MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N ° 7

Fecha:	Yopal, 05 junio 2020		
Hora de inicio:	15:00 horas	**Hora finalización**	16:00 horas
Lugar:	UNIDAD INTEGRAL DE SALUD PUESTABIERTA SAS		

ACTA 518 UPRES GARCA 2.78
QUE TRATA DE LA VERIFICACION A LAS INSTALACIONES "UNIDAD INTEGRAL DE SALUD PUESTABIERTA SAS NIT 900.602.846", DENTRO DEL PROCESO *PN –RASES No 7 MIC-017-2020.*

ORDEN DEL DÍA

1. Verificación de asistentes
2. Revisión de instalaciones y Programas

DESARROLLO

1. Verificación de asistentes

En las instalaciones de UNIDAD INTEGRAL DE SALUD PUESTABIERTA SAS **NIT 900.602.846-2**, ubicado en la **DIAGONAL 13 No. 26-30 BARRIO LA PRADERA**, ciudad de Yopal, para el día 05 de JUNIO de 2020, se reunió el CPS04 JUAN CARLOS CUELLO ROMERO, Funcionario Auditor de Calidad UPRES DECAS, y ESTHER PAOLA LARA FANDIÑO funcionario de la Entidad, con el fin de verificar las especificaciones técnicas dentro del proceso **PN –RASES No 7 MIC-017-2020**.

2. Revisión de instalaciones

Verificado las instalaciones de UNIDAD INTEGRAL DE SALUD PUESTABIERTA SAS **NIT 900.602.846-2**,

CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS HABILITABLES	**CUMPLE**	
	SI	**NO**
Experiencia Proponente en producir o comercializar el bien y/o ofrecer el servicio Con el fin de garantizar la calidad de los servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere acreditar experiencia en proyectos similares al objeto del presente estudio de conveniencia y oportunidad, tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos que acrediten la realización de contratos iguales o similares al presente proceso contractual cuya suma supere el 50% del presupuesto asignado al presente proceso, con empresas públicas o privadas, para lo cual el oferente deberá presentar máximo tres (3) certificaciones (certificación por contrato) con concepto favorable de la recepción de los contratos. En el evento de presentarse como Consorcio o Unión Temporal, el valor del contrato a considerar será igual al valor total facturado del contrato multiplicado por el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes, para lo cual se deberá anexar copia del documento consorcial o de unión temporal donde se pueda verificar el porcentaje de participación.	**X**	

En la certificación debe ser posible verificar: • Entidad contratante • Objeto • Numero de contrato • Valor del contrato • Fecha de inicio • Fecha de terminación del contrato. • Calificación del servicio prestado por el contratista. • La certificación deberá estar suscrita por el representante legal de la entidad contratante o quien haga sus veces, apoderado o persona autorizada para ello, indicando la dirección, NIT. y teléfono en hojas membreteadas. **Los contratos cuya certificación, conforme a lo solicitado, no permitan verificar la información requerida no serán tenidos en cuenta para la verificación**. • No se admiten Certificaciones de Subcontrataciones. • No se admiten auto certificaciones de actividades de ADQUISICIÓN. • No se tendrán en cuenta contratos en ejecución (entiéndase en ejecución hasta el acta de recibo final). • No se aceptan certificaciones con enmendaduras y que no contengan como mínimo la información solicitada o que presenten inconsistencias. La Policía Nacional se reserva el derecho de hacer las verificaciones que considere necesarias en la documentación presentada, con el fin de garantizar la transparencia del proceso de contratación. **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	**X**	
Experiencia del personal El contratista deberá certificar que el personal cuenta con experiencia en Colombia y haber participado mínimo en un (1) contrato relacionado con el objeto del presente proceso; anexando los correspondientes soportes, expedidos por la empresa o entidad donde se desarrolló el mismo durante los últimos tres (3) años anteriores a la convocatoria, el personal deberá acreditar estudios técnicos o profesionales en el ramo.	X	

No.	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLE	
		SI	NO
1	**NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO** El personal deberá acreditar estudios profesionales como: Médico especialista en Psiquiatría, Psicología, Enfermería Personal Técnico: Auxiliar de enfermería. El Departamento de Policía Casanare se reserva el derecho de verificar la información plasmada en este formato. ***Aspectos que serán verificados mediante visita a las instalaciones del oferente*** El Departamento de Policía Casanare se reserva el derecho de verificar la información plasmada en este formato. ***Aspectos que serán verificados mediante visita a las instalaciones del oferente***	**X**	

