MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3

No. GS-2025- 010107 /REGI3 – 29.25

Pereira, 26 de junio del 2025

Señora subintendente
YULIETH LISETH MARIN VARGAS
Jefe Grupo Contratos RASES N°3 (E)
Pereira

Asunto: Segunda verificación Técnica Proceso **PN RASES N°3 CD 050**

Respetuosamente me permito enviar a la señora suboficial, la verificación técnica de la oferta presentada dentro del proceso de contratación que tiene como objeto ***"LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD, EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°. 3: GRUPO 1 E.S.E HOSPITAL SAN JOSE BELEN DE UMBRIA, GRUPO 2 E.S.E HOSPITAL NAZARETH QUINCHIA, GRUPO 3 E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO, GRUPO 4 E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO LA VIRGINIA"***

GRUPO 1 *E.S.E HOSPITAL SAN JOSE BELEN DE UMBRIA*

ENTIDAD	IDENTIFICACIÓN
E.S.E HOSPITAL SAN JOSE BELEN DE UMBRIA RISARALDA	891408918-1

EVALUACIÓN TÉCNICA

.

OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES.

El oferente diligencia el formulario anexo a la invitación (SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO)

FORMULARIO 5

FORMULARIO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3
Calle 94 Avenida Villa Olímpica Frente a Expofuturo
Teléfono: 3164790 Ext. 8307
Ciudad

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de mínima cuantía. Número **PN RASES N°3 CD 050 2025** cuyo objeto es: "**LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD, EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°. 3, GRUPO 1 E.S.E HOSPITAL SAN JOSE BELEN DE UMBRIA, GRUPO 2 E.S.E HOSPITAL NAZARETH QUINCHIA, GRUPO 3 E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO, GRUPO 4 E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO LA VIRGINIA**".

Yo Miguel Fido García Montes, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante legal y actuando en nombre de la persona natural/jurídica: Ese Hospital San José CC/NIT: 891408918-1 acepto el cumplimiento de las condiciones del **SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** y me comprometo atender todas las directrices o disposiciones normativas que existan en la materia.

De acuerdo a lo anterior me permito informar que el oferente E.S.E HOSPITAL SAN JOSE BELEN DE UMBRIA RISARALDA con NIT 891408918-1. **CUMPLE** con todas las condiciones de carácter técnico estipuladas en la invitación.

GRUPO Nº2 E.S.E HOSPITAL NAZARETH QUINCHÍA

ENTIDAD	IDENTIFICACIÓN
E.S.E HOSPITAL NAZARETH QUINCHÍA	891401308-7

EVALUACIÓN TÉCNICA

OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES.

- El oferente diligencia el formulario anexo en la invitación (SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO)
- El oferente seleccionado al momento de generar una incapacidad debe tener en cuenta la Directiva Administrativa Permanente No. 003 del 10 de marzo de 2023 "DIRECTRICES PARA LA EXPEDICIÓN Y REGISTRO DE LAS EXCUSAS DEL SERVICIO, INCAPACIDAD MÉDICA, LICENCIA POR MATERNIDAD O ABORTO, PARA EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PERSONAL EXCUSADO DEL SERVICIO O CON INCAPACIDAD MEDICA" y demás disposiciones normativas que la modifiquen, adicionen o deroguen, para lo cual aceptan condiciones.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NAZARETH
QUINCHÍA RISARALDA
NIT 891401308-7

FORMULARIO No.5
FORMULARIO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Quinchia Risaralda, 25 de Junio de 2025

Señores
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº3
Calle 94 Sector Villa Olímpica, Frente a Expofuturo
Teléfono 3164770 Ext. 8307.
Pereira – Risaralda.

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Contratación Directa **PN RASES N°3 CD 050 2025** cuyo objeto es "**LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD, EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°. 3, GRUPO 1 E.S.E HOSPITAL SAN JOSE BELEN DE UMBRIA, GRUPO 2 E.S.E HOSPITAL NAZARETH QUINCHIA, GRUPO 3 E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO, GRUPO 4 E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO LA VIRGINIA**".

De acuerdo a lo anterior me permito informar que el oferente E.S.E HOSPITAL NAZARETH QUINCHÍA con NIT 891401308-7 **CUMPLE** con todas las condiciones de carácter técnico estipuladas en la invitación.

GRUPO N°3 E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO

ENTIDAD	IDENTIFICACIÓN
E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO	891409025-4

EVALUACIÓN TÉCNICA

OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES.

El oferente diligencia el formulario anexo a la invitación (SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO)

FORMULARIO 5

FORMULARIO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3
Calle 94 Avenida Villa Olímpica Frente a Expofuturo
Teléfono: 3164790 Ext. 8307
Ciudad

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de mínima cuantía. Número **PN RASES N°3 CD 050 2025** cuyo objeto es: "**LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER Y/O SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD, EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°. 3, GRUPO 1 E.S.E HOSPITAL SAN JOSE BELEN DE UMBRIA, GRUPO 2 E.S.E HOSPITAL NAZARETH QUINCHIA, GRUPO 3 E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO, GRUPO 4 E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO LA VIRGINIA**".

ÍTEM	CONDICIONES ADICIONALES AL SERVICIO
24	El Oferente deberá presentar en la propuesta una sede plenamente identificada de acuerdo a la Ley 140 de 1994: portafolio de servicios que relacione capacidad instalada, servicios de salud ofertados habilitados e inscritos en el de registro de prestadores de servicios de salud de la secretaria de salud, líneas telefónicas disponibles de referencia y contra referencia y de información al usuario, dentro de este deben estar contemplados los siguientes requisitos: **Diligenciar la siguiente información** • **Horarios de atención:** martes a viernes 7 am – 12 pm y 1 pm – 5 pm, sábados de 7 am – 1 pm. • **Modalidad para la asignación de citas:** Telefónica: 3216363540 • **Presencial**: martes a viernes de 8 am – 12 pm y 1 pm – 5 pm • **correo electrónico:** citas@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co
25	El oferente debe designar un profesional de atención al usuario quien se encargará de interactuar con el funcionario de atención al usuario del asegurador, para asignar citas, procedimientos y demás requerimientos de fallos judiciales y PQRS que se presenten ante el asegurador, resolviendo de fondo en las próximas 24 horas después del requerimiento o de forma inmediata si la situación así lo amerita. Deberá indicar: Nombre: **Claudia Maria Ramirez Mosquera** Cargo: **técnico área de la salud** Teléfonos:**3128517015** Correo electrónico: **siauhospitalsanrafaelpueblorico@.gov.co**

	El oferente asignará un funcionario, para que, en coordinación con el Supervisor del Contrato, vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presenten e informe cuando el contrato este en un setenta (70%) por ciento. Una vez recibida la información estudiará la viabilidad de adicionar el contrato.
26	Diligenciar la siguiente información: Nombre: **Herman Dagnober Sanchez Henao** Cargo: **coordinador de facturación y cartera** Teléfonos: **3127653141** Correo electrónico: **facturación.cartera@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co**

NOMBRE DE LA ENTIDAD: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL NIT: 891409025 DIRECCION CARRERA 5 CALLE 4 ESQUINA

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: ALEXANDRA CASTILLEJO OROZCO

E-MAIL facturacion.cartera@hospitalsanrafaelpueblorico.gov.co TEL 3216363554

CEDULA DE CIUDADANÍA•. 57294987

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

De acuerdo a lo anterior me permito informar que el oferente E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL PUEBLO RICO con NIT 891409025-4 **CUMPLE** con todas las condiciones de carácter técnico estipuladas en la invitación.

GRUPO Nº4 E.S.E HOSPITAL SAN PEDRO SAN PABLO DE LA VIRGINIA

El oferente no realiza subsanación de los documentos pendientes.

Atentamente,

CPS **MARILYN PAULINE URBINA URBINA**
Médico Especialista en Auditoria en Salud
Evaluador Técnico

Calle 94 Avenida Villa Olímpica frente a Expofuturo
Teléfono: 3402442 ext. 8307
deris.rase3-gco@policia.gov.co.
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA