MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
BATALLÓN DE INFANTERIA BISAN 15

Ocaña Norte de Santander, 16 de junio de 2025

Señora Teniente Coronel
MAGDA CAROLINA OLIVEROS ARAGON
Gerente de proyecto
Directora del Dispensario Médico de Bucaramanga
Bucaramanga Santander

ASUNTO: Segundo informe de evaluación Técnica PROCESO DE SELECCIÓN MÍNIMA CUANTÍA N.º MC372DIGSA/DMBUG2025 cuyo objeto es: "LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA MODALIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA, INCLUYENDO SERVICIOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS REQUERIDOS POR LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES, EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL EJÉRCITO (PADE), CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL ACUERDO NO. 002 DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL) Y LA DIRECTIVA NO. 0041 DE 2016, ESM BISAN15, OCAÑA NORTE DE SANTANDER, PARA LA VIGENCIA 2025".

Conforme a los términos, condiciones y especificaciones establecidas en el presente documento me permito entregar el informe de evaluación; Al cierre del proceso Se presentó 3 ofertas así:

- NEUROCOOP SAS
- CODIGO AZUL MEDICINA EN SU HOGAR S.A.S
- MEDICUP

Se procede a evaluar a la entidad: **CODIGO AZUL MEDICINA EN SU HOGAR S.A.S**

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO Y ESPECIFICACIONES TECNICAS ADICIONALES

El proponente debe cumplir con las especificaciones técnicas mínimas de obligatorio cumplimiento, las cuales están descritas y corresponden a las especificaciones técnicas del presente proceso de selección, las cuales se calificarán **CUMPLE O NO CUMPLE**, así:

ITEM	DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO	UNIDAD MEDIDA	NECESIDAD	CÓDIGO CUPS	CUMPLE	NO CUMPLE
1	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR NUTRICION Y DIETETICA: PESO (DEBIDAMENTE CALIBRADO BAJO ONAC), CINTA METRICA, BAJALENGUAS, GUANTES, TAPABOCA, GORRO (DE SER NECESARIO)	EVENTO	1	890106	X	
2	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA (TERAPIA MIOFUNCIONAL) : REALIZACION DE TERAPIA EN CASA CON DURACION 45 MINUTOS, CON VALORACION INICIAL, EVOLUCION Y CONTRAREFERENCIA, INCLUYE LOS INSUMOS PERTINENTES, BAJALENGUAS, GUANTES, GORRO, TAPABOCA, JABON ANTIBACTERIAL	EVENTO	1	890110	X	
3	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA: REALIZACION DE TERAPIAS EN DOMICILIO DEL PACIENTE CON DURACION 45 MINUTOS, DEPENDIENDO DE LA PATOLOGÍA DISPOCISIÓN DE LOS EQUIPOS: MASAJEADOR DE CUERPO Y MASAJEADOR FACIAL, TENS, ULTRASONIDO, BALONES, THERABAND, PLASTILINAS, RESISTENCIA (DIGIFLEX) PARA TRABAJO DE MANO, PESAS PORTATILES, ACEITE MIMERAL, ALCOHOL, GEL CONDUCTOR, TOALLAS DESHECHABLES, GORRO TAPABOCAS, GUANTES. VALORACION INICIAL, EVOLUCION DE CADA TERAPIA, CONTRAREFERENCIA CON PLAN CASERO Y	EVENTO	1	890111	X	

Kilómetro 3 Vía Ocaña – Cúcuta
Cantón Militar El Trapiche
hcesmbisan@buzonejercito.mil.co

	RECOMENDACIONES					
4	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA RESPIRATORIA: REALIZACION DE TERAPIAS EN DOMICILIO DEL PACIENTE CON DURACION 45 MINUTOS, DISPOCISIÓN DE NEBULIZADOR, KIT DE NEBULIZACION (MASCARA, JERINGA, SOLUCION SALINA) TOALLAS DESHECHABLES, GORRO TAPABOCAS, GUANTES. VALORACION INICIAL, EVOLUCION DE CADA TERAPIA, CONTRAREFERENCIA CON PLAN CASERO Y RECOMENDACIONES, INCLYENDO DEMÁS INSUMOS PERTINENTES	EVENTO	1	890112	X	
5	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA RESPIRATORIA, CON SUCCION: REALIZACION DE TERAPIAS EN DOMICILIO DEL PACIENTE, VASO Y MANGUERAS DE SILICONA, FILTRO, SONDAS DE SUCCIÓN, APLICADORES O ISOPO, SOLUCION SALINA, JERINGA, GASAS, GUANTE ESTERIL, GUANTE DE EXAMEN, TOALLAS DESHECHABLES, GORRO TAPABOCAS, GUANTE Y DEMAS INSUMOS PERTINENTES. VALORACION INICIAL, EVOLUCION DE CADA TERAPIA, CONTRAREFERENCIA CON RECOMENDACIONES	EVENTO	1	890112	X	
6	ALQUILER DE SUCCIONADOR DE SECRECIONES (INCLUYE INSUMOS) VALOR DIA: VASO Y MANGUERAS DE SILICONA, FILTRO, SONDAS DE SUCCIÓN, TODO LOS INSUMOS PERTINENTES INCLUSO CALIBRACION Y MANTENIMIENTO	EVENTO	1	NO CUPS	X	
7	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL: REALIZACION DE TERAPIAS EN DOMICILIO DEL PACIENTE CON DURACION 45 MINUTOS, DEPENDIENDO DE LA PATOLOGÍA, DISPOCISIÓN DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES: MASAJEADOR, PLASTILINAS, RESISTENCIA (DIGIFLEX) PARA TRABAJO DE MANO, PESAS PORTATILES, MATERIAL DIDACTICOL PARA TERAPIA OCUPACIONAL VALORACION INICIAL, EVOLUCION DE CADA TERAPIA, CONTRAREFERENCIA CON PLAN CASERO Y RECOMENDACIONES Y DEMAS INSUMOS PERTINENTES.	EVENTO	1	890113	X	
8	SERVICIO DE ALQUILER BOMBA DE INFUSION: SEGUN REQUERIMIETO DEL PACIENTE Y SEGUN PRESCRIPCION MEDICA POR EVENTO PREVIA AUTORIZACION DE COORDINACION Y SUPERVISION DEL PROGRAMA PADE DEL DMBUG. VALOR /DIA, TODOS LOS INSUMOS PERTINENETES	EVENTO	1	NO CUPS	X	
9	ATENCION (VISITA)DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA -CUIDADOS POR AUXILIAR DE ENFERMERIA TURNO DE 6 HORAS: VALORACION Y ATENCION POR ENFERMERIA EL LA CUAL SE REALICE LA TOMA DE SIGNOS VITALES, ASEO GENERAL DE PACIENTE, CAMBIOS DE POSICIÓN, ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA ORAL O ENDOVENOSO, ASEO DE LA UNIDAD, ASISTENCIA EN EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, PROCEDIMIENTOS DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA EN CASO DE QUE LO REQUIERA EN EL DOMICILIO, APOYO Y ASESORAMIENTO A LOS FAMILIARES PARA EL ENTRENAMIENTO DEL MANEJO DEL PACIENTE, LIMPIEZA DE TRAQUEOSTOMIA, LIMPIEZA DE GASTROSTOMIA, CUIDADOS DE LA SONDA VESICAL, CATETERISTMO VESICAL, CAMBIO DE SONDA, CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS, CONTROL POR CURVAS TERMICAS, APLICACION DE ENEMAS, SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL GRUPO INTERDISCIPLINARIO DE REHABILITACIÓN, SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL MÉDICO TRATANTE, PRESENTAR INFORME DE NOVEDADES A LA ENFERMERA JEFE. CAJA DE ENFERMERIA COMPUESTA POR : TENSIOMETRO (DEBIDAMENTE CALIBRADO BAJO ONAC), FONENDOSCOPIO, MALETIN DE CURACIONES (GASAS, GORROS, TABABOCAS, ALCOHOL, JABON QUIRURGICO, SOLUCION SALINA, JERINGAS, GAFAS, APOSITOS, MICROPORE), PULSOXIMETRO, TERMOMETRO DIGITAL, GLUCOMETRO, GASAS ESTERILES, APOSITOS, SOLUCION SALINA, JELCO, EQUIPO DE MACROGOTEO Y MICROGOTEO, TAPON HEPARINIZADO, GORROS, GUANTES, TAPABOCAS, BATA QUIRURGICA, ALGODÓN, ALCOHOL, JABON ANTIBACTERIAL, ISOPOS, BAJALENGUAS, MICROPORE, GUARDIAN (A NECESIDAD), KIT DE DERRAMES, FICHAS: IDENTIFICACION DEL PACIENTE, 10 CORRECTO DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, RELOJ DE CAMBIO POSICIONES ESTRICTO AL PACIENTE ENCAMADO, 5 CORRECTOS LAVADO DE MANOS, SEÑALIZACION RIESGO DE CAIDAS,CARPETA DE SEGUIMIENTO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA . NOTA DE ENFERMERÍA, CONTROL DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, CONTROL DE SIGNOS VITALES, CONSENTIMIENTO INFORMADO, REGISTRO DE ATENCION (FIRMAS), HOJA DE GASTOS DE INSUMOS. CANECA DE RESIDUOS BIOLOGICOS (ROJA) GUARDIAN SEGÚN NECESIDAD. RECOLECCION DE RESIDUOS PATOLOGICOS POR LA EMPRESA DE ASEO EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE	TURNO	1	890105	X	
10	ATENCION (VISITA)DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA -CUIDADOS POR AUXILIAR DE ENFERMERIA -TURNO DE 8 HORAS: VALORACION Y ATENCION POR ENFERMERIA EL LA CUAL SE REALICE LA TOMA DE SIGNOS VITALES, ASEO GENERAL DE PACIENTE, CAMBIOS DE POSICIÓN, ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA ORAL O ENDOVENOSO, ASEO DE LA UNIDAD, ASISTENCIA EN EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, PROCEDIMIENTOS DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA EN CASO DE QUE LO REQUIERA EN EL DOMICILIO, APOYO Y ASESORAMIENTO A LOS FAMILIARES PARA EL ENTRENAMIENTO DEL MANEJO DEL PACIENTE, LIMPIEZA DE TRAQUEOSTOMIA, LIMPIEZA DE GASTROSTOMIA, CUIDADOS DE LA SONDA VESICAL, CATETERISTMO VESICAL, CAMBIO DE SONDA, CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS, CONTROL POR CURVAS TERMICAS, APLICACION DE ENEMAS, SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL GRUPO INTERDISCIPLINARIO DE REHABILITACIÓN, SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL MÉDICO TRATANTE, PRESENTAR INFORME DE NOVEDADES A LA ENFERMERA JEFE. CAJA DE ENFERMERIA COMPUESTA POR : TENSIOMETRO (DEBIDAMENTE CALIBRADO BAJO ONAC), FONENDOSCOPIO, MALETIN DE CURACIONES (GASAS, GORROS, TABABOCAS, ALCOHOL, JABON QUIRURGICO, SOLUCION SALINA, JERINGAS, GAFAS, APOSITOS, MICROPORE), PULSOXIMETRO, TERMOMETRO DIGITAL, GLUCOMETRO, GASAS ESTERILES, APOSITOS, SOLUCION SALINA, JELCO, EQUIPO DE MACROGOTEO Y MICROGOTEO, TAPON HEPARINIZADO, GORROS, GUANTES, TAPABOCAS, BATA QUIRURGICA, ALGODÓN, ALCOHOL, JABON ANTIBACTERIAL, ISOPOS, BAJALENGUAS, MICROPORE, GUARDIAN (A NECESIDAD), KIT DE DERRAMES, FICHAS: IDENTIFICACION DEL PACIENTE, 10 CORRECTO DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, RELOJ DE CAMBIO POSICIONES ESTRICTO AL PACIENTE ENCAMADO, 5 CORRECTOS LAVADO DE MANOS, SEÑALIZACION RIESGO DE CAIDAS,CARPETA DE SEGUIMIENTO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA . NOTA DE ENFERMERÍA, CONTROL DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, CONTROL DE SIGNOS VITALES, CONSENTIMIENTO INFORMADO, REGISTRO DE ATENCION (FIRMAS), HOJA DE GASTOS DE INSUMOS. CANECA DE RESIDUOS BIOLOGICOS (ROJA) GUARDIAN SEGÚN NECESIDAD. RECOLECCION DE RESIDUOS PATOLOGICOS POR LA EMPRESA DE ASEO EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE	TURNO	1	890105	X	
11	ATENCION (VISITA)DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA -CUIDADOS POR AUXILIAR DE ENFERMERIA -TURNO DE 12 HORAS: VALORACION Y ATENCION POR ENFERMERIA EL LA CUAL SE REALICE LA TOMA DE SIGNOS VITALES, ASEO GENERAL DE PACIENTE, CAMBIOS DE POSICIÓN, ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA ORAL O ENDOVENOSO, ASEO DE LA UNIDAD, ASISTENCIA EN EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, PROCEDIMIENTOS DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA EN CASO DE QUE LO REQUIERA EN EL DOMICILIO, APOYO Y ASESORAMIENTO A LOS FAMILIARES PARA EL ENTRENAMIENTO DEL MANEJO DEL PACIENTE, LIMPIEZA DE TRAQUEOSTOMIA, LIMPIEZA DE GASTROSTOMIA,	EVENTO	1	890105	x	

	CUIDADOS DE LA SONDA VESICAL, CATETERISTMO VESICAL, CAMBIO DE SONDA, CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS, CONTROL POR CURVAS TERMICAS, APLICACION DE ENEMAS, SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL GRUPO INTERDISCIPLINARIO DE REHABILITACIÓN, SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL MÉDICO TRATANTE, PRESENTAR INFORME DE NOVEDADES A LA ENFERMERA JEFE. CAJA DE ENFERMERIA COMPUESTA POR : TENSIOMETRO (DEBIDAMENTE CALIBRADO BAJO ONAC), FONENDOSCOPIO, MALETIN DE CURACIONES (GASAS, GORROS, TABABOCAS, ALCOHOL, JABON QUIRURGICO, SOLUCION SALINA, JERINGAS, GAFAS, APOSITOS, MICROPORE), PULSOXIMETRO, TERMOMETRO DIGITAL, GLUCOMETRO, GASAS ESTERILES, APOSITOS, SOLUCION SALINA, JELCO, EQUIPO DE MACROGOTEO Y MICROGOTEO, TAPON HEPARINIZADO, GORROS, GUANTES, TAPABOCAS, BATA QUIRURGICA, ALGODÓN, ALCOHOL, JABON ANTIBACTERIAL, ISOPOS, BAJALENGUAS, MICROPORE, GUARDIAN (A NECESIDAD), KIT DE DERRAMES, FICHAS: IDENTIFICACION DEL PACIENTE, 10 CORRECTO DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, RELOJ DE CAMBIO POSICIONES ESTRICTO AL PACIENTE ENCAMADO, 5 CORRECTOS LAVADO DE MANOS, SEÑALIZACION RIESGO DE CAIDAS,CARPETA DE SEGUIMIENTO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA . NOTA DE ENFERMERÍA, CONTROL DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, CONTROL DE SIGNOS VITALES, CONSENTIMIENTO INFORMADO, REGISTRO DE ATENCION (FIRMAS), HOJA DE GASTOS DE INSUMOS. CANECA DE RESIDUOS BIOLOGICOS (ROJA) GUARDIAN SEGÚN NECESIDAD. RECOLECCION DE RESIDUOS PATOLOGICOS POR LA EMPRESA DE ASEO EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE :					
x12	ATENCION (VISITA)DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA -CUIDADOS POR AUXILIAR DE ENFERMERIA -TURNO DE 24 HORAS: VALORACION Y ATENCION POR ENFERMERIA EL LA CUAL SE REALICE LA TOMA DE SIGNOS VITALES, ASEO GENERAL DE PACIENTE, CAMBIOS DE POSICIÓN, ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA ORAL O ENDOVENOSO, ASEO DE LA UNIDAD, ASISTENCIA EN EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS, PROCEDIMIENTOS DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA EN CASO DE QUE LO REQUIERA EN EL DOMICILIO, APOYO Y ASESORAMIENTO A LOS FAMILIARES PARA EL ENTRENAMIENTO DEL MANEJO DEL PACIENTE, LIMPIEZA DE TRAQUEOSTOMIA, LIMPIEZA DE GASTROSTOMIA, CUIDADOS DE LA SONDA VESICAL, CATETERISTMO VESICAL, CAMBIO DE SONDA, CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS, CONTROL POR CURVAS TERMICAS, APLICACION DE ENEMAS, SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL GRUPO INTERDISCIPLINARIO DE REHABILITACIÓN, SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL MÉDICO TRATANTE, PRESENTAR INFORME DE NOVEDADES A LA ENFERMERA JEFE. CAJA DE ENFERMERIA COMPUESTA POR : TENSIOMETRO (DEBIDAMENTE CALIBRADO BAJO ONAC), FONENDOSCOPIO, MALETIN DE CURACIONES (GASAS, GORROS, TABABOCAS, ALCOHOL, JABON QUIRURGICO, SOLUCION SALINA, JERINGAS, GAFAS, APOSITOS, MICROPORE), PULSOXIMETRO, TERMOMETRO DIGITAL, GLUCOMETRO, GASAS ESTERILES, APOSITOS, SOLUCION SALINA, JELCO, EQUIPO DE MACROGOTEO Y MICROGOTEO, TAPON HEPARINIZADO, GORROS, GUANTES, TAPABOCAS, BATA QUIRURGICA, ALGODÓN, ALCOHOL, JABON ANTIBACTERIAL, ISOPOS, BAJALENGUAS, MICROPORE, GUARDIAN (A NECESIDAD), KIT DE DERRAMES, FICHAS: IDENTIFICACION DEL PACIENTE, 10 CORRECTO DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, RELOJ DE CAMBIO POSICIONES ESTRICTO AL PACIENTE ENCAMADO, 5 CORRECTOS LAVADO DE MANOS, SEÑALIZACION RIESGO DE CAIDAS,CARPETA DE SEGUIMIENTO DE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA . NOTA DE ENFERMERÍA, CONTROL DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, CONTROL DE SIGNOS VITALES, CONSENTIMIENTO INFORMADO, REGISTRO DE ATENCION (FIRMAS), HOJA DE GASTOS DE INSUMOS. CANECA DE RESIDUOS BIOLOGICOS (ROJA) GUARDIAN SEGÚN NECESIDAD. RECOLECCION DE RESIDUOS PATOLOGICOS POR LA EMPRESA DE ASEO EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE	EVENTO	1	890105	X	
13	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA-TOMA DE MUESTRAS: LA MUESTRA DE EXAMENES DE LABORATORIO SE TOMARÁ EN EL DOMICILIO Y SERA RESPONSABILIADAD DE LA EMPRESA CONTAR CON UN LABORATORIO QUE GARANTICE LA CALIDAD Y VERACIDAD EN LOS RESULTADOS; ASI MISMO UBICAR LOS REPORTES EN LA RESIDENCIA DEL PACIENTE. LA TOMA DEL EXAMEN, INCLUYE RECIPIENTES NECESARIO PARA SU MANEJO. ESTE PROCEDIMIENTO SERA PREVIAMENTE AUTORIZADO POR COORDINADOR Y SUPERVISOR DEL PROGRAMA PADE DEL ESMBISAN	EVENTO	1	890105	X	
14	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERÍA- PARA INFUSIÓN O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR ENFERMERA JEFE: EQUIPO DE MACROGOTEO, BURETROL, JELCO ·18, 20, 22, SEGÚN CALIBRE DE VENA, MICROPORE, ALGODÓN, SOLUCION SALINA, JERINGAS, ALCOHOL, TAPON HEPARIZADO, GUARDIAN, GORROS, TAPABOCAS, GUANTES, TORNIQUETE, TENSIOMETRO (DEBIDAMENTE CALIBRADO BAJO ONAC), ARRIENDO DE EQUIPO, BOMBA DE INFUSIÓN (SEGUN PATOLOGIA DEL PACIENTE) Y DEMAS INSUMOS PERTINENTES.	EVENTO	1	890105	X	
15	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL) (EN DOMICILIO): PROCEDIMIENTO QUE INCLYE INSUMOS MEDICOS-QUIRURGICO COMO JERINGAS, GUANTES ESTERILES, GUANTES DE EXAMEN, SONDA FOLEY/ NELATON CALIBRE SEGÚN EL CASO, CISTOFLO, GASAS, JABON QUIRURGICO, SOLUCION SALINA, MATERIAL ANESTEISICO, GORRO, TAPABOCAS, GAFAS Y BATA QUIRURGICA (SI LO REQUIERE) Y DEMAS INSUMOS PERTINENTES	EVENTO	1	579401	X	
1x6	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERÍA- CURACIONES DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANERO SOD (QUEMADURA) Ó CURACION DE ESCARAS Y/O LESIONES POR ENFERMERA JEFE -GRUPO A: MENOR 5x5 CMS DE DIAMETRO - (ESTADIO I): PROCESO DE CURACIONES QUE INCLUYAN ELELMNTOS DE CURACIONES COMPUESTO POR: GUANTES DE EXAMEN, GUANTES ESTERILES, GUANTES LIMPIOS SEGÚN CORRESPONDA EL CASO, SOLUCION SALINA, JABON QUIRURGICO, BISTURI, GASAS, MICROPORES, APOSITOS, BAJALENGUAS, GORRO, TAPABOCAS, BATA QUIRURGICA, JERINGAS, GUARDIAN, BOLSA RECOLECTORA, TIJERAS, ALCOHOL, GAFAS Y DEMAS EPP, HOJA DE NOTA DE ENFERMERIA, RECIPIENTE DE DESECHOS Y DEMAS INSUMOS PERTINENTES.	EVENTO	1	890105	X	
17	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERÍA-CURACIONES DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANERO SOD (QUEMADURA) Ó CURACION DE ESCARAS Y/O LESIONES POR ENFERMERA JEFE -GRUPO B: ENTRE 5X5 A 7X7 CM DE DIAMETRO - (ESTADIO II): PROCESOS DE CURACIONES QUE INCLUYAN ELEMENTOS DE CURACIONES COMPUESTO POR: GUANTES DE EXAMEN, GUANTES ESTERILES, SOLUCION SALINA, JABON QUIRURGICO, BISTURI, GASAS, MICROPORES, APOSITOS, BAJALENGUAS, GORRO, TAPABOCAS, BATA QUIRURGICA, JERINGAS, GUARDIAN, TIJERAS, ALCOHOL, GAFAS Y DEMÀS EPP , NOTA DE ENFERMERIA, RECIPIENTE DE DESECHOS Y DEMAS INSUMOS PERTINENTES	EVENTO	1	890105	X	
18	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERÍA-CURACIONES DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANERO SOD (QUEMADURA) Ó CURACION DE ESCARAS Y/O LESIONES POR ENFERMERA JEFE GRUPO C: ENTRE 7X7 A 10X10 CM DE DIAMETRO - (ESTADIO III): PROCESO DE CURACIONES COMPUESTO POR: GUANTES DE EXAMEN, GUANTES ESTERILES, SOLUCION SALINA, JABON QUIRURGICO, BISTURI, GASAS, MICROPORES, APOSITOS, BAJALENGUAS, GORRO, TAPABOCAS, BATA QUIRURGICA, JERINGAS, GUARDIAN, TIJERAS, ALCOHOL, GAFAS Y DEMÀS EPP, NOTA DE ENFERMERIA, RECIPIENTE DE DESECHOS Y DEMAS INSUMOS PERTINENTES	EVENTO	1	890105	X	
19	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERÍA-CURACIONES DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANERO SOD (QUEMADURA) Ó CURACION DE ESCARAS Y/O LESIONES POR ENFERMERA JEFE GRUPO D: MAYOR DE 10X10 CM DE DIAMTERO - (ESTADIO IV): PROCEOS DE CURACIONES COMPUESTO POR: GUANTES DE EXAMEN, GUANTES ESTERILES, SOLUCION SALINA, JABON QUIRURGICO, BISTURI, GASAS, MICROPORES, APOSITOS, BAJALENGUAS, GORRO, TAPABOCAS, BATA QUIRURGICA, JERINGAS, GUARDIAN, TIJERAS, ALCOHOL, GAFAS , NOTA	EVENTO	1	890105	X	

	DE ENFERMERIA, RECIPIENTE DE DESECHOS Y DEMAS INSUMOS PERTINENTES					
20	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) NASOGÁSTRICO O DE ESOFAGOSTOMÍA (DOMICILIO): SONDA NASOGASTRICA SEGÚN EL CALIBRE, (DEPENDE DE LA EDAD DEL PACIENTE), GUANTES ESTERILES, SOLUCION SALINA, JERINGA, MATERIAL ANESTESICO, FONENDOSCOPIO, GASAS, MICROPORE, GORRO, TAPABOCA, GAFAS	EVENTO	1	970101	X	
21	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) NASOGÁSTRICO O DE ESOFAGOSTOMÍA (DOMICILIO)(SUSTITUCIÓN DE ESOFAGOSTOMÍA) (EN DOMICILIO): SONDA NASOGASTRICA SEGÚN EL CALIBRE, (DEPENDE DE LA EDAD DEL PACIENTE) (Y PREESCRPCION MEDICA), GUANTES ESTERILES, SOLUCION SALINA, JERINGA, MATERIAL ANESTESICO, FONENDOSCOPIO, GASAS, MICROPORE, GORRO, TAPABOCA, GAFAS	EVENTO	1	970101	X	
22	SERVICIO DE ALQUIER DE CAMA HOSPITALARIA ELETRICA A 3 PLANOS	MES	1	NO CUPS	X	
23	DILIGENCIAMIENTO DE CERTIFICADO DE DEFUNCION	EVENTO	1	NO CUPS	X	
24	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE SECUNDARIO [TAB]	EVENTO	1	601T02	X	
25	SERVICIO DE TRASLADO MEDICALIZADO DE PACIENTES [TAM]	EVENTO	1	602T02	X	

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

Para el cumplimiento de las Especificaciones Técnicas adicionales el proponente además deberá garantizar los siguientes aspectos a través de documento, el cual deberá ser aportado en su OFERTA, adjuntando lo requerido aquí:

No.	DESCRIPCIÓN	cumple	No cumple
1	**CAPACIDAD DE PRESTAR LOS SERVICIOS** El Proponente debe presentar certificación firmada por el representante legal en la que garantiza tener la capacidad de prestar la totalidad de los servicios requeridos del proceso, que cumple con las habilitaciones según el Sistema Único de Habilitación de que trata el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social. **HABILITACIONES:** 312 ENFERMERIA 328 MEDICINA GENERAL 333 NUTRICION Y DIETETICA 728 TERAPIA OCUPACIONAL 729 TERAPIA RESPIRATORIA 739 FISIOTERAPIA 740 FONOAUDIOLOGIA Y/O TERAPIA DE LENGUAJE	X	
2	**CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD** El Proponente deberá allegar el CERTIFICADO DE HABILITACIÓN DE CADA UNO DE LOS SERVICIOS EXIGIDOS EN LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO, expedido por la secretaria de salud, la cual deberá estar vigente durante la ejecución del contrato. EL Comité Técnico evaluador del DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA verifica el cumplimiento de este requisito con el NIT del Proponente o del propietario de la Sede en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Protección Social. No se tendrán en cuenta las propuestas que se habiliten durante el tiempo del proceso específicamente a partir de la publicación del proyecto de ´pliegos de condiciones hasta la adjudicación, esto con el fin de garantizar la debida experiencia en la prestación de los servicios ofertados.	X	
3	**SEDE DEL PROVEEDOR** El Proveedor debe acreditar que cuenta MINIMO con una SEDE en la ciudad de Ocaña, el cual debe acreditar con el certificado de Existencia y Representación legal o Registro Mercantil; en el cual se verificará el domicilio. Cabe resaltar que el oferente que no cuente con sede en la ciudad Ocaña podrá aunar esfuerzos a través de consorcio o uniones temporales o una promesa de sociedad futura.	X	
4	**GARANTÍA DE DISPONIBILIDAD** El Proponente debe presentar certificación firmada por el representante legal de la IPS en la que conste la existencia y disponibilidad de los equipos médicos, hoja de vida y planes de mantenimiento de cada equipo que destinará para la prestación de los servicios.	X	
5	**PORTAFOLIO DE SERVICIOS** El oferente debe presentar portafolio de servicios actualizado, que relacione capacidad instalada, líneas telefónicas disponibles de referencia y contrarreferencia y de información al usuario dentro de este deben estar contemplados los siguientes requisitos: a) Horarios de atención. b) Modalidad para la asignación de citas (telefónica y/o presencial, correo electrónico). c) Dirección y teléfonos (fijos y móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios por parte de referencia en caso de solicitarse servicios prioritarios o en casos de urgencias.	X	
6	**RECURSO HUMANO** La institución prestadora del servicio debe disponer del talento humano necesario y competente para la prestación de los servicios de salud ofertados y el personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios deberá cumplir con los requisitos exigidos por el estado para ejercer la profesión u oficio e igualmente cumplir con lo establecido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social. El oferente debe presentar certificación donde se establezca que el recurso humano que labora en la entidad cumple con los requisitos legales para el ejercicio de la profesión de servicios médicos. Esta certificación debe ser firmada por el representante legal y el jefe de talento humano y/o quien haga sus veces.		

	El talento mínimo requerido es: • Médico general. • Jefe de enfermería. con experiencia certificada en manejo de heridas. • Auxiliar de enfermería. **Equipo de rehabilitación:** • Terapeuta Respiratorio. • Terapeuta Físico. • Terapeuta ocupacional. • Terapeuta de Lenguaje • Nutricionista.	**X**	
7	**SERVICIO DE TOMA DE MUESTRAS EN EL DOMICILIO:** Anexar contrato vigente y/o certificación del Laboratorio Clínico adjuntando la respectiva habilitación del laboratorio, que acredite que cuenta con una vinculación de un laboratorio para toma de muestras. Lo anterior para el caso de un requerimiento de toma de muestra que requiera un paciente que se encuentre dentro del programa de Atención Domiciliaria con previa autorización de coordinación o supervisión de PADE.	**X**	
8	**MANEJO RESIDUOS BIOLOGICOS** El oferente debe presentar una certificación suscrita por el representante legal, de compromiso para recoger del domicilio transportar y asumir el gasto de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades que estén debidamente clasificados, embalados, envasados y etiquetados de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, además donde queden registrados el cumplimiento de los siguientes puntos obligatorios por parte de la empresa gestor o receptor de desechos o residuos peligrosos así: **1)** Transportar residuos generados en la atención en salud y otras actividades que estén debidamente clasificados, embalados, envasados y etiquetados de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente. **2)** Entregar la totalidad de los residuos o desechos peligrosos al gestor autorizado para el almacenamiento, tratamiento, aprovechamiento y/o disposición final que sea definido por el generador, se verificaran actas desactivación final. **3)** Realizar las actividades de lavado y desinfección de los vehículos en que se hayan transportado residuos o desechos peligrosos en lugares que cuenten con todos los permisos ambientales y sanitarios a que haya lugar, se verificara protocolos de limpieza y desinfección de vehículos. **4)** En casos en que la empresa preste el servicio de embalado y etiquetado de residuos o desechos peligrosos a un generador, debe realizar estas actividades de acuerdo con los requisitos establecidos en la normatividad vigente. Se verificará certificaciones. **5)** Asumir el costo del almacenamiento, tratamiento, y/o disposición final de los residuos peligrosos generados en la atención en salud y otras actividades, que se encuentre transportando, si una vez efectuada la verificación de la autoridad competente, no se encuentra en capacidad de demostrar quién es el remitente y/o propietario de los mismos, se verificaran acta de compromiso **6)** Entregar al generador un comprobante de recolección de los residuos o desechos peligrosos con riesgo biológico o infeccioso. Se verificarán manifiestos de recolección residuos hospitalarios. **7)** Contar con un plan de contingencia actualizado para atender cualquier accidente o eventualidad que se presente en el transporte de residuos y personal capacitado y entrenado para su implementación. Se verificará plan de contingencia. **8)** Cumplir con las disposiciones establecidas en el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras actividades. Se verificará PGHRS en medio magnético. **9)** El carro de transporte debe cumplir la normatividad vigente kit antiderrame, licencia conducción, permisos correspondientes para transporte. **10)** Para transporte de riesgo biológico se deberá realizar en bolsas rotuladas y con la capacidad adecuada correspondientes a la normatividad aplicable: **a.** Licencia ambiental de autorización para el transporte, recolección y destinación final de los desechos hospitalarios emitido por la autoridad ambiental competente o quien expida este documento para la región. **b.** Certificado por escrito firmado por el representante legal donde garantice el adecuado tratamiento o disposición final de los residuos biológicos con las normatividades legales existentes; garantizara el transporte seguro de dichos residuos según la normatividad legal decreto 351/14 y decreto 1609/02.	**X**	
9	**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA Y PROTOCOLOS ATENCIÓN** Allegar la información documentada de los procesos de atención de acuerdo con la Resolución 3100 del 2019 o aquella que la derogue o sustituya (no mayor a 5 años).	X	
10	**ACCESIBILIDAD** El oferente debe presentar certificación firmada por el representante legal en la que garantiza que los servicios acordados se encuentren dentro de los atributos de accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad con el propósito de proteger, defender y dar seguridad a la vida y salud de los usuarios y se compromete a: • La oportunidad de atención de los pacientes en área metropolitana no debe ser mayor a 24 horas y fuera del área metropolitana no debe ser mayor a 3 días hábiles, una vez radicada la solicitud. • Plasmar el nombre de la persona encargada de la Coordinación y una línea telefónica directa para garantizar el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud, novedad sobre procedimientos tratamientos, quejas, programaciones y en general para la atención de los pacientes y garantizar una línea para	X	

	activar código azul o emergencias que se puedan presentar en el domicilio la cual tendrá disponibilidad las 24 horas del día los 7 días de la semana • Estarán a cargo del contratista todos los costos en que deba incurrir en el cumplimiento de su deber de garantía, de lo contrario no se aceptará la garantía técnica, sino que se hará efectiva la garantía única de cumplimiento por el amparo de calidad de los servicios		
11	**CONDICIONES DEL SERVICIO** El oferente debe certificar por escrito y entregar junto con la propuesta en único documento donde se compromete a lo siguiente: • En caso de fallecimiento del paciente la entidad no debe facturar ni cobrar las órdenes no ejecutadas, debe informar inmediatamente al Comité de atención domiciliaria y hacer llegar copia de las órdenes de servicio no realizadas a la coordinación del programa de atención domiciliaria. • En caso de defunción de un paciente que este siendo manejado por la empresa, el contratista deberá realizar los trámites pertinentes. • Se debe garantizar el manejo de la historia clínica de cada paciente, con sus respectivos registros profesionales, evolución y manejo. • Las terapias respiratorias deben ser realizadas por el profesional en Terapia Respiratoria. • De acuerdo al Manual de Atención Domiciliaria crónico, paliativo y paciente institucionalizado SSFM DIGSA dice: Con relación a tiempos de prestación de servicio las sesiones de mantenimiento y de rehabilitación de los ciclos de terapia deben cumplir con un tiempo de desarrollo de las mismas de 45 minutos distribuidos así; 30 minutos de actividad terapéutica y 15 minutos administrativos, tiempo tomado desde el ingreso del profesional al domicilio hasta firma de cierre de procedimiento terapéutico. • Las enfermeras y demás profesionales deben tener sus equipos básicos para el manejo de signos vitales. • Formular, de acuerdo con las políticas y criterios establecidos mediante Acuerdo 052 de 2013 del Consejo Superior de Sanidad Militar y Policial o normas que lo modifiquen. Directiva Permanente 0041 del 2016. • El Auxiliar de enfermería asignado deberá realizar Capacitación a cuidador encargado del paciente. • Previo diagnóstico médico de la lesión o herida que requiera algún tipo de curación, la Enfermera jefe debe presentar el plan de tratamiento al coordinador del programa para su autorización. • De no contar con la presencia de cuidador familiar en el domicilio del paciente el servicio de auxiliar de enfermería no será prestado eventualmente y debe ser informado de inmediato al coordinador del programa del DMBUG. • El personal técnico y profesional deberá portar identificación visible de la entidad que representa, con la debida presentación personal (uniforme antifluidos, bata, calzado antideslizante, enfermería deberá portar toca y cabello recogido). • Los cateterismos vesicales, aspiración de secreciones, la colocación de enema, las curaciones de baja y mediana complejidad, la toma de glucometrías, así como la administración de medicamentos a horario, toma de signos vitales, entre otras funciones de enfermería hacen parte de las funciones a realizar por el Auxiliar de enfermería durante su turno y no deben ser cobrados como evento. • Todo el personal deberá estar capacitado en humanización del servicio. • El contratista deberá asumir todos los elementos e insumos necesarios para la prestación del servicio y el cumplimiento de las medidas de seguridad. • Cumplimiento de disponibilidad en horarios de atención. • Por otro lado, es importante puntualizar lo referido a través de la resolución 971 de 2021 la cual establece el proceso que deberá seguir los pacientes para solicitar y reportar los procesos de Eutanasia, por tal motivo el oferente adjudicado del servicio en atención domiciliaria deberá cumplir con los requisitos para llevar a cabo el proceso según la solicitud que realice el paciente que se encuentra dentro del programa y adjuntar protocolo.	X	
12	**CERTIFICADO DE SUFICIENCIA** Allegar Certificado que soporte la suficiencia para prestar los servicios que se contratan (capacidad instalada vs población a atender) suscrito por el representante legal que cumpla con los requisitos mínimos de habilitación definidos en el Decreto 1011 y anexo técnico uno (1) de la resolución 1043 del Ministerio de Protección Social de 2006.	X	
13	**CERTIFICACIÓN DE COBERTURA GEOGRÁFICA** El oferente deberá presentar con su oferta CERTIFICACIÓN DE COBERTURA GEOGRÁFICA EN LA UBICACIÓN DONDE SE ENCUENTREN LOS PACIENTES DE PADE INSCRITOS EN EL ESMBISAN 15 SEA AREA RURAL Y URBANA, firmada por Representante Legal. **NOTA:** Las anteriores deben quedar establecidas o incorporadas en el texto de las minutas de contrato que se suscriban.	X	
14	**SISTEMA DE AUDITORÍA** Certificación firmada por el Representante legal en la cual certifique que contará con un sistema de Auditoría interna que este en contacto con el Auditor de Cuentas delegado por el Área de Sanidad Santander para el control y supervisión del contrato.	X	
15	**MANUAL DE CALIDAD INSTITUCIONAL** Cumplir con el sistema obligatorio de garantía de calidad de acuerdo con el decreto 780 del 2016, así como con los requisitos mínimos esenciales (Cumplimiento de los estándares de habilitación según resolución 3100 de 2019 anexo técnico # 1, estos serán objeto de verificación por parte del área de Sanidad DMBUG) y las condiciones sanitarias, que fijen las autoridades competentes tanto de orden Nacional como territorial. El oferente deberá acreditar el presente requisito con el MANUAL DE CALIDAD INSTITUCIONAL	X	
16	**SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:** Cumplir con los estándares mínimos de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con la resolución 0312 de 2019. Estos serán objeto de verificación por parte del área de Sanidad DMBUG; para lo cual el oferente deberá adjuntar Certificación emitida por la ARL**.**	X	
	Certificación firmada por el representante legal que cumple con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social y las normas sanitarias vigentes.		

	Contar con un sistema estructurado de referencia, contra referencia y atención al usuario, cuyo proceso y operación será informado al contratante. El oferente debe acreditar con el manual de Referencia y Contra referencia de acuerdo con la Resolución 3100 de 2019 y la Circular 008 del 2018 para lo relacionado con atención al usuario	X	
17	Contar con un programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud de acuerdo con la Circular 012 del 2016 El oferente debe acreditar con el Documento **PAMEC (PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD)**	X	
18	Certificación firmada por el representante legal donde manifieste que una vez agotado el presupuesto y bajo los criterios de calidad y oportunidad en aras de garantizar el derecho a la salud y la vida de los usuarios del SSFM, deberá ofrecer el sostenimiento de la prestación del servicio del presente objeto contractual y sostener las tarifas ofertadas en la propuesta económica	X	
19	El oferente deberá presentar Certificado firmado por el representante legal donde se compromete a que si por necesidad del servicio, y por estar en riesgo el derecho a la vida y a la salud (Derechos fundamentales amparados en la Carta Magna) de algunos de los usuarios y/o beneficiarios del Establecimiento De Sanidad Militar DMBUG llegase a requerir un servicio no relacionado en las especificaciones técnicas del presente proceso y que tenga estrecha relación con el objeto contractual, contemplado en el acuerdo N° 002 del 27 de Abril de 2001 que trata sobre el plan de beneficios en salud para el personal de afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y se encuentre incluido en el portafolio de servicios del oferente, este servicio podrá ser prestado por el contratista Para dar cumplimento a esta especificación se requiere que una vez sea adjudicado el presente proceso el oferente allegue listado de los demás servicios prestados por la institución con sus respectivos precios, los cuales se mantendrán en caso de presentarse esta situación.	X	
20	**SERVICIO DE AMBULANCIA:** Anexar contrato vigente y/o certificación de la entidad la cual prestara el servicio adjuntando la respectiva habilitación, que acredite que cuenta con una vinculación. Lo anterior para el caso de un requerimiento de traslado de pacientes, para cuando se requiera un paciente que se encuentre dentro del programa de Atención Domiciliaria con previa autorización de coordinación o supervisión de PADE.	**X**	

3.3.2 VERIFICACIÓN DE LA EXPERIENCIA HABILITANTE FORMULARIO 9

El oferente deberá diligenciar el formulario No 9 y anexar la experiencia específica, para lo cual deberá llegar a su propuesta como mínimo un (01) CERTIFICADO DE CONTRATO ejecutado y/o ACTA DE LIQUIDACION, cuyo objeto sea IGUAL O SIMILAR al objeto del presente proceso de contratación. El valor o la suma de las certificaciones deberá ser igual o mayor al 100% del valor del presupuesto asignado. El oferente debe acreditar su experiencia habilitante de acuerdo con los siguientes parámetros:

a) Experiencia específica: La certificación o certificaciones podrán ser con entidades públicas o privadas en la cual se identifique con claridad el objeto contractual Las certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información:

a. Nombre o razón social de la empresa o persona contratante
b. NIT de la empresa contratante (si aplica)
c. Cargo de quien expide la certificación.
d. Fecha de la certificación.
e. Nombre o razón social del contratista.
f. Objeto del contrato.
g. Fecha de terminación del contrato o plazo del contrato.
h. Valor del Contrato.

La Entidad se reserva el derecho de verificar la información suministrada por los oferentes a través del documento soporte. Si se advierten discrepancias entre dicha información y lo establecido por el DMBUG, la propuesta será objeto de rechazo, sin perjuicio de las demás actuaciones que se promuevan. Los documentos soporte en su contenido deben ser totalmente legibles.

b) Diligenciamiento del Formulario N° 9. EXPERIENCIA DEL PROPONENTE, en el que identifique los contratos a tenerse en cuenta para este proceso de contratación. El formulario debe ir firmado por el representante legal del proponente y/o suplente.