2	**Capacidad Operativa** **Capacidad de Instalaciones:** Se requiere que el proponente cuente con instalaciones ubicadas en el perímetro urbano de la ciudad de Yopal, que cuente con la infraestructura necesaria para la prestación de los servicios solicitados con las normas mínimas de seguridad industrial, debiendo anexar la documentación requerida para su funcionamiento. Este servicio debe ser prestado por una entidad de salud debidamente habilitada para ello por la autoridad de salud competente. Se requiere del cumplimiento de las normas vigentes en el Sistema de Garantía Obligatorio de Garantía de Calidad expedidas por el Ministerio de Protección Social, los requisitos mínimos esenciales y las condiciones sanitarias, que fijen las autoridades competentes tanto del orden nacional como territorial. ***Aspectos que serán verificados mediante visita a las instalaciones del oferente.***	**X**	
3	**Recurso humano**: El Contratista mediante certificación suscrita por el representante legal deberá contar como mínimo con el siguiente personal asistencial durante toda la presentación de la propuesta y ejecución del contrato, para lo cual deberá diligenciar el formulario de Idoneidad del Recurso Humano ***(Anexo No.6),*** **ITEM** — **PERFIL** — **CANTIDAD** 1 — Médico especialista en Psiquiatra — 1 2 — Psicólogo — 1 3 — Enfermera jefe — 1 4 — Auxiliar de Enfermería — 1 5 — Funcionario de Asignación de citas — 1 6 — Funcionario Facturador — 1 ***Aspectos que serán verificados mediante visita a las instalaciones del oferente.***	**X**	
4	**Servicio Mínimo Requerido:** Se requiere que las entidades de salud oferentes certifiquen mediante escrito que cuentan con la capacidad administrativa y operacional propia o contratada, necesaria para prestar los servicios ofertados en el portafolio de servicios en los siguientes horarios: Consulta externa, de lunes a viernes de 07:00 horas hasta las 12:00 horas y de las 14:00 horas hasta las 18:00 horas. Servicio de hospitalización 24 horas.	**X**	
5	**Oportunidad citas** La oportunidad para la asignación de citas con el especialista, una vez radicada la autorización con el lleno de los requisitos establecidos en el presente estudio de conveniencia y oportunidad en la entidad de salud será la siguiente: Oportunidad para la asignación de citas: de 1 a 8 días	**X**	
6	**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	**X**	
7	el contratista deberá informar al jefe de la unidad prestadora de salud Casanare y al supervisor del contrato, mensualmente sobre la ejecución del contrato y cuando el mismo se encuentre en un cincuenta 50%, un setenta (70%), un noventa (90%) y un cien (100%) por ciento, con el fin de no sobre ejecutar el contrato.	**X**	

8	El contrista garantizara el contacto permanente con el supervisor designado por la Unidad Prestadora de Salud Casanare, con el fin de favorecer el cumplimiento del objeto del contrato, para lo cual deberá asignara un empleado con capacidad de toma de decisiones, con acceso a línea telefónica directa y disponible, que servirá para el intercambio 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 superviso y garantizar la actualización de este formato.	**X**	
9	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. Si la entidad oferente 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 INFORMACIÓN SE DEBE SUBIR AL SECOP II PARA QUE EL AUDITOR MEDICO DE CALIDAD LA PUEDA REVISAR)**	**X**	
10	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**	
11	Etapa precontractual, celebración y ejecución del contrato: la documentación que se relaciona a continuación deberá presentarse al momento radicar la propuesta frente al pliego de condiciones según cronograma 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	**X**	
12	El oferente deberá diligenciar el Formulario de compromiso firmado por el representante legal de la entidad, de acuerdo al anexo No. 7.	**X**	

13	El oferente deberá cumplir con las condiciones descritas en el Anexo 5	**X**	
14	El oferente deberá diligenciar el anexo No. 8.SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL firmado por el representante legal de la entidad.	**X**	

15	El oferente deberá diligenciar el anexo No 9 DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN, firmado por el representante legal de la entidad.	**X**	

OTRAS CONDICIONES
TECNICAS VERIFICABLES

ITEM	CODIGO C.U.P.S	CONDICIONES TECNICAS MINIMAS	CUMPLE	NO CUMPLE
1	890204	Consulta de primera vez por especialista en psiquiatría	**X**	
2	890304	Interconsulta por medicina especializada – psiquiatría	**X**	
3	943101	Psicoterapia individual por psiquiatría	**X**	
4	890208	Consulta de primera vez por psicología	**X**	
5	930102	Prueba cognitiva (escala weschler)	**X**	
6	S11201	Internación en servicio complejidad mediana, habitación unipersonal	**X**	
7	S11202	Internación en servicio complejidad mediana, habitación bipersonal	**X**	

EL PRESTADOR CUMPLE CON LAS CONDICIONES TECNICAS HABILITANTES

FIRMAS

NOMBRE: ESTHER PAOLA LARA FANDIÑO
Funcionario IPS

CPS04 JUAN CARLOS CUELLO ROMERO
Auditor de Calidad UPRES DECAS