MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD HUILA

No- GS-2025 0 16985 DEUIL

Neiva, 13 de Febrero de 2025

Señor Subintendente
JHONY ALEXANDER CASTAÑO GIRALDO
Jefe Grupo de Contratos RASES 2 Y UPRES HUILA (E)
Carrera 22 sur N° 26A - 21 B/Fronteras del Milenio
Neiva

Asunto: Evaluación Técnica proceso contratación **PN RASES N° 2 MIC 001 2025**

De manera atenta y respetuosamente me permito hacer entrega de evaluación técnicas para el proceso de contratación **PN RASES N° 2 MIC 001 2025, "*PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE TERAPIAS INTEGRAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL MUNICIPIO DE PITALITO-HUILA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.2- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD HUILA..*"**, se procede a evaluar única propuesta:

El resultado de la evaluación así:

CENTRO MEDICO LOS ALJARES IPS S.A.S

VERIFICACION TECNICA

ÍTEM	CODIGIO CUPS	DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLEN
1	931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL		X
2	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL		X
3	937000	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SOD		X
4	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL		X
5	933501	TERAPIA DE REHABILITACION PULMONAR		X
6	933601	TERAPIA DE REHABILITACION CARDIOVASCULAR		X

OTRAS CONDICIONES TECNICAS

ÍTEM	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	OBSERVACIONES	CUMPLE	NO CUMPLE
1	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. El oferente debe tener implementado programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención de Salud, acorde al Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 y teniendo en cuenta el Decreto 903 de 2014 del Ministerio de la Protección Social *"...Por*	*NO ANEXA CERTIFICACION DE PÁMEC* *NO ALLEGA SOCIALIZACION DE*		X

	el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud..." con sus adiciones y modificaciones. De acuerdo con lo anterior debe anexar con la oferta mínimo los siguientes documentos: • Allegar la certificación del PAMEC ante la Superintendencia de Salud, o en su defecto constancia mediante pantallazo o cualquier otro medio que permita demostrar la veracidad de la información registrada en la superintendencia. De igual forma manifestará que va a permitir el acceso a los auditores de la Policía Nacional, así mismo permitir el acceso a todos los documentos que requiera, de acuerdo con le ley y permitirle realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual, mediante verificaciones periódicas a la institución, verificando las condiciones locativas y el recurso humano disponibles para el desarrollo del presente contrato. (ANEXAR CERTIFICACION) • Socialización de protocolos de seguridad, con el grupo de terapeutas • El oferente debe anexar certificación firmada por el representante legal, donde se mencione el listado de equipos médicos con los que cuenta la entidad para el desarrollo y ejecución del futuro contrato a celebrase, y a su vez contrato con la entidad de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos con el respectivo cronograma de igual forma se compromete a contar con un contrato vigente para el mantenimiento de equipos biomédicos relacionados, y donde conste y certifique el buen funcionamiento y estado de los mismos. (ANEXAR CERTIFICACION) • El oferente mediante documento escrito dirigido al Jefe de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No2, debe garantizar que permitirá la realización de actividades de auditoria médica y cuentas en IPS oferente, además facilitará la información necesaria para realizar visitas de auditoria concurrente a pacientes.	*PROTOCOLOS CON EL GRUPO DE TERAPEUTAS* *NO ALLEGA CERTIICCACION DONDE MENCIONE CERTIFICACION DE EQUIPOS MEDICOS CON EL RESPECTIVO CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS* *NO ALLEGA DOCUMENTO ESCRITO QUE GARANTICE QUE SE PERMITE REALIZAR ACTIVIDADES DE AUDITORIA MEDICA.*		
2	EL OFERENTE deberán certificar por escrito que no se encuentran relacionados en el Registro Único De Infractores Ambientales R.U.I.A (ANEXAR CERTIFICACIÓN).	*ANEXA CERTIFICACION FIRMADA POR EL RL ASTRID DAYANA BURBANO*	X	
3	EL OFERENTE GARANTIZA que cuenta con CERTIFICADO de habilitación ante Secretaria Departamental de Salud para la prestación de servicios en salud, habilitados para la prestación de servicios en rehabilitación (TERAPIA FISICA, TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA LENGUAJE Y/O FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA RESPIRATORIA). Según **Resolución 3100 de 2019** con sus modificaciones y adiciones (ANEXAR CERTIFICADO).	*NO ANEXA CERTIFICACION DE HABILITACION EMITIDA POR ENTE TERRITORIAL PARA LOS SERVICIOS DE TERAPIA FISICA, OCUPACIONAL, FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA RESPIRATORIA.*		X
4	EL OFERENTE junto a su oferta allegara el Modelo de prestación de servicios definido por el prestador	*ANEXA MODELO DE ATENCION*	X	
5	EL OFERENTE mediante certificación GARANTIZARA la atención de los usuarios de la Regional de Aseguramiento en salud No 2 en sus instalaciones, en un lapso máximo de tiempo para la prestación del servicio de 2 días de realizarse la solicitud.	*ANEXA CERTIFICACION*	X	
6	En el caso de que sean necesitados y/o requeridos procedimientos, exámenes, servicios médicos que no estén incluidos en el contrato; estos deberán ser cotizados por la entidad contratista y, se prestaran una vez sea modificado el contrato, previo aval del supervisor del contrato, jefe de la Unidad Prestadora de Salud Huila y el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 2, y sea notificada la entidad prestadora. Asimismo, Indicará y presentará la habilitación del servicio cotizado, acorde a la resolución 3100 del 25-11-2019 *"Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud"* con sus adiciones y modificaciones. Esto con el fin de asegurar el tratamiento oportuno y adecuado de los usuarios que requieran dichos procedimientos, garantizando así, la recuperación, mejoramiento de la salud y el derecho a la vida, de los mismos.	*NO ACEPTA LO DESCRITO MARCANDO CUMPLE*		X
7	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	*NO ALLEGA CERTIFICADO DE VIGENCIA 2023*		X

	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".* Por lo cual el **OFERENTE** deberá presentar junto con su propuesta la siguiente documentación: 1. Certificado vigencia 2023 emitido por el MINISTERIO DE TRABAJO 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 "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato. Diligenciamiento del anexo FORMULARIO DE COMPROMISO SG-SST, el cual deberá estar debidamente firmado por el representante legal de la empresa.	*EMITIDO POR EL MINISTERIO DE TRABAJO. DILIGENCIA FORMULARIO SE SG-SST*		
8	EXPERIENCIA PROPONENTE Con el fin de garantizar la calidad de los servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, para la verificación de la experiencia el proponente deberá anexar a su propuesta, certificaciones de contratos ejecutados cuyo objeto sea igual o guarde congruencia con el objeto de la presente contratación, y cuya sumatoria sea igual o mayor al cincuenta (50%) del valor del presupuesto, dichas certificaciones deben contener la siguiente información: Las certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información básica debidamente suscrita por quien la expide: • Objeto del contrato • Número del contrato • Valor • Plazo • Fecha de inicio • Fecha de finalización • Nombre del contratante • Nombre del contratista • Grado de satisfacción. Las certificaciones deberán estar suscritas por el representante legal del contratante o por la persona autorizada para tal fin. No se admiten: • Certificaciones de Subcontrataciones • No se acepta auto certificaciones. • Copias de facturas órdenes de pago etc. • Copias de Contratos. • Copias de las actas de liquidación • Cuando se certifiquen contratos realizados bajo la modalidad de consorcio o unión temporal, para la verificación, se tomará el porcentaje de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del consorcio o de la unión temporal, para lo cual deberá anexar a la propuesta el documento que acreditó la conformación del consorcio o unión temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato. **NOTA:** En caso de que el oferente haya firmado contratos la Regional de Aseguramiento en Salud No. 2, no es obligatorio que anexe certificación, solamente con enunciar el contrato objeto y el valor; la unidad verificara la información, según la Ley 019 de del 2012. ***ARTICULO 9. PROHIBICIÓN DE EXIGIR DOCUMENTOS QUE REPOSAN EN LA ENTIDAD.***	*ANEXA CERTIFICACION DEL CENTRO DE MEDICINA INTEGRAL SALAMANCA, IGUALMENTE ALLEGA NUMEROS DE CONTRATOS EJECUTADOS CON LA RASES No2, LOS CUALES FUERON VERIFICADOS EN LA OFICINA DE CONTRATOS.*	X	

