></tr>
<tr><td>6</td><td>SUPERVISOR POR PARTE DEL CONTRATISTA:
El proponente informará con su propuesta los datos de contacto del supervisor del contrato por parte del contratista (Empleado) con capacidad de toma de decisiones, quien tendrá contacto permanente vía telefónica</td><td></td><td>No anexa formato de idoneidad</td><td></td><td>No anexa formato de idoneidad</td></tr>
</table>

1256574402

	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.				
7	**MANUALES:** 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. 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)**		No anexa manual de limpieza y desinfección y manual de manejo de desechos	X	
8	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 ANALISIS 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		X	
9	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". 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 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.	X		X	
10	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. 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. En virtud de lo anterior, el PRESTADOR deberá responder ante la 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.	X		X	
11	El contratista deberá presentar en medio magnético la relación de los servicios ofertados, identificados con los CUPS, con el respectivo valor según tarifa y/o precio ofertado.	x		x	

1256574402

12	El oferente deberá diligenciar el anexo *SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO*, firmado por el representante legal de la entidad.		No anexa certificado	X	
13	El oferente deberá diligenciar el anexo *SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL* firmado por el representante legal de la entidad.		No anexa certificado	X	

OTRAS CONDICIONES TECNICAS MINIMAS

ITEM	CUPS	CONDICIONES TECNICAS MINIMAS	DOMISALUD		I. FRACTURAS	
			CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
			SI	NO	SI	NO
1	890211	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FISIOTERAPIA	X		X	
2	890311	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA	X		X	
3	931001	**TERAPIA FISICA INTEGRAL Incluye: ACTIVIDADES PROPIAS A EJECUTAR EN LOS COMPONENTES SENSORIOMOTORES DEL DESEMPENO; EJERCICIOS TERAPEUTICOS, ESTIMULACION, MECANOTERAPIA, MEDIOS FISICOS (HIDROTERAPIA, CRIOTERAPIA, CALOR HUMEDO), ELECTROTERAPIA (BIO-FEED BACK, ULTRASONIDO, TENS DE ACUERDO AL PLAN INDIVIDUAL DE TRATAMIENTO.	X		X	
4	890213	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA OCUPACIONAL	X		X	
5	890313	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL	X		X	
6	938303	**TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL Incluye: EVALUACION DEL DESEMPENO OCUPACIONAL FUNCIONAL Y DETERMINACION TERAPEUTICA EN LOS COMPONENTES SENSORIOMOTORES, COGNOSCITIVO, SOCIOAFECTIVOS Y ERGONOMICOS PARA ENTRENAMIENTO FUNCIONAL E INTEGRACION LABORAL, SOCIAL Y FAMILIAR Y EN USO DE TEGNOLOGIA DE REHABILITACIONDE ACUERDO AL PLAN INVIDUAL DE TRATAMIENTO.	X		X	
7	890210	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA DE FONOAUDIOLOGIA	X		X	
8	890310	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR TERAPIA FONOAUDIOLOGIA	X		X	
9	937000	**TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD Incluye: AQUELLA PARA PROBLEMAS DE LENGUAJE, HABLA, AUDICION O COMUNICACIÓN.	X		X	
10	937203	** TERAPIA FONOAUDIOLOGICA DE LA DEGLUCION	X		X	
11	939403	**TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL Incluye: PERCUSION, VIBRACION, DRENAJE POSTURAL, SUCCION, MICRONEBULIZACION, ACELERADOR DE FLUJO, TOS ASISTIDA O EJERCICIOS RESPIRATORIOS	X		X	
12	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA CLINICA (MANEJO PACIENTE CON TEA)	X		X	
13	890308	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA CLINICA (MANEJO PACIENTE CON TEA)	X		X	

1256574402

14	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA (MANEJO PACIENTE CON TEA)	X		X	
		TERAPIAS DOMICILIARIAS				
15	931001	**TERAPIA FISICA INTEGRAL Incluye: ACTIVIDADES PROPIAS A EJECUTAR EN LOS COMPONENTES SENSORIOMOTORES DEL DESEMPENO; EJERCICIOS TERAPEUTICOS, ESTIMULACION, MECANOTERAPIA, MEDIOS FISICOS (HIDROTERAPIA, CRIOTERAPIA, CALOR HUMEDO), ELECTROTERAPIA (BIO-FEED BA	X		X	
16	938303	**TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL Incluye: EVALUACION DEL DESEMPENO OCUPACIONAL FUNCIONAL Y DETERMINACION TERAPEUTICA EN LOS COMPONENTES SENSORIOMOTORES, COGNOSCITIVO, SOCIOAFECTIVOS Y ERGONOMICOS PARA ENTRENAMIENTO FUNCIONAL E INTEGRACION LABORAL, SOCIAL Y	X		X	
17	937000	**TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD Incluye: AQUELLA PARA PROBLEMAS DE LENGUAJE, HABLA, AUDICION O COMUNICACIÓN.	X		X	
18	939403	**TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL Incluye: PERCUSION, VIBRACION, DRENAJE POSTURAL, SUCCION, MICRONEBULIZACION, ACELERADOR DE FLUJO, TOS ASISTIDA O EJERCICIOS RESPIRATORIOS	X		X	

Realizada la evaluación técnica de la documentación presentada por los oferentes, DOMISALUD DEL LLANO Y EL INSTITUTO DE FRACTURAS en el proceso ***PN RASES No 7 MIC 111 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, es enviado para una nueva 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 evaluación 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 111 2024.***

Atentamente,



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

Diagonal 15 No. 13B-05 Yopal
Teléfono: 3511113809
decas.upres@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACION PÚBLICA

1256574402