NOTA: NO se aceptan auto certificaciones y la información suministrada, se entiende bajo la gravedad del juramento

3.3.1 ACREDITACIÓN DE LA EXPERIENCIA EN LA MODALIDAD DE CONSORCIO, UNIÓN TEMPORAL O PROMESA DE SOCIEDAD FUTURA: FORMULARIO 10 Y 11

Cuando se trate de consorcio, unión temporal o promesa de sociedad futura se requiere que los integrantes cumplan con la experiencia. En todo caso la sumatoria de los porcentajes de acreditación

de la experiencia total entre los integrantes deberá ser igual o superior al cien por ciento (100%) de los requisitos solicitados. Cuando la prestación de los servicios o suministro de bienes correspondientes haya sido ejecutada por el proponente o por uno de sus miembros bajo la modalidad de consorcio o unión temporal, sólo se tendrá en cuenta como experiencia del proponente o de uno de sus miembros, aquella referida al porcentaje de participación que el proponente hubiera tenido en el grupo o asociación que ejecutó la actividad.

En todo caso el proponente deberá declarar bajo la gravedad de juramento que la experiencia que acredita corresponde exactamente a la prestación de servicios de conformidad al objeto del proceso de selección; prestados directamente por él.

El Ministerio de Defensa Nacional, Ejército Nacional, Dirección de Sanidad Ejército se reserva el derecho de verificar la información aportada, y no será tenida en cuenta aquella que se pueda establecer que no es cierta.

3.3.2 VERIFICACIÓN DE LA EXPERIENCIA HABILITANTE PARA LOS OFERENTES EXTRANJEROS SIN DOMICILIO EN COLOMBIA.

El proponente extranjero acreditará la experiencia requerida en el pliego de condiciones, mediante el diligenciamiento del Formulario Nº 9. EXPERIENCIA HABILITANTE DEL PROPONENTE, en su parte de “ACREDITACIÓN EXPERIENCIA PARA OFERENTES EXTRANJEROS SIN DOMICILIO EN COLOMBIA”.

Para el caso de personas naturales y jurídicas extranjeras, la experiencia específica: Se debe certificar como mínimo con un (1) contrato ejecutado con entidades públicas o privadas en la cual se identifique con claridad, el objeto. Para el efecto esta documentación deberá cumplir con los protocolos y formalidades para los documentos expedidos en el exterior (Conforme a lo dispuesto en los artículos 259 y 260 del Código de Procedimiento Civil, y demás normas vigentes sobre abolición de la legalización para documentos públicos extranjeros; los únicos documentos que deben llenar este requisito son los de índole legal y la oportunidad para allegarlos con estos formalismos se hará exigible hasta el momento de la adjudicación, de manera que para efectos de presentar la propuesta se aceptará documentos en fotocopias simples).

La sumatoria de los contratos para acreditar experiencia debe ser igual o superior al 100% del valor del presupuesto de este proceso de contratación.

Las certificaciones que presente el oferente extranjero deben reunir los requisitos que se describen a continuación:

a) Nombre o razón social del contratante.
b) Nombre o razón social del contratista.
c) Objeto del contrato o descripción detallada del producto en caso de factura.
d) Año celebración del contrato.
e) Valor del contrato.
f) Nombre, cargo y firma del funcionario(s) que firman el contrato(s) y/o factura(s), medio de contacto.

La entidad evaluará la información suministrada y de acuerdo con ella determinará si resulta suficiente para acreditar la experiencia.

La información se entiende bajo la gravedad de juramento.

Cuando el proponente sea una persona natural o jurídica extranjera que no tenga domicilio o sucursal en Colombia, presentará la información que acredite, en igualdad de condiciones que los proponentes Nacionales. En caso de que alguna información referente a esta experiencia no esté acreditada de la manera que exige el pliego de condiciones, deberá aportar el documento o documentos equivalentes expedidos por la Entidad Contratante (Entidad Estatal), de los cuales se pueda obtener la información requerida. Esta acreditación con documentos equivalentes solo aplica en relación con los expedidos en un país extranjero.

La(s) certificación(es) expedida(s) por la(s) entidad(es) contratante(s), debe(n) ser suscrita(s) por el funcionario competente e indicar la fecha de expedición.

En caso de contratos con particulares, además se aportará el documento que acredite el pago del impuesto de timbre cuando así lo exija la ley.

SI CUMPLE

GARANTÍA TÉCNICA El OFERENTE

junto con la oferta deberá anexar por escrito y en documento independiente, la Garantía Técnica adicional sobre el servicio y los elementos a emplear, debidamente suscrita en original por el representante legal o apoderado de la empresa. La garantía técnica debe cumplir con los siguientes requisitos: Que ampare la calidad de los BIENES y SERVICIOS ofrecidos por parte del equipo médico a los usuarios. Que ampare la atención oportuna y de calidad a los usuarios beneficiarios. Que ampare la continuidad del servicio junto con los equipos médicos que se requieran cuando uno de ellos no esté en funcionamiento.

SI CUMPLE

TÉRMINO DE RESPUESTA

El contratista se obliga a que, en caso de ser rechazados los servicios por no reunir las características, especificaciones y demás requisitos exigidos, será de su responsabilidad realizar nuevamente los servicios, sin costo alguno para el MDN-EJÉRCITO NACIONAL-DISAN-DMBUG, sin perjuicio de las sanciones a que hubiere lugar, previo el debido proceso.
El proponte en documento independiente junto con la oferta deberá garantizar que de resultar adjudicatario está en capacidad de asumir la garantía así:
Para la Prestación del servicio: en un término de ocho (08) horas a partir del requerimiento del supervisor

SI CUMPLE

CONCLUSION DE LA EVALUACION TECNICA:

Una vez verificados los requisitos de orden técnico solicitados del proceso de Mínima Cuantía N° MC372DIGSA/DMBUG2025, se puede establecer que el oferente **CODIGO AZUL MEDICINA EN SU HOGAR S.A.S, SI CUMPLE,** Técnicamente con lo solicitado por nuestra entidad. Por lo cual debe subsanar la siguiente documentación:

CP. SANDRA PATRICIA ROJAS ROJAS
Comité Técnico Evaluador del Proceso No. MC372DIGSA/DMBUG2025