INISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO

Soledad 21 de Septiembre de 2020

**PN RASES 8 CDO 010 – 2020**

Cuyo objeto es la **"SERVICIOS DE AMBULANCIA BÁSICA, MEDICALIZADA, PARA TRASLADO DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 8. Y DE LAS DEMAS UNIDADES ADSCRITAS A LA REGIONAL 8 QUE INCLUYA TODAS LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS Y TALENTO HUMANO REQUERIDOS PARA ESTE FIN, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS. ADEMAS TRASLADO BASICO Y/O MEDICALIZADO NECESARIOS PARA MITIGAR LA CRISIS OCASIONADA POR LA PANDEMIA DEL COVID-19, CON DIFICULTA RESPIRATORIA SEVERA (COVID-19), SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS Y/O AVALADOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL, POR EL MINISTERIO DE SALUD".** La Unidad Prestadora de Salud Atlántico en cumplimiento a lo previsto en el inciso seis del numeral 3 **CRONOLOGÍA DEL PROCESO** de la Invitación Pública **PN PN RASES 8 CDO 010 – 2020**, se le concede al oferente plazo de UN (1) días hábiles, tiempo para que subsane la ausencia de requisitos o la falta de documentos habilitantes indicados en el presente informe si los hubiere, **so pena de rechazo definitivo de sus ofertas,** durante este término podrá presentar observaciones al informe de verificación.

Los informes **DETALLADOS** de verificación económica, jurídica y técnica, se encuentran adjuntos al consolidado.

**ORDEN DE ELEGIBILIDAD**

| OFERENTE | VERIFICACIÓN TÉCNICA | VERIFICACION ECONOMICA | VERIFICACION JURIDICA |
|---|---|---|---|
| **MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S.** | **CUMPLE** | **CUMPLE** | **CUMPLE** |

Teniente Coronel **CARLOS ENRIQUE SACHEZ FLOREZ**
Jefe Regional de Aseguramiento en salud No. 8

Elaboro: DORLEY GOMEZ BARRIOS. Analista Contratos RASES DEATA

Revisó: Capitán GUILLERMO OROZCO CASTRILLON. Jefe GADFI – RASES Nro.: 8

Revisó: Intendente OMAR TORRES. Asesor Jurídico RASES Nro. 8

Anexo: Evaluación Técnica Económica y Jurídica

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL
Unidad: _____
Radicado No: _____
Recibido por: _____
Fecha: _____ Hora: _____

## EVALUACIÓN JURÍDICA PROCESO DE CONTRATACION DIRECTA PN RASES DEATA CD 010-2020

En Soledad Atlántico, a las 9:30 horas del día veintiuno (21) de Septiembre del año dos mil Veinte (2020), el suscrito asesor jurídico de la Unidad Prestadora de Servicios de Salud DEATA **TORRES HERNANDEZ OMAR ALFREDO,** procedo a hacer la verificación jurídica de las oferta presentada por parte del oferente del proceso contractual **PN RASES DEATA CD 010-2020 "SERVICIOS DE AMBULANCIA BÁSICA, MEDICALIZADA, PARA TRASLADO DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 8. Y DE LAS DEMAS UNIDADES ADSCRITAS A LA REGIONAL 8 QUE INCLUYA TODAS LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS Y TALENTO HUMANO REQUERIDOS PARA ESTE FIN, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS. ADEMAS TRASLADO BASICO Y/O MEDICALIZADO NECESARIOS PARA MITIGAR LA CRISIS OCASIONADA POR LA PANDEMIA DEL COVID-19, CON DIFICULTA RESPIRATORIA SEVERA (COVID-19), SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS Y/O AVALADOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL, POR EL MINISTERIO DE SALUD"**

Verificación de los requisitos indicados en la solicitud de las ofertas.

### 1.1. OFERENTE

**RAZÒN SOCIAL:** MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S. SIGLA MADSS
**NIT:** 900.927.441 - 9
**REPRESENTANTE LEGAL:** FERNANDEZ PALACIO GABRIEL ERNESTO
**CEDULA DE CIUDADANIA:** 72277775
**DIRECCIÒN:** Carrera 42 H No 87 - 17 Pi 2
**TELÈFONO:** 3059957
**FECHA DE PRESENTACION:** 16/09/2020
**HORA DE PRESENTACION:** 12:38 Horas

| ÍTEM | REQUISITO | MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S. SIGLA MADSS. NIT 900.927.441 - 9 | |
|---|---|---|---|
| | | CUMPLE | NO CUMPLE |
| 1.1.1 | Carta de Presentación de la propuesta | *Se verifico documentación en fecha 18/09/2020, Cumple* X | |
| 1.1.2 | Certificado de existencia y representación legal, acuerdos y/o decretos que lo complementan. | *Se verifