**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
**COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES**
**EJÉRCITO NACIONAL**
**DISPENSARIO MÉDICO DE TOLEMAIDA**

Nilo, Cundinamarca, 20 de junio de 2025

Señora
**MY. PAULA ANDREA GAITAN ROJAS**
Gerente de Proyecto (e)

ASUNTO: **EVALUACIÓN FINAL TÉCNICA** PROCESO DE SELECCIÓN ABREVIADA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SAUD No. SASS-177-DMTOL-2025, CUYO OBJETO ES LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALIZACIÓN EN CASA PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS A LA REGIONAL 10 DISPENSARIO MÉDICO DE TOLEMAIDA Y SUS SATÉLITES, DURANTE LA VIGENCIA 2025.

A través del presente, el comité técnico evaluador allega el informe final de evaluación técnica de las ofertas presentadas dentro del proceso de la referencia, en los siguientes términos:

1. Que con fecha 09 de junio del 2025, se entregó la evaluación técnica al proceso SASS-177-DMTOL-2025.
2. Que con fecha 12 de junio del 2025, se recibió de la empresa Servinsalud Observaciones al informe de evaluación del proceso de selección abreviada menor cuantía No. SASS-177-DMTOL-2025.
3. Que con fecha 16 de junio el comité realizó el alcance a la evaluación por las observaciones presentadas por el proponente SERVINSALUD.
4. Que el día 17 de junio se recibió documento de aclaración por parte del proponente ASAD.
5. Que el día 18 de junio se recibió nuevamente una observación por parte del proponente SERINSALUD dirigida a l comité técnico en razón al documento aportado por ASAD.
6. Que el día 20 de junio una vez terminados los tiempos para la Presentación de observaciones al informe de verificación o evaluación, el comité se permite presentar el informe final a la evaluación técnica así:

Oferente 1: **ASAD ASISTENCIA EN SALUD DOMICILIARIA SAS**
NIT: **900.603.116-9**
**(RECHAZADO)**

| REQUISITO | OBSERVACIONES | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**<br><br>El oferente deberá certificar el cumplimiento de cada uno de los requisitos contenidos en las ESPECIFICACIONES TÉCNICAS de la página XX a la página XX del Pliego Definitivo. | **Presenta documento firmado por el representante legal con 21 folios** | **X** | |
| **41. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO** | | | |
| **REPS: (TOLIMA)** | Código del prestador 7300102332<br>Fecha inscripción: 20180517<br>Fecha vencimiento: 20250831 | **X** | |
| **REPS: (CUNDINAMARCA)** | Código del prestador 2529005337<br>Fecha inscripción: 20250428<br>Fecha vencimiento: 20290427 | **X** | |

| REQUISITO | OBSERVACIONES | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|
| **SERVICIOS INSCRITOS DE OBLIGATORIEDAD** códigos 712, 329, 325, 309, 312 (para ambos departamentos) | | X | |
| **CONCEPTO TÉCNICO SANITARIO** (para ambos departamentos) | | X | |
| **MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD:** El contratista deberá demostrar la existencia de un modelo gestión de calidad donde tenga definidos Manual de Procedimientos, Protocolos y guías de Manejo clínico (historias clínicas, atención al usuario, seguimiento de eventos adversos) además por la población objeto (según grupo etáreo) deberá presentar el protocolo de atención (cuidado paliativo y administración segura de medicamentos en domicilio). | | X | |
| **ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL**: El contratista junto con su oferta deberá presentar la infraestructura organizacional, capacidad administrativa y operacional de la empresa, que garantice con el volumen de profesionales y personal asistencial requerido | **Presenta documento formado por el representante legal** | X | |
| **CERTIFICACIÓN SUMINISTRO INSUMOS BÁSICOS** | | X | |
| **SISTEMA DE INFORMACIÓN** | | X | |
| **PERSONAL PROFESIONAL EXIGIDO:**<br>Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano el oferente debe presentar certificación donde se establezca que el recurso humano que labora en la entidad cumple con la siguiente documentación: hoja de vida, copia del Diploma y/o acta de grado, copia de la cédula, copia de la Tarjeta Profesional, inscripción en el RETHUS, copia del contrato de trabajo o su equivalente que demuestre vinculación con la entidad.<br>hojas de vida del personal correspondiente a las especialidades médicas ofrecidas (medicina interna, medicina familiar, nutrición, dolor y cuidados paliativos). | **Presenta documento firmado por la representante legal.**<br><br>**Presenta las hojas de vida de los especialistas solicitados en el pliego de condiciones** | X | |
| **TIEMPOS MÁXIMOS DE ATENCIÓN** | | X | |
| **LÍNEAS DE CONTACTO** | **El oferente luego de presentar aclaración a las observaciones realizadas por el proponente Servinsalud, allegó documento independiente con un número telefónico, se procedió a validar la información y se evidencia que este número aportado en el documento, No es exclusividad, ya que se encuentran publicados en la plataforma o página web https://asadips.com/contacto/ en su directorio institucional, asignados aldirección de Calidad y SIAU.** | | X |
| **REQUISITOS DEL CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST** | **Presenta documento por el representante legal donde se compromete a dar cumplimiento del sistema de SST** | X | |

| CRITERIO DE EXPERIENCIA | | | |
|---|---|---|---|
| **MIPYMES APLICACIÓN DECRETO 1860 DEL 24 DICIEMBRE DE 2021** | Presenta documento certificando la empresa como MYPYME | X | |

| CRITERIO DE EXPERIENCIA | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo de documento que acredita la experiencia | **Presenta certificación de contrato expedido por la CENAC Ibagué radicado 2023196027350663** | | |
| Cumple con los requisitos mínimos | SI | | |

| ÍTEM | PONDERACIÓN TÉCNICA ADICIONALES | PRESENTÓ SI / NO |
|---|---|---|
| Realizar evaluación de familias y cuidadores sobre posibles Síndrome del Cuidador y entregar informe de esta evaluación a cada una de las familias, cuidadores y DMTOL realizado por Psicología y Trabajo social | **0** | **SI** |
| Realizar mínimo dos (2) capacitaciones a los cuidadores y sus familias del programa sobre responsabilidad y deberes de los pacientes y charlas PSICOEDUCATIVAS los cuales deben ser dirigidos por personal como psicólogos, trabajadores sociales y/o jefes de enfermería | **0** | **SI** |
| Disposición línea de atención telefónica 24 horas con personal de la salud (médico o enfermero profesional) para seguimiento y respuesta a inquietudes que se puedan presentar por parte del cuidador, en cuanto a los aspectos de la patología del paciente. | **0** | **SI** |
| Suministro de antibioticoterapia en casa a 5 pacientes institucionalizados que cumplan con criterios para egreso con administración de medicamento domiciliario. (esta atención se solicitará de acuerdo a solicitud por parte del supervisor del contrato). | **0** | **SI** |

**CONCLUSIÓN**:

La propuesta presentada por el oferente ASAD ASISTENCIA EN SALUD DOMICILIARIA S.A.S. es rechazada, conforme al numeral 2.14 del pliego de condiciones, Causales de rechazo total de las propuestas, literal E:

> Cuando el proponente no aclare, subsane o aporte los documentos necesarios para cumplir con un requisito habilitante, o al hacerlo, lo haga de forma incorrecta de acuerdo con las reglas de subsanabilidad, explicaciones y aclaraciones.

La propuesta presentada en el marco del proceso Selección Abreviada de Servicios de Salud No. SASS-177-DMTOL-2025**,** en virtud del incumplimiento de los requisitos habilitantes establecidos como condición indispensable para la evaluación y eventual adjudicación. El proponente, mediante documento aportado el 17 de junio de 2025, declaró como línea telefónica exclusiva el número “3160275431”; no obstante, se verificó que dicho número ya había sido incluido en el documento “Folleto Líneas de Atención” allegado al cierre del proceso y, adicionalmente, figura como contacto general en el sitio web institucional del proponente (https://asadips.com/contacto/), donde está asociado al Director de Calidad y SIAU. Esta situación evidencia que la línea no cumple con el criterio de exclusividad exigido y, por ende, la propuesta no satisface uno de los requisitos técnicos habilitantes exigidos en el pliego de condiciones, lo que hace procedente su rechazo sin lugar a subsanación**.**




Oferente 2: **SOCIEDAD DE SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD S. A. S. SERVINSALUD IPS**
NIT: **900534245-4**

| REQUISITO | OBSERVACIONES | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**<br><br>El oferente deberá certificar el cumplimiento de cada uno de los requisitos contenidos en las ESPECIFICACIONES TÉCNICAS de la página XX a la página XX del Pliego Definitivo. | **Presenta documento firmado por el representante legal con 21 folios** | **X** | |
| **41. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO** | | | |
| **REPS: (TOLIMA)** | Código del prestador 7300102987<br>Fecha inscripción: 20190911<br>Fecha vencimiento: 20250910 | **X** | |
| **REPS: (CUNDINAMARCA)** | Código del prestador 2529002406<br>Fecha inscripción: 20121031<br>Fecha vencimiento: 20250831 | **X** | |
| **SERVICIOS INSCRITOS DE OBLIGATORIEDAD** códigos 712, 329, 325, 309, 312 (para ambos departamentos) | | **X** | |
| **CONCEPTO TÉCNICO SANITARIO** (para ambos departamentos) | | **X** | |
| **MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD:** El contratista deberá demostrar la existencia de un modelo gestión de calidad donde tenga definidos Manual de Procedimientos, Protocolos y guías de Manejo clínico (historias clínicas, atención al usuario, seguimiento de eventos adversos) además por la población objeto (según grupo etáreo) deberá presentar el protocolo de atención (cuidado paliativo y administración segura de medicamentos en domicilio). | | **X** | |
| **ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL**: El contratista junto con su oferta deberá presentar la infraestructura organizacional, capacidad administrativa y operacional de la empresa, que garantice con el volumen de profesionales y personal asistencial requerido | **Presenta documento formado por el representante legal** | **X** | |
| **CERTIFICACIÓN SUMINISTRO INSUMOS BÁSICOS** | **Presenta documento firmado por la representante legal.** | **X** | |
| **SISTEMA DE INFORMACIÓN** | **Presenta documento firmado por la representante legal.** | **X** | |
| **PERSONAL PROFESIONAL EXIGIDO:**<br>Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano el oferente debe presentar certificación donde se establezca que el recurso humano que labora | **Presenta documento firmado por la representante legal.** | **X** | |

| REQUISITO | OBSERVACIONES | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|
| en la entidad cumple con la siguiente documentación: hoja de vida, copia del Diploma y/o acta de grado, copia de la cédula, copia de la Tarjeta Profesional, inscripción en el RETHUS, copia del contrato de trabajo o su equivalente que demuestre vinculación con la entidad.<br>hojas de vida del personal correspondiente a las especialidades médicas ofrecidas (medicina interna, medicina familiar, nutrición, dolor y cuidados paliativos). | **Presenta las hojas de vida de los especialistas solicitados en el pliego de condiciones** | | |
| **TIEMPOS MÁXIMOS DE ATENCIÓN** | | **X** | |
| **LÍNEAS DE CONTACTO** | **Presenta documento firmado por el representante legal donde expone las líneas de exclusividad** | **X** | |
| **REQUISITOS DEL CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST** | **Presenta certificado de la ARL, la tabla de valores y calificación del ministerio de trabajo y documentos del SST** | **X** | |

| CRITERIO DE EXPERIENCIA | | | |
|---|---|---|---|
| **MIPYMES APLICACIÓN DECRETO 1860 DEL 24 DICIEMBRE DE 2021** | Presenta documento certificando la empresa como MYPYME | **X** | |
| Tipo de documento que acredita la experiencia | **Presenta certificaciones de contratos con Ejercito, policía y Sena** | | |
| Cumple con los requisitos mínimos | SI | | |

| ÍTEM | PONDERACIÓN TÉCNICA ADICIONALES | PRESENTÓ SI / NO |
|---|---|---|
| Realizar evaluación de familias y cuidadores sobre posibles Síndrome del Cuidador y entregar informe de esta evaluación a cada una de las familias, cuidadores y DMTOL realizado por Psicología y Trabajo social | **75** | **SI** |
| Realizar mínimo dos (2) capacitaciones a los cuidadores y sus familias del programa sobre responsabilidad y deberes de los pacientes y charlas PSICOEDUCATIVAS los cuales deben ser dirigidos por personal como psicólogos, trabajadores sociales y/o jefes de enfermería | **75** | **SI** |
| Disposición línea de atención telefónica 24 horas con personal de la salud (médico o enfermero profesional) para seguimiento y respuesta a inquietudes que se puedan presentar por parte del cuidador, en cuanto a los aspectos de la patología del paciente. | **75** | **SI** |
| Suministro de antibioticoterapia en casa a 5 pacientes institucionalizados que cumplan con criterios para egreso con administración de medicamento domiciliario. (esta atención se solicitará de acuerdo a solicitud por parte del supervisor del contrato). | **75** | **SI** |

**CONCLUSIÓN**: La oferta presentada por el oferente SOCIEDAD DE SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD S. A. S. SERVINSALUD IPS, NIT: 900534245-4. **CUMPLE** con lo solicitado en los aspectos técnicos habilitantes del proceso de contratación de SELECCIÓN ABREVIADA DE SERVICIOS DE SALUD No. SASS-177-DMTOL-2025. presenta ponderación técnica con puntaje obtenido 300 puntos.

Oferente 3: **GLOBAL LIFE AMBULANCIAS SAS**
NIT: **900171211-5**
**(RECHAZADO)**

| REQUISITO | OBSERVACIONES | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|
| **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS**<br><br>El oferente deberá certificar el cumplimiento de cada uno de los requisitos contenidos en las ESPECIFICACIONES TÉCNICAS de la página XX a la página XX del Pliego Definitivo. | **Presenta documento firmado por el representante legal con 21 folios** | **X** | |
| **41. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO** | | | |
| **REPS: (TOLIMA)** | Código del prestador 7300102711<br>Fecha inscripción: 20170428<br>Fecha vencimiento: 20250831 | **X** | |
| **REPS: (CUNDINAMARCA)** | Código del prestador 2530702531<br>Fecha inscripción: 20150226<br>Fecha vencimiento 20260831 | **X** | |
| **SERVICIOS INSCRITOS DE OBLIGATORIEDAD** códigos 712, 329, 325, 309, 312 (para ambos departamentos) | **No cumple para el departamento del Tolima, no cuenta con el servicio 309 Dolor Cuidados Paliativos** | | **X** |
| **CONCEPTO TÉCNICO SANITARIO** (para ambos departamentos) | | | |
| **MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD:** El contratista deberá demostrar la existencia de un modelo gestión de calidad donde tenga definidos Manual de Procedimientos, Protocolos y guías de Manejo clínico (historias clínicas, atención al usuario, seguimiento de eventos adversos) además por la población objeto (según grupo etáreo) deberá presentar el protocolo de atención (cuidado paliativo y administración segura de medicamentos en domicilio). | | **X** | |
| **ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL**: El contratista junto con su oferta deberá presentar la infraestructura organizacional, capacidad administrativa y operacional de la empresa, que garantice con el volumen de profesionales y personal asistencial requerido | **Presenta documento formado por el representante legal** | **X** | |
| **CERTIFICACIÓN SUMINISTRO INSUMOS BÁSICOS** | **Presenta documento firmado por la representante legal.** | **X** | |
| **SISTEMA DE INFORMACIÓN** | **Presenta documento firmado por la representante legal.** | **X** | |
| **PERSONAL PROFESIONAL EXIGIDO:**<br>Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano el oferente debe presentar certificación donde se establezca que el recurso humano que labora en la entidad cumple con la siguiente documentación: hoja de vida, copia del Diploma y/o acta de grado, copia de la cédula, copia de la Tarjeta Profesional, inscripción en el RETHUS, copia del contrato de trabajo o su equivalente que demuestre vinculación con la entidad.<br>hojas de vida del personal correspondiente a las especialidades médicas ofrecidas (medicina interna, medicina familiar, nutrición, dolor y cuidados paliativos). | **Presenta documento firmado por la representante legal.**<br><br>**Presenta las hojas de vida de los especialistas solicitados en el pliego de condiciones**<br><br>**Presenta documento indicando la intención del contrato con la medico internista una vez sea adjudicable.** | **X** | |
| **TIEMPOS MÁXIMOS DE ATENCIÓN** | **No presenta documento** | | **X** |
| **LÍNEAS DE CONTACTO** | | **X** | |

| REQUISITO | OBSERVACIONES | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|
| **REQUISITOS DEL CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST** | **Presenta certificado de la ARL, la tabla de valores y calificación.** | **X** | |

| **CRITERIO DE EXPERIENCIA** | | | |
|---|---|---|---|
| **MIPYMES APLICACIÓN DECRETO 1860 DEL 24 DICIEMBRE DE 2021** | No Presenta documento certificando la empresa como MYPYME | | **X** |
| Tipo de documento que acredita la experiencia | **No Presenta certificaciones de contratos que acrediten la experiencia** | | |
| Cumple con los requisitos mínimos | NO | | |

| ÍTEM | PONDERACIÓN TÉCNICA ADICIONALES | PRESENTÓ SI / NO |
|---|---|---|
| Realizar evaluación de familias y cuidadores sobre posibles Síndrome del Cuidador y entregar informe de esta evaluación a cada una de las familias, cuidadores y DMTOL realizado por Psicología y Trabajo social | **0** | **SI** |
| Realizar mínimo dos (2) capacitaciones a los cuidadores y sus familias del programa sobre responsabilidad y deberes de los pacientes y charlas PSICOEDUCATIVAS los cuales deben ser dirigidos por personal como psicólogos, trabajadores sociales y/o jefes de enfermería | **0** | **SI** |
| Disposición línea de atención telefónica 24 horas con personal de la salud (médico o enfermero profesional) para seguimiento y respuesta a inquietudes que se puedan presentar por parte del cuidador, en cuanto a los aspectos de la patología del paciente. | **0** | **SI** |
| Suministro de antibioticoterapia en casa a 5 pacientes institucionalizados que cumplan con criterios para egreso con administración de medicamento domiciliario. (esta atención se solicitará de acuerdo a solicitud por parte del supervisor del contrato). | **0** | **SI** |

**CONCLUSIÓN:** La oferta presentada por el oferente GLOBAL LIFE AMBULANCIAS SAS, NIT 900171211-5, **RECHAZADA, acorde al numeral 2.14. CAUSALES DE RECHAZO TOTAL DE LAS PROPUESTAS literal** *E*. *Que el proponente no aclare, subsane o aporte documentos necesarios para cumplir un requisito habilitante o aportándolos no lo haga de forma correcta de acuerdo a las reglas de subsanabilidad, explicaciones y aclaraciones*. con lo solicitado en los aspectos técnicos como los tiempos máximos de atención, No Presenta certificaciones de contratos que acrediten la experiencia, no cuenta con los servicios inscritos de obligatoriedad código 309, Dolor Cuidados Paliativos (en el departamento del TOLIMA).

Atentamente,

**SMSM. HENRY ALEXIS ACUÑA FERNANDEZ**
Comité Técnico Evaluador