	La Regional de Aseguramiento en Salud No2 se reserva el derecho de verificar la veracidad de los documentos que los Oferentes aporten a su Propuesta.			
9	EXPERIENCIA DEL PERSONAL Con el fin de garantizar la idoneidad del personal que prestará los servicios requeridos, EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL de la entidad donde conste que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, RETHUS y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo UN (01) AÑO, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual	*ANEXA CERTIFICACION FIRMADA POR LA REPRESENTANTE LEGA ASTRID DAYANA BURBANO CHAVEZ*	X	
10	EL OFERENTE se compromete a prestar el servicio siempre y cuando el usuario presente los siguientes requisitos: Boletín de AUTORIZACIÓN Firmado por el profesional y el usuario, orden médica, copia del documento de identidad, copia del carnet policial, (TENER EN CUENTA QUE EL BOLETIN DE AUTORIZACIÓN TIENE VIGENCIA 90 DÍAS, BOLETÍN VENCIDO NO SERÁ PRESTADO EL SERVICIO Y PUEDE SER OBJETO DE GLOSA).	*NO ACEPTA LO DESCRITO MARCANDO CUMPLE*		X
12	CAPACIDAD OPERATIVA El oferente deberá CERTIFICAR MEDIANTE DOCUMENTO escrito firmado por el representante legal de la entidad, que cuenta con toda la infraestructura, equipos, capacidad técnica, y capacidad tecnológica para prestar los servicios de salud solicitados en el presente estudio previo. Igualmente certificará que cumplen con los estándares mínimos de habilitación y calidad para la prestación de sus servicios de TERAPIA FISICA, TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DEL LENGUAJE Y/O FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA RESÍRATORIA según lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y de la protección social con sus adiciones y modificaciones. Además, debe certificar que podrá prestar de manera oportuna los servicios objeto del presente proceso de contratación. De igual forma, dispondrá de un folleto informativo para todos los usuarios del Subsistema de la Policía Nacional con la siguiente información: • Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios. • Horarios de Atención para los usuarios. • Modalidad para la asignación de citas y o visitas (Telefónica y/o Presencial). • Instrucciones para solicitud y programación de procedimientos y visitas. • Entrega de copia de servicios prestados. • Línea de atención a nuestros usuarios y proceso de quejas y reclamos. Debe presentar el modelo de atención en salud junto con la propuesta.	*NO ANEXA CERTIFICACION FIRMADA POR LA REPRESENTANTE LEGAL*		X
13	NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO Para la prestación del servicio objeto del presente proceso, será requisito mínimo que las personas que presten los servicios a nuestros usuarios y beneficiarios, sean profesionales titulados por parte de una entidad educativa debidamente reconocida ante el Ministerio de Educación y soportar dichos estudios, así como capacitaciones de los mismos. Por lo tanto, el oferente deberá adjuntar en su propuesta copia íntegra y legible de los correspondientes diplomas y actas de grado del personal que a continuación se requieren y desempeñen las siguientes profesiones: PERSONAL PROFESIONAL MÍNIMO REQUERIDO: PERSONAL REQUERIDO | COMPETENCIAS ESPECIFICAS | CANT	*ALLEGA HOJAS DE VIDA DE FISIOTERAPEUTA-FONOAUDIOLOGA YTERAPEUTA OCUPACIONAL Y TERAPIA RESPIRATORIA CON LOS SOPORTES REQUERIDOS EN EL PLIEGO, EL FORMULARIO #6 DILIGENCIADO –*	X	

	<table><tr><td>TERAPEUTA OCUPACIONAL</td><td>Experiencia mínima de un (1) año</td><td></td></tr><tr><td>FONOAUDIOLOGO</td><td>Experiencia mínima de un (1) año</td><td></td></tr><tr><td>TERAPEUTA FISICA</td><td>Experiencia mínima de un (1) año</td><td></td></tr><tr><td>TERAPEUTA RESPIRATORIA</td><td>Experiencia mínima de un (1) año</td><td></td></tr></table> Cada profesional anteriormente mencionado deberá encontrarse inscrito ante el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (**RETHUS**), de acuerdo con lo tipificado en el artículo 100 del Decreto Ley 2106 de 2019 *"Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública."* Igualmente, **se debe anexar la hoja de vida de cada profesional**, relacionando los diplomas, cursos y/o seminarios, tarjeta profesional, fotocopia de documento de identidad, acta de grado e inscripción ante el RETHUS, en este orden: ▪ Hoja de vida actualizada y firmada ▪ Copia documento de identidad ▪ Copia título y acta de grado ▪ El personal que realice terapia de rehabilitación cardiovascular y terapia de rehabilitación pulmonar deben adjuntar certificación. En relación con el Terapeuta ocupacional y el fonoaudiólogo deberá adicionar la certificación del entrenamiento en **terapia de conducta.** NOTA: • Convalidación de títulos. Los interesados que presenten dentro de su grupo de trabajo personas que hayan cursado carreras profesionales o postgrados en el exterior, deberán presentar los títulos debidamente convalidados de acuerdo con lo establecido en la Resolución 010687 de 09-10-2019 del Ministerio de Educación Nacional. • En caso de que las certificaciones no tengan la información solicitada, o no se pueda verificar o constatar la información allí mencionada, se tendrán como certificaciones no válidas. El oferente deberá diligenciar y firmar EL **FORMULARIO PERSONAL, EXPERIENCIA Y TIEMPOS DE DEDICACIÓN MÍNIMOS.**				
14	**EL OFERENTE** mediante certificación designara un funcionario, para la coordinación con el supervisor del contrato para que vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y soluciones los inconvenientes que se presenten e informe el contrato este en un (70%) por ciento consumido. Una vez recibida la información estudiara la viabilidad de adicionar el contrato. Diligencia la siguiente información: **Nombre:** **Teléfonos:** **Correo electrónico:**	*NO ANEXA CERTIFICADO PARA LA COORDINACIÓN DEL CONTRATO*		X
15	**EL OFERENTE** mediante certificación se compromete a sostener los precios y tarifas ofrecidas durante el plazo de ejecución del contrato y sus adicciones.	*NO ANEXA CERTIFICADO*		X
16	**SEGURIDAD DEL PACIENTE** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias. De acuerdo a lo anterior deberá certificar que cumple con las políticas y buenas prácticas de seguridad del paciente estipuladas por el Ministerio de Salud y protección Social.	*NO ANEXA CERTIFICADO*		X

17	El oferente mediante certificado se compromete a prestar el servicio objeto de la presente contratación en sus instalaciones debidamente habilitadas en el municipio de **Pitalito Huila**, en el horario de 07:00 am a 12:00 pm y 02:00 pm a 06:00 pm de lunes a viernes, y sábados de 08:00 a.m. a 12:00 p.m. de durante la vigencia del contrato.	*NO ANEXA CERTIFICADO*		X
18	OFERENTE garantiza que el personal terapeuta EN TERAPIA FÍSICA, OCUPACIONAL, TERAPIA LENGUAJE Y/O FONOAUDIOLOGÍA Y TERAPIA RESPIRATORIA, realice las actividades proplas de la profesión y la sesión se hará por un término no menor a 30 minutos.	*NO ACEPTA LO DESCRITO MARCANDO CUMPLE*		X
19	OFERENTE garantiza que el personal terapeuta TERAPIA RESPIRATORIA, para la rehabilitación CARDIOPULMONAR Y/O CARDIOVASCULAR, realice las actividades propias de la profesión y la sesión se hará por un término no menor a 45 minutos	*NO ACEPTA LO DESCRITO MARCANDO CUMPLE*		X

El COMITÉ TECNICO EVALUADOR determina que la entidad **CENTRO MEDICO LOS ALJARES IPS S.A.S** NIT 901544725 **NO CUMPLE** con las condiciones técnicas requeridas en el pliegos de condiciones definitivo del proceso de MINIMA CUANTIA **PN RASES N° 2 MIC 001 2025.**

SAMAT IPS

VERIFICACION TECNICA

ÍTEM	CODIGIO CUPS	DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLEN
1	931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	X	
2	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	X	
3	937000	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SOD	X	
4	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	X	
5	933501	TERAPIA DE REHABILITACION PULMONAR	X	
6	933601	TERAPIA DE REHABILITACION CARDIOVASCULAR	X	

OTRAS CONDICIONES TECNICAS

ÍTEM	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	OBSERVACIONES	CUMPLE	NO CUMPLE
1	**PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.** El oferente debe tener implementado programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención de Salud, acorde al Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 y teniendo en cuenta el Decreto 903 de 2014 del Ministerio de la Protección Social *"...Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud..."* con sus adiciones y modificaciones. De acuerdo con lo anterior debe anexar con la oferta mínimo los siguientes documentos: • Allegar la certificación del PAMEC ante la Superintendencia de Salud, o en su defecto constancia mediante pantallazo o cualquier otro medio que permita demostrar la veracidad de la información registrada en la superintendencia. De igual forma manifestará que va a permitir el acceso a los auditores de la Policía Nacional, así mismo permitir el acceso a todos los documentos que requiera, de acuerdo con le ley y permitirle realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual, mediante verificaciones periódicas a la institución,	*NO ANEXA CERTIFICACION DE PÁMEC* *NO ALLEGA SOCIALIZACION DE PROTOCOLOS CON EL GRUPO DE TERAPEUTAS* *ALLEGA CERTIFICACION DONDE MENCIONE CERTIFICACION DE EQUIPOS MEDICOS CON EL RESPECTIVO CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS*		X

	verificando las condiciones locativas y el recurso humano disponibles para el desarrollo del presente contrato. **(ANEXAR CERTIFICACION)** • Socialización de protocolos de seguridad, con el grupo de terapeutas • El oferente debe anexar certificación firmada por el representante legal, donde se mencione el listado de equipos médicos con los que cuenta la entidad para el desarrollo y ejecución del futuro contrato a celebrase, y a su vez contrato con la entidad de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos con el respectivo cronograma de igual forma se compromete a contar con un contrato vigente para el mantenimiento de equipos biomédicos relacionados, y donde conste y certifique el buen funcionamiento y estado de los mismos. **(ANEXAR CERTIFICACION)** • El oferente mediante documento escrito dirigido al jefe de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No2, debe garantizar que permitirá la realización de actividades de auditoria médica y cuentas en IPS oferente, además facilitará la información necesaria para realizar visitas de auditoria concurrente a pacientes.	*ALLEGA DOCUMENTO ESCRITO QUE GARANTICE QUE SE PERMITE REALIZAR ACTIVIDADES DE AUDITORIA MEDICA.*		
2	**EL OFERENTE** deberán certificar por escrito que no se encuentran relacionados en el Registro Único De Infractores Ambientales R.U.I.A **(ANEXAR CERTIFICACIÓN).**	*ANEXA CERTIFICACION FIRMADA POR RL JOSE GUILLERMO RODRIGUEZ*	X	
3	**EL OFERENTE** GARANTIZA que cuenta con **CERTIFICADO** de habilitación ante Secretaria Departamental de Salud para la prestación de servicios en salud, habilitados para la prestación de servicios en rehabilitación (TERAPIA FISICA, TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA LENGUAJE Y/O FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA RESPIRATORIA). Según **Resolución 3100 de 2019** con sus modificaciones y adiciones **(ANEXAR CERTIFICADO).**	*NO ANEXA CERTIFICACION DE HABILITACION EMITIDA POR ENTE TERRITORIAL PARA LOS SERVICIOS DE TERAPIA FISICA, OCUPACIONAL, FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA RESPIRATORIA.*		X
4	**EL OFERENTE** junto a su oferta allegara el Modelo de prestación de servicios definido por el prestador	*ANEXA MODELO DE ATENCION*	X	
5	**EL OFERENTE** mediante certificación **GARANTIZARA** la atención de los usuarios de la Regional de Aseguramiento en salud No 2 en sus instalaciones, en un lapso máximo de tiempo para la prestación del servicio de 2 días de realizarse la solicitud.	*ANEXA CERTIFICACION FIRMADA POR RL JOSE GUILLERMO RODRIGUEZ*	X	
6	En el caso de que sean necesitados y/o requeridos procedimientos, exámenes, servicios médicos que no estén incluidos en el contrato; estos deberán ser cotizados por la entidad contratista y, se prestaran una vez sea modificado el contrato, previo aval del supervisor del contrato, jefe de la Unidad Prestadora de Salud Huila y el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 2, y sea notificada la entidad prestadora. Asimismo, indicará y presentará la habilitación del servicio cotizado, acorde a la resolución 3100 del 25-11-2019 "*Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud*" con sus adiciones y modificaciones. Esto con el fin de asegurar el tratamiento oportuno y adecuado de los usuarios que requieran dichos procedimientos, garantizando así, la recuperación, mejoramiento de la salud y el derecho a la vida, de los mismos.	*ACEPTA LO DESCRITO MARCANDO CUMPLE*	X	
7	**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*". Por lo cual el **OFERENTE** deberá presentar junto con su propuesta la siguiente documentación: 2. Certificado vigencia 2023 emitido por el MINISTERIO DE TRABAJO 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	*NO ALLEGA CERTIFICADO DE VIGENCIA 2023 EMITIDO POR EL MINISTERIO DE TRABAJO. DILIGENCIA FORMULARIO SE SG-SST*		X

	valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato. Diligenciamiento del anexo FORMULARIO DE COMPROMISO SG-SST, el cual deberá estar debidamente firmado por el representante legal de la empresa.			
8	EXPERIENCIA PROPONENTE Con el fin de garantizar la calidad de los servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, para la verificación de la experiencia el proponente deberá anexar a su propuesta, certificaciones de contratos ejecutados cuyo objeto sea igual o guarde congruencia con el objeto de la presente contratación, y cuya sumatoria sea igual o mayor al cincuenta (50%) del valor del presupuesto, dichas certificaciones deben contener la siguiente información: Las certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información básica debidamente suscrita por quien la expide: • Objeto del contrato • Número del contrato • Valor • Plazo • Fecha de inicio • Fecha de finalización • Nombre del contratante • Nombre del contratista • Grado de satisfacción. Las certificaciones deberán estar suscritas por el representante legal del contratante o por la persona autorizada para tal fin. No se admiten: • Certificaciones de Subcontrataciones • No se acepta auto certificaciones. • Copias de facturas órdenes de pago etc. • Copias de Contratos. • Copias de las actas de liquidación • Cuando se certifiquen contratos realizados bajo la modalidad de consorcio o unión temporal, para la verificación, se tomará el porcentaje de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del consorcio o de la unión temporal, para lo cual deberá anexar a la propuesta el documento que acreditó la conformación del consorcio o unión temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato. NOTA: En caso de que el oferente haya firmado contratos la Regional de Aseguramiento en Salud No. 2, no es obligatorio que anexe certificación, solamente con enunciar el contrato objeto y el valor; la unidad verificara la información, según la Ley 019 de del 2012. *ARTICULO 9. PROHIBICIÓN DE EXIGIR DOCUMENTOS QUE REPOSAN EN LA ENTIDAD.* La Regional de Aseguramiento en Salud No2 se reserva el derecho de verificar la veracidad de los documentos que los Oferentes aporten a su Propuesta.	*ANEXA CERTIFICACION DE ENTIDADES DE SALUD VITAL, TOLIHUILA, LAS CUALES CON CONTIENEN INFORMACION BASICA SOLICITADA EN EL PLIEGO DE CONDICIONES.*		X
9	EXPERIENCIA DEL PERSONAL Con el fin de garantizar la idoneidad del personal que prestará los servicios requeridos, EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL de la entidad donde conste que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido	*ANEXA CERTIFICACION FIRMADA POR RL JOSE GUILLERMO RODRIGUEZ*	X	

<table>
<tr><td></td><td>verificados sus diplomas, actas de grado, RETHUS y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo UN (01) AÑO, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>10</td><td>EL OFERENTE se compromete a prestar el servicio siempre y cuando el usuario presente los siguientes requisitos: Boletín de AUTORIZACIÓN Firmado por el profesional y el usuario, orden médica, copia del documento de identidad, copia del carnet policial, <u>(TENER EN CUENTA QUE EL BOLETIN DE AUTORIZACIÓN TIENE VIGENCIA 90 DÍAS, BOLETÍN VENCIDO NO SERÁ PRESTADO EL SERVICIO Y PUEDE SER OBJETO DE GLOSA).</u></td><td>ACEPTA LO DESCRITO MARCANDO CUMPLE</td><td>X</td><td></td></tr>
<tr><td>12</td><td>CAPACIDAD OPERATIVA

El oferente deberá <u>CERTIFICAR MEDIANTE DOCUMENTO</u> escrito firmado por el representante legal de la entidad, que cuenta con toda la infraestructura, equipos, capacidad técnica, y capacidad tecnológica para prestar los servicios de salud solicitados en el presente estudio previo. Igualmente certificará que cumplen con los estándares mínimos de habilitación y calidad para la prestación de sus servicios de TERAPIA FISICA, TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DEL LENGUAJE Y/O FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA RESÍRATORIA según lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y de la protección social con sus adiciones y modificaciones.

Además, debe certificar que podrá prestar de manera oportuna los servicios objeto del presente proceso de contratación.

De igual forma, dispondrá de un folleto informativo para todos los usuarios del Subsistema de la Policía Nacional con la siguiente información:

• Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios.
• Horarios de Atención para los usuarios.
• Modalidad para la asignación de citas y o visitas (Telefónica y/o Presencial).
• Instrucciones para solicitud y programación de procedimientos y visitas.
• Entrega de copia de servicios prestados.
• Línea de atención a nuestros usuarios y proceso de quejas y reclamos.

Debe presentar el modelo de atención en salud junto con la propuesta.</td><td>ANEXA CERTIFICACION FIRMADA POR LA REPRESENTANTE LEGAL EN RELACION A LA CAPACIDAD OPERATIVA. <u>NO ALLEGA FOLLETO INFORMATIVO</u></td><td></td><td>X</td></tr>
<tr><td>13</td><td>NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO

Para la prestación del servicio objeto del presente proceso, será requisito mínimo que las personas que presten los servicios a nuestros usuarios y beneficiarios, sean profesionales titulados por parte de una entidad educativa debidamente reconocida ante el Ministerio de Educación y soportar dichos estudios, así como capacitaciones de los mismos.

Por lo tanto, el oferente deberá adjuntar en su propuesta copia íntegra y legible de los correspondientes diplomas y actas de grado del personal que a continuación se requieren y desempeñen las siguientes profesiones:

PERSONAL PROFESIONAL MÍNIMO REQUERIDO:

<table><tr><th>PERSONAL REQUERIDO</th><th>COMPETENCIAS ESPECIFICAS</th><th>CA</th></tr><tr><td>TERAPEUTA OCUPACIONAL</td><td>Experiencia mínima de un (1) año</td><td></td></tr><tr><td>FONOAUDIOLOGO</td><td>Experiencia mínima de un (1) año</td><td></td></tr><tr><td>TERAPEUTA FISICA</td><td>Experiencia mínima de un (1) año</td><td></td></tr><tr><td>TERAPEUTA RESPIRATORIA</td><td>Experiencia mínima de un (1) año</td><td></td></tr></table></td><td>ALLEGA HOJAS DE VIDA DE FISIOTERAPEUTA-FONOAUDIOLOGA Y TERAPEUTA OCUPACIONAL <u>NO ANEXA HOJA DE VIDA DE TERAPIA RESPIRATORIA</u> CON LOS SOPORTES REQUERIDOS EN EL PLIEGO, NO DILIGENCIADO FORMULARIO #6</td><td></td><td>X</td></tr>
</table>

	Cada profesional anteriormente mencionado deberá encontrarse inscrito ante el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS), de acuerdo con lo tipificado en el artículo 100 del Decreto Ley 2106 de 2019 *"Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública."* Igualmente, **se debe anexar la hoja de vida de cada profesional**, relacionando los diplomas, cursos y/o seminarios, tarjeta profesional, fotocopia de documento de identidad, acta de grado e inscripción ante el RETHUS, en este orden: • Hoja de vida actualizada y firmada • Copia documento de identidad • Copia título y acta de grado • El personal que realice terapia de rehabilitación cardiovascular y terapia de rehabilitación pulmonar deben adjuntar certificación. NOTA: • Convalidación de títulos. Los interesados que presenten dentro de su grupo de trabajo personas que hayan cursado carreras profesionales o postgrados en el exterior, deberán presentar los títulos debidamente convalidados de acuerdo con lo establecido en la Resolución 010687 de 09-10-2019 del Ministerio de Educación Nacional. • En caso de que las certificaciones no tengan la información solicitada, o no se pueda verificar o constatar la información allí mencionada, se tendrán como certificaciones no válidas. El oferente deberá diligenciar y firmar EL FORMULARIO PERSONAL, EXPERIENCIA Y TIEMPOS DE DEDICACIÓN MÍNIMOS.			
14	EL OFERENTE mediante certificación designara un funcionario, para la coordinación con el supervisor del contrato para que vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y soluciones los inconvenientes que se presenten e informe el contrato este en un (70%) por ciento consumido. Una vez recibida la información estudiara la viabilidad de adicionar el contrato. Diligencia la siguiente información: **Nombre:** **Teléfonos:** **Correo electrónico:**	*ANEXA CERTIFICACION FIRMADA POR RL JOSE GUILLERMO RODRIGUEZ*	X	
15	EL OFERENTE mediante certificación se compromete a sostener los precios y tarifas ofrecidas durante el plazo de ejecución del contrato y sus adiciones.	*ANEXA CERTIFICACION FIRMADA POR RL JOSE GUILLERMO RODRIGUEZ*	X	
16	SEGURIDAD DEL PACIENTE Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias, implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias. De acuerdo a lo anterior deberá certificar que cumple con las políticas y buenas prácticas de seguridad del paciente estipuladas por el Ministerio de Salud y protección Social.	*NO ANEXA CERTIFICADO*		X
17	El oferente mediante certificado se compromete a prestar el servicio objeto de la presente contratación en sus instalaciones debidamente habilitadas en el **municipio de Pitalito Huila**, en el horario de 07:00 am a 12:00 pm y 02:00 pm a 06:00 pm de lunes a viernes, y sábados de 08:00 a.m. a 12:00 p.m. de durante la vigencia del contrato.	*ANEXA CERTIFICACION FIRMADA POR RL JOSE GUILLERMO RODRIGUEZ*	X	

18	OFERENTE garantiza que el personal terapeuta EN TERAPIA FISICA, OCUPACIONAL, TERAPIA LENGUAJE Y/O FONOAUDIOLOGÍA Y TERAPIA RESPIRATORIA, realice las actividades propias de la profesión y la sesión se hará por un término no menor a 30 minutos.	*ANEXA CERTIFICACION FIRMADA POR RL JOSE GUILLERMO RODRIGUEZ*	X	
19	OFERENTE garantiza que el personal terapeuta TERAPIA RESPIRATORIA, para la rehabilitación CARDIOPULMONAR Y/O CARDIOVASCULAR, realice las actividades propias de la profesión y la sesión se hará por un término no menor a 45 minutos	*ANEXA CERTIFICACION FIRMADA POR RL JOSE GUILLERMO RODRIGUEZ*	X	

El COMITÉ TECNICO EVALUADOR determina que la entidad **SAMAT IPS** NIT 9010829257 **NO CUMPLE** con las condiciones técnicas requeridas en el pliegos de condiciones definitivo del proceso de MINIMA CUANTIA **PN RASES Nº 2 MIC 001 2025.**

Atentamente,

Patrullera **JIMENA ANDREA CALDERON ROJAS**
Comitê Evaluador

SM-14- **OSIRIS VARGAS ROJAS**
Comitê Evaluador

Carrera 22 Sur N° 26ª-21
Teléfono: 8630065 Extensión 6400
Correo electrónico institucional
deuil.espri-pit@policia.co
www.policia.gov.co

INFORMACION PÚBLICA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD HUILA

No-GS-2025-018119-DEUIL

Neiva, 17 de febrero de 2025

Señor Subintendente
JHONY ALEXANDER CASTAÑO GIRALDO
Jefe Grupo de Contratos RASES 2 Y UPRES HUILA (E)
Carrera 22 sur N° 26A - 21 B/Fronteras del Milenio
Neiva

Asunto: Evaluación Técnica proceso contratación **PN RASES N° 2 MIC 001 2025**

De manera atenta y respetuosamente me permito hacer entrega de evaluación técnicas para el proceso de contratación **PN RASES N° 2 MIC 001 2025, *"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE TERAPIAS INTEGRAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL MUNICIPIO DE PITALITO-HUILA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.2- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD HUILA.."***, se procede a evaluar única propuesta:

El resultado de la evaluación así:

CENTRO MEDICO LOS ALJARES IPS S.A.S

VERIFICACION TECNICA

ÍTEM	CODIGIO CUPS	DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLEN
1	931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	X	
2	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	X	
3	937000	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SOD	X	
4	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	X	
5	933501	TERAPIA DE REHABILITACION PULMONAR	X	
6	933601	TERAPIA DE REHABILITACION CARDIOVASCULAR	X	

OTRAS CONDICIONES TECNICAS

ÍTEM	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	OBSERVACIONES	CUMPLE	NO CUMPLE
1	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. El oferente debe tener implementado programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención de Salud, acorde al Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 y teniendo en cuenta el Decreto 903 de 2014 del Ministerio de la Protección Social *"...Por el*	*ANEXA CERTIFICACION DE PÁMEC* *ALLEGA SOCIALIZACION*	X	

	cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud..." con sus adiciones y modificaciones. De acuerdo con lo anterior debe anexar con la oferta mínimo los siguientes documentos: • Allegar la certificación del PAMEC ante la Superintendencia de Salud, o en su defecto constancia mediante pantallazo o cualquier otro medio que permita demostrar la veracidad de la información registrada en la superintendencia. De igual forma manifestará que va a permitir el acceso a los auditores de la Policía Nacional, así mismo permitir el acceso a todos los documentos que requiera, de acuerdo con le ley y permitirle realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual, mediante verificaciones periódicas a la institución, verificando las condiciones locativas y el recurso humano disponibles para el desarrollo del presente contrato. (ANEXAR CERTIFICACION) • Socialización de protocolos de seguridad, con el grupo de terapeutas • El oferente debe anexar certificación firmada por el representante legal, donde se mencione el listado de equipos médicos con los que cuenta la entidad para el desarrollo y ejecución del futuro contrato a celebrase, y a su vez contrato con la entidad de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos con el respectivo cronograma de igual forma se compromete a contar con un contrato vigente para el mantenimiento de equipos biomédicos relacionados, y donde conste y certifique el buen funcionamiento y estado de los mismos. (ANEXAR CERTIFICACION) • El oferente mediante documento escrito dirigido al jefe de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No2, debe garantizar que permitirá la realización de actividades de auditoria médica y cuentas en IPS oferente, además facilitará la información necesaria para realizar visitas de auditoria concurrente a pacientes;	*DE PROTOCOLOS CON EL GRUPO DE TERAPEUTAS* *ALLEGA CERTIFICCACION DONDE MENCIONE CERTIFICACION DE EQUIPOS MEDICOS Y EL RESPECTIVO CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS* *ALLEGA DOCUMENTO ESCRITO QUE GARANTICE QUE SE PERMITE REALIZAR ACTIVIDADES DE AUDITORIA MEDICA FIRMADO POR RL ASTRID DAYANA BURBANO*		
2	EL OFERENTE deberán certificar por escrito que no se encuentran relacionados en el Registro Único De Infractores Ambientales R.U.I.A (ANEXAR CERTIFICACIÓN).	*ANEXA CERTIFICACION FIRMADA POR EL RL ASTRID DAYANA BURBANO*	X	
3	EL OFERENTE GARANTIZA que cuenta con CERTIFICADO de habilitación ante Secretaría Departamental de Salud para la prestación de servicios en salud, habilitados para la prestación de servicios en rehabilitación (TERAPIA FISICA, TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA LENGUAJE Y/O FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA RESPIRATORIA). Según Resolución 3100 de 2019 con sus modificaciones y adiciones (ANEXAR CERTIFICADO).	*ANEXA CERTIFICACION DE HABILITACION EMITIDA POR ENTE TERRITORIAL PARA LOS SERVICIOS DE TERAPIA FISICA, OCUPACIONAL, FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA RESPIRATORIA.*	X	
4	EL OFERENTE junto a su oferta allegara el Modelo de prestación de servicios definido por el prestador	*ANEXA MODELO DE ATENCION*	X	
5	EL OFERENTE mediante certificación GARANTIZARA la atención de los usuarios de la Regional de Aseguramiento en salud No 2 en sus instalaciones, en un lapso máximo de tiempo para la prestación del servicio de 2 días de realizarse la solicitud.	*ANEXA CERTIFICACION*	X	
6	En el caso de que sean necesitados y/o requeridos procedimientos, exámenes, servicios médicos que no estén incluidos en el contrato; estos deberán ser cotizados por la entidad contratista y, se prestaran una vez sea modificado el contrato, previo aval del supervisor del contrato, jefe de la Unidad Prestadora de Salud Huila y el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 2, y sea notificada la entidad prestadora. Asimismo, indicará y presentará la habilitación del servicio cotizado, acorde a la resolución 3100 del 25-11-2019 *"Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud"* con sus adiciones y modificaciones. Esto con el fin de asegurar el tratamiento oportuno y adecuado de los usuarios que requieran dichos procedimientos, garantizando así, la recuperación, mejoramiento de la salud y el derecho a la vida, de los mismos.	*ACEPTA LO DESCRITO MARCANDO CUMPLE*	X	

7	**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"*. Por lo cual el **OFERENTE** deberá presentar junto con su propuesta la siguiente documentación: 1. Certificado vigencia 2023 emitido por el MINISTERIO DE TRABAJO 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 "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato. Diligenciamiento del anexo FORMULARIO DE COMPROMISO SG-SST, el cual deberá estar debidamente firmado por el representante legal de la empresa.	*ALLEGA CERTIFICADO DE VIGENCIA 2023 EMITIDO POR EL MINISTERIO DE TRABAJO. DILIGENCIA FORMULARIO SE SG-SST*	X	
8	**EXPERIENCIA PROPONENTE** Con el fin de garantizar la calidad de los servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, para la verificación de la experiencia el proponente deberá anexar a su propuesta, certificaciones de contratos ejecutados cuyo objeto sea igual o guarde congruencia con el objeto de la presente contratación, y cuya sumatoria sea igual o mayor al cincuenta (50%) del valor del presupuesto, dichas certificaciones deben contener la siguiente información: Las certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información básica debidamente suscrita por quien la expide: • Objeto del contrato • Número del contrato • Valor • Plazo • Fecha de inicio • Fecha de finalización • Nombre del contratante • Nombre del contratista • Grado de satisfacción. Las certificaciones deberán estar suscritas por el representante legal del contratante o por la persona autorizada para tal fin. No se admiten: • Certificaciones de Subcontrataciones • No se acepta auto certificaciones. • Copias de facturas órdenes de pago etc. • Copias de Contratos. • Copias de las actas de liquidación • Cuando se certifiquen contratos realizados bajo la modalidad de consorcio o unión temporal, para la verificación, se tomará el porcentaje de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del consorcio o de la unión temporal, para lo cual deberá anexar a la propuesta el documento que acreditó la conformación del consorcio o unión temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato. **NOTA:** En caso de que el oferente haya firmado contratos la Regional de Aseguramiento en Salud No. 2, no es obligatorio que anexe certificación, solamente con enunciar el contrato objeto y el valor; la unidad verificara la información, según la Ley 019 de del 2012.	*ANEXA CERTIFICACION DEL CENTRO DE MEDICINA INTEGRAL SALAMANCA, IGUALMENTE ALLEGA NUMEROS DE CONTRATOS EJECUTADOS CON LA RASES No2, LOS CUALES FUERON VERIFICADOS EN LA OFICINA DE CONTRATOS.*	X	

	ARTICULO 9. PROHIBICIÓN DE EXIGIR DOCUMENTOS QUE REPOSAN EN LA ENTIDAD. La Regional de Aseguramiento en Salud No2 se reserva el derecho de verificar la veracidad de los documentos que los Oferentes aporten a su Propuesta.			
9	EXPERIENCIA DEL PERSONAL Con el fin de garantizar la idoneidad del personal que prestará los servicios requeridos, **EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL** de la entidad donde conste que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, RETHUS y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo UN (01) AÑO, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual	*ANEXA CERTIFICACION FIRMADA POR LA REPRESENTANTE LEGAL ASTRID DAYANA BURBANO CHAVEZ*	X	
10	EL OFERENTE se compromete a prestar el servicio siempre y cuando el usuario presente los siguientes requisitos: Boletín de AUTORIZACIÓN Firmado por el profesional y el usuario, orden médica, copia del documento de identidad, copia del carnet policial, (TENER EN CUENTA QUE EL BOLETIN DE AUTORIZACIÓN TIENE VIGENCIA 90 DÍAS, BOLETÍN VENCIDO NO SERÁ PRESTADO EL SERVICIO Y PUEDE SER OBJETO DE GLOSA).	*ACEPTA LO DESCRITO MARCANDO CUMPLE*	X	
12	CAPACIDAD OPERATIVA El oferente deberá CERTIFICAR MEDIANTE DOCUMENTO escrito firmado por el representante legal de la entidad, que cuenta con toda la infraestructura, equipos, capacidad técnica, y capacidad tecnológica para prestar los servicios de salud solicitados en el presente estudio previo. Igualmente certificará que cumplen con los estándares mínimos de habilitación y calidad para la prestación de sus servicios de TERAPIA FISICA, TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DEL LENGUAJE Y/O FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA RESIRATORIA según lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y de la protección social con sus adiciones y modificaciones. Además, debe certificar que podrá prestar de manera oportuna los servicios objeto del presente proceso de contratación. De igual forma, dispondrá de un folleto informativo para todos los usuarios del Subsistema de la Policía Nacional con la siguiente información: • Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios. • Horarios de Atención para los usuarios. • Modalidad para la asignación de citas y o visitas (Telefónica y/o Presencial). • Instrucciones para solicitud y programación de procedimientos y visitas. • Entrega de copia de servicios prestados. • Línea de atención a nuestros usuarios y proceso de quejas y reclamos. Debe presentar el modelo de atención en salud junto con la propuesta.	*ANEXA CERTIFICACION FIRMADA POR LA REPRESENTANTE LEGAL ASTRID DAYANA BURBANO CHAVEZ Y ALLEGA FOLLETO INFORMATIVO*	X	

13	NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO Para la prestación del servicio objeto del presente proceso, será requisito mínimo que las personas que presten los servicios a nuestros usuarios y beneficiarios, sean profesionales titulados por parte de una entidad educativa debidamente reconocida ante el Ministerio de Educación y soportar dichos estudios, así como capacitaciones de los mismos. Por lo tanto, el oferente deberá adjuntar en su propuesta copia íntegra y legible de los correspondientes diplomas y actas de grado del personal que a continuación se requieren y desempeñen las siguientes profesiones: PERSONAL PROFESIONAL MÍNIMO REQUERIDO: **PERSONAL REQUERIDO** / **COMPETENCIAS ESPECIFICAS** / **CANTIDAD** TERAPEUTA OCUPACIONAL — Experiencia mínima de un (1) año — 1 FONOAUDIOLOGO — Experiencia mínima de un (1) año — 1 TERAPEUTA FISICA — Experiencia mínima de un (1) año — 1 TERAPEUTA RESPIRATORIA — Experiencia mínima de un (1) año — 1 Cada profesional anteriormente mencionado deberá encontrarse inscrito ante el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (**RETHUS**), de acuerdo con lo tipificado en el artículo 100 del Decreto Ley 2106 de 2019 *"Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública."* Igualmente, **se debe anexar la hoja de vida de cada profesional**, relacionando los diplomas, cursos y/o seminarios, tarjeta profesional, fotocopia de documento de identidad, acta de grado e inscripción ante el RETHUS, en este orden: ▪ Hoja de vida actualizada y firmada ▪ Copia documento de identidad ▪ Copia título y acta de grado ▪ El personal que realice terapia de rehabilitación cardiovascular y terapia de rehabilitación pulmonar deben adjuntar certificación. En relación con el Terapeuta ocupacional y el fonoaudiólogo deberá adicionar la certificación del entrenamiento en **terapia de conducta.** NOTA: • Convalidación de títulos. Los interesados que presenten dentro de su grupo de trabajo personas que hayan cursado carreras profesionales o postgrados en el exterior, deberán presentar los títulos debidamente convalidados de acuerdo con lo establecido en la Resolución 010687 de 09-10-2019 del Ministerio de Educación Nacional. • En caso de que las certificaciones no tengan la información solicitada, o no se pueda verificar o constatar la información allí mencionada, se tendrán como certificaciones no válidas. El oferente deberá diligenciar y firmar EL **FORMULARIO PERSONAL, EXPERIENCIA Y TIEMPOS DE DEDICACIÓN MÍNIMOS.**	*ALLEGA HOJAS DE VIDA DE FISIOTERAPEUTA-FONOAUDIOLOGA YTERAPEUTA OCUPACIONAL Y TERAPIA RESPIRATORIA CON LOS SOPORTES REQUERIDOS EN EL PLIEGO, EL FORMULARIO #6 DILIGENCIADO --*	X	
14	**EL OFERENTE** mediante certificación designara un funcionario, para la coordinación con el supervisor del contrato para que vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y soluciones los inconvenientes que se presenten e informe el contrato este en un (70%) por ciento consumido. Una vez recibida la información estudiara la viabilidad de adicionar el contrato. Diligencia la siguiente información:	*ANEXA CERTIFICADO PARA LA COORDINACIÓN DEL CONTRATO FIRMADO POR RL*	X	

	Nombre: **Teléfonos:** **Correo electrónico:**	*ASTID DAYANA BURBANO*		
15	EL OFERENTE mediante certificación se compromete a sostener los precios y tarifas ofrecidas durante el plazo de ejecución del contrato y sus adiciones.	*ANEXA CERTIFICACION FIRMADA POR LA REPRESENTANTE LEGAL ASTRID DAYANA BURBANO CHAVEZ*	X	
16	SEGURIDAD DEL PACIENTE Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias. De acuerdo a lo anterior deberá certificar que cumple con las políticas y buenas prácticas de seguridad del paciente estipuladas por el Ministerio de Salud y protección Social.	*ANEXA CERTIFICACION FIRMADA POR LA REPRESENTANTE LEGAL ASTRID DAYANA BURBANO CHAVEZ*	X	
17	El oferente mediante certificado se compromete a prestar el servicio objeto de la presente contratación en sus instalaciones debidamente habilitadas en el municipio de Pitalito Huila, en el horario de 07:00 am a 12:00 pm y 02:00 pm a 06:00 pm de lunes a viernes, y sábados de 08:00 a.m. a 12:00 p.m. de durante la vigencia del contrato.	*ANEXA CERTIFICACION FIRMADA POR LA REPRESENTANTE LEGAL ASTRID DAYANA BURBANO CHAVEZ*	X	
18	OFERENTE garantiza que el personal terapeuta EN TERAPIA FÍSICA, OCUPACIONAL, TERAPIA LENGUAJE Y/O FONOAUDIOLOGÍA Y TERAPIA RESPIRATORIA, realice las actividades propias de la profesión y la sesión se hará por un término no menor a 30 minutos.	*ANEXA CERTIFICACION FIRMADA POR LA REPRESENTANTE LEGAL ASTRID DAYANA BURBANO CHAVEZ*	X	
19	OFERENTE garantiza que el personal terapeuta TERAPIA RESPIRATORIA, para la rehabilitación CARDIOPULMONAR Y/O CARDIOVASCULAR, realice las actividades propias de la profesión y la sesión se hará por un término no menor a 45 minutos	*ANEXA CERTIFICACION FIRMADA POR LA REPRESENTANTE LEGAL ASTRID DAYANA BURBANO CHAVEZ*	X	

El COMITÉ TECNICO EVALUADOR determina que la entidad **CENTRO MEDICO LOS ALJARES IPS S.A.S** NIT 901544725 **CUMPLE** con las condiciones técnicas requeridas en el pliegos de condiciones definitivo del proceso de MINIMA CUANTIA **PN RASES N° 2 MIC 001 2025.**

SAMAT IPS

VERIFICACION TECNICA

ÍTEM	CODIGIO CUPS	DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLEN
1	931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	X	
2	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	X	
3	937000	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL SOD	X	
4	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	X	
5	933501	TERAPIA DE REHABILITACION PULMONAR	X	
6	933601	TERAPIA DE REHABILITACION CARDIOVASCULAR	X	

OTRAS CONDICIONES TECNICAS

ÍTEM	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	OBSERVACIONES	CUMPLE	NO CUMPLE
1	**PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.** El oferente debe tener implementado programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención de Salud, acorde al Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 y teniendo en cuenta el Decreto 903 de 2014 del Ministerio de la Protección Social *"...Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud..."* con sus adiciones y modificaciones. De acuerdo con lo anterior debe anexar con la oferta mínimo los siguientes documentos: • Allegar la certificación del PAMEC ante la Superintendencia de Salud, o en su defecto constancia mediante pantallazo o cualquier otro medio que permita demostrar la veracidad de la información registrada en la superintendencia. De igual forma manifestará que va a permitir el acceso a los auditores de la Policía Nacional, así mismo permitir el acceso a todos los documentos que requiera, de acuerdo con le ley y permitirle realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual, mediante verificaciones periódicas a la institución, verificando las condiciones locativas y el recurso humano disponibles para el desarrollo del presente contrato. **(ANEXAR CERTIFICACION)** • Socialización de protocolos de seguridad, con el grupo de terapeutas • El oferente debe anexar certificación firmada por el representante legal, donde se mencione el listado de equipos médicos con los que cuenta la entidad para el desarrollo y ejecución del futuro contrato a celebrase, y a su vez contrato con la entidad de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos con el respectivo cronograma de igual forma se compromete a contar con un contrato vigente para el mantenimiento de equipos biomédicos relacionados, y donde conste y certifique el buen funcionamiento y estado de los mismos. **(ANEXAR CERTIFICACION)** • El oferente mediante documento escrito dirigido al jefe de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No2, debe garantizar que permitirá la realización de actividades de auditoria médica y cuentas en IPS oferente, además facilitará la información necesaria para realizar visitas de auditoria concurrente a pacientes.	*NO ANEXA CERTIFICACION DE PÁMEC* *NO ALLEGA SOCIALIZACION DE PROTOCOLOS CON EL GRUPO DE TERAPEUTAS* *ALLEGA CERTIFICACION DONDE MENCIONE CERTIFICACION DE EQUIPOS MEDICOS CON EL RESPECTIVO CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS* *ALLEGA DOCUMENTO ESCRITO QUE GARANTICE QUE SE PERMITE REALIZAR ACTIVIDADES DE AUDITORIA MEDICA.*		X
2	**EL OFERENTE** deberán certificar por escrito que no se encuentran relacionados en el Registro Único De Infractores Ambientales R.U.I.A **(ANEXAR CERTIFICACIÓN).**	*ANEXA CERTIFICACION FIRMADA POR RL JOSE GUILLERMO RODRIGUEZ*	X	
3	**EL OFERENTE** GARANTIZA que cuenta con **CERTIFICADO** de habilitación ante Secretaria Departamental de Salud para la prestación de servicios en salud, habilitados para la prestación de servicios en rehabilitación (TERAPIA FISICA, TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA LENGUAJE Y/O FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA RESPIRATORIA). Según **Resolución 3100 de 2019** con sus modificaciones y adiciones **(ANEXAR CERTIFICADO).**	*NO ANEXA CERTIFICACION DE HABILITACION EMITIDA POR ENTE TERRITORIAL PARA LOS SERVICIOS DE TERAPIA FISICA, OCUPACIONAL, FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA RESPIRATORIA.*		X
4	**EL OFERENTE** junto a su oferta allegara el Modelo de prestación de servicios definido por el prestador	*ANEXA MODELO DE ATENCION*	X	
5	**EL OFERENTE** mediante certificación **GARANTIZARA** la atención de los usuarios de la Regional de Aseguramiento en salud No 2 en sus instalaciones, en un lapso máximo de tiempo para la prestación del servicio de 2 días de realizarse la solicitud.	*ANEXA CERTIFICACION FIRMADA POR RL JOSE*	X	

		GUILLERMO RODRIGUEZ		
6	En el caso de que sean necesitados y/o requeridos procedimientos, exámenes, servicios médicos que no estén incluidos en el contrato; estos deberán ser cotizados por la entidad contratista y, se prestaran una vez sea modificado el contrato, previo aval del supervisor del contrato, jefe de la Unidad Prestadora de Salud Huila y el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 2, y sea notificada la entidad prestadora. Asimismo, indicará y presentará la habilitación del servicio cotizado, acorde a la resolución 3100 del 25-11-2019 *"Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud"* con sus adiciones y modificaciones. Esto con el fin de asegurar el tratamiento oportuno y adecuado de los usuarios que requieran dichos procedimientos, garantizando así, la recuperación, mejoramiento de la salud y el derecho a la vida, de los mismos.	*ACEPTA LO DESCRITO MARCANDO CUMPLE*	X	
7	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"*. Por lo cual el OFERENTE deberá presentar junto con su propuesta la siguiente documentación: 2. Certificado vigencia 2023 emitido por el MINISTERIO DE TRABAJO 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 "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato. Diligenciamiento del anexo FORMULARIO DE COMPROMISO SG-SST, el cual deberá estar debidamente firmado por el representante legal de la empresa.	*NO ALLEGA CERTIFICADO DE VIGENCIA 2023 EMITIDO POR EL MINISTERIO DE TRABAJO. DILIGENCIA FORMULARIO SE SG-SST*		X
8	EXPERIENCIA PROPONENTE Con el fin de garantizar la calidad de los servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, para la verificación de la experiencia el proponente deberá anexar a su propuesta, certificaciones de contratos ejecutados cuyo objeto sea igual o guarde congruencia con el objeto de la presente contratación, y cuya sumatoria sea igual o mayor al cincuenta (50%) del valor del presupuesto, dichas certificaciones deben contener la siguiente información: Las certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información básica debidamente suscrita por quien la expide: • Objeto del contrato • Número del contrato • Valor • Plazo • Fecha de inicio • Fecha de finalización • Nombre del contratante • Nombre del contratista • Grado de satisfacción. Las certificaciones deberán estar suscritas por el representante legal del contratante o por la persona autorizada para tal fin. No se admiten: • Certificaciones de Subcontrataciones	*ANEXA CERTIFICACION DE ENTIDADES DE SALUD VITAL, TOLIHUILA, LAS CUALES CON CONTIENEN INFORMACION BASICA SOLICITADA EN EL PLIEGO DE CONDICIONES.*		X

	• No se acepta auto certificaciones. • Copias de facturas órdenes de pago etc. • Copias de Contratos. • Copias de las actas de liquidación • Cuando se certifiquen contratos realizados bajo la modalidad de consorcio o unión temporal, para la verificación, se tomará el porcentaje de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del consorcio o de la unión temporal, para lo cual deberá anexar a la propuesta el documento que acredito la conformación del consorcio o unión temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato. NOTA: En caso de que el oferente haya firmado contratos la Regional de Aseguramiento en Salud No. 2, no es obligatorio que anexe certificación, solamente con enunciar el contrato objeto y el valor; la unidad verificara la información, según la Ley 019 de del 2012. *ARTICULO 9. PROHIBICIÓN DE EXIGIR DOCUMENTOS QUE REPOSAN EN LA ENTIDAD.* La Regional de Aseguramiento en Salud No2 se reserva el derecho de verificar la veracidad de los documentos que los Oferentes aporten a su Propuesta.			
9	EXPERIENCIA DEL PERSONAL Con el fin de garantizar la idoneidad del personal que prestará los servicios requeridos, **EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL** de la entidad donde conste que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, RETHUS y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo UN (01) AÑO, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual	*ANEXA CERTIFICACION FIRMADA POR RL JOSE GUILLERMO RODRIGUEZ*	X	
10	**EL OFERENTE** se compromete a prestar el servicio siempre y cuando el usuario presente los siguientes requisitos: Boletín de AUTORIZACIÓN Firmado por el profesional y el usuario, orden médica, copia del documento de identidad, copia del carnet policial, **(TENER EN CUENTA QUE EL BOLETIN DE AUTORIZACIÓN TIENE VIGENCIA 90 DÍAS, BOLETÍN VENCIDO NO SERÁ PRESTADO EL SERVICIO Y PUEDE SER OBJETO DE GLOSA).**	*ACEPTA LO DESCRITO MARCANDO CUMPLE*	X	
12	CAPACIDAD OPERATIVA El oferente deberá **CERTIFICAR MEDIANTE DOCUMENTO** escrito firmado por el representante legal de la entidad, que cuenta con toda la infraestructura, equipos, capacidad técnica, y capacidad tecnológica para prestar los servicios de salud solicitados en el presente estudio previo. Igualmente certificará que cumplen con los estándares mínimos de habilitación y calidad para la prestación de sus servicios de TERAPIA FISICA, TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DEL LENGUAJE Y/O FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA RESÍRATORIA según lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y de la protección social con sus adiciones y modificaciones. Además, debe certificar que podrá prestar de manera oportuna los servicios objeto del presente proceso de contratación. De igual forma, dispondrá de un folleto informativo para todos los usuarios del Subsistema de la Policía Nacional con la siguiente información: • Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios. • Horarios de Atención para los usuarios. • Modalidad para la asignación de citas y o visitas (Telefónica y/o Presencial). • Instrucciones para solicitud y programación de procedimientos y visitas. • Entrega de copia de servicios prestados. • Linea de atención a nuestros usuarios y proceso de quejas y reclamos. Debe presentar el modelo de atención en salud junto con la propuesta.	*ANEXA CERTIFICACION FIRMADA POR LA REPRESENTANTE LEGAL EN RELACION A LA CAPACIDAD OPERATIVA. NO ALLEGA FOLLETO INFORMATIVO*		X

13	NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO Para la prestación del servicio objeto del presente proceso, será requisito mínimo que las personas que presten los servicios a nuestros usuarios y beneficiarios, sean profesionales titulados por parte de una entidad educativa debidamente reconocida ante el Ministerio de Educación y soportar dichos estudios, así como capacitaciones de los mismos. Por lo tanto, el oferente deberá adjuntar en su propuesta copia íntegra y legible de los correspondientes diplomas y actas de grado del personal que a continuación se requieren y desempeñen las siguientes profesiones: PERSONAL PROFESIONAL MÍNIMO REQUERIDO: **PERSONAL REQUERIDO** / **COMPETENCIAS ESPECIFICAS** / **CANTIDAD** TERAPEUTA OCUPACIONAL — Experiencia mínima de un (1) año — 1 FONOAUDIOLOGO — Experiencia mínima de un (1) año — 1 TERAPEUTA FISICA — Experiencia mínima de un (1) año — 1 TERAPEUTA RESPIRATORIA — Experiencia mínima de un (1) año — 1 Cada profesional anteriormente mencionado deberá encontrarse inscrito ante el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS), de acuerdo con lo tipificado en el artículo 100 del Decreto Ley 2106 de 2019 *"Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública."* Igualmente, se debe anexar la hoja de vida de cada profesional, relacionando los diplomas, cursos y/o seminarios, tarjeta profesional, fotocopia de documento de identidad, acta de grado e inscripción ante el RETHUS, en este orden: • Hoja de vida actualizada y firmada • Copia documento de identidad • Copia título y acta de grado • El personal que realice terapia de rehabilitación cardiovascular y terapia de rehabilitación pulmonar deben adjuntar certificación. NOTA: • Convalidación de títulos. Los interesados que presenten dentro de su grupo de trabajo personas que hayan cursado carreras profesionales o postgrados en el exterior, deberán presentar los títulos debidamente convalidados de acuerdo con lo establecido en la Resolución 010687 de 09-10-2019 del Ministerio de Educación Nacional. • En caso de que las certificaciones no tengan la información solicitada, o no se pueda verificar o constatar la información allí mencionada, se tendrán como certificaciones no válidas. El oferente deberá diligenciar y firmar EL FORMULARIO PERSONAL, EXPERIENCIA Y TIEMPOS DE DEDICACIÓN MÍNIMOS.	*ALLEGA HOJAS DE VIDA DE FISIOTERAPEUTA- FONOAUDIOLOGA Y TERAPEUTA OCUPACIONAL NO ANEXA HOJA DE VIDA DE TERAPIA RESPIRATORIA CON LOS SOPORTES REQUERIDOS EN EL PLIEGO, NO DILIGENCIADO FORMULARIO #6*		X
14	**EL OFERENTE** mediante certificación designara un funcionario, para la coordinación con el supervisor del contrato para que vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y soluciones los inconvenientes que se presenten e informe el contrato este en un (70%) por ciento consumido. Una vez recibida la información estudiara la viabilidad de adicionar el contrato. Diligencia la siguiente información: **Nombre:** **Teléfonos:**	*ANEXA CERTIFICACION FIRMADA POR RL JOSE GUILLERMO RODRIGUEZ*	X	

	Correo electrónico:			
15	EL OFERENTE mediante certificación se compromete a sostener los precios y tarifas ofrecidas durante el plazo de ejecución del contrato y sus adiciones.	*ANEXA CERTIFICACION FIRMADA POR RL JOSE GUILLERMO RODRIGUEZ*	X	
16	SEGURIDAD DEL PACIENTE Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias. De acuerdo a lo anterior deberá certificar que cumple con las políticas y buenas prácticas de seguridad del paciente estipuladas por el Ministerio de Salud y protección Social.	*NO ANEXA CERTIFICADO*		X
17	El oferente mediante certificado se compromete a prestar el servicio objeto de la presente contratación en sus instalaciones debidamente habilitadas en el municipio de Pitalito Huila, en el horario de 07:00 am a 12:00 pm y 02:00 pm a 06:00 pm de lunes a viernes, y sábados de 08:00 a.m. a 12:00 p.m. de durante la vigencia del contrato.	*ANEXA CERTIFICACION FIRMADA POR RL JOSE GUILLERMO RODRIGUEZ*	X	
18	OFERENTE garantiza que el personal terapeuta EN TERAPIA FÍSICA, OCUPACIONAL, TERAPIA LENGUAJE Y/O FONOAUDIOLOGÍA Y TERAPIA RESPIRATORIA, realice las actividades propias de la profesión y la sesión se hará por un término no menor a 30 minutos.	*ANEXA CERTIFICACION FIRMADA POR RL JOSE GUILLERMO RODRIGUEZ*	X	
19	OFERENTE garantiza que el personal terapeuta TERAPIA RESPIRATORIA, para la rehabilitación CARDIOPULMONAR Y/O CARDIOVASCULAR, realice las actividades propias de la profesión y la sesión se hará por un término no menor a 45 minutos	*ANEXA CERTIFICACION FIRMADA POR RL JOSE GUILLERMO RODRIGUEZ*	X	

El COMITÉ TECNICO EVALUADOR determina que la entidad SAMAT IPS NIT 9010829257 **NO CUMPLE** con las condiciones técnicas requeridas en el pliegos de condiciones definitivo del proceso de MINIMA CUANTIA **PN RASES N° 2 MIC 001 2025.**

Atentamente,

Patrullera JIMENA ANDREA CALDERON ROJAS
Comitê Evaluador

SM-14- OSIRIS VARGAS ROJAS
Comitê Evaluador

Carrera 22 Sur N° 26ª-21
Teléfono: 8630065 Extensión 6400
Correo electrónico institucional
deuil.espri-pit@policia.co
www.policia.gov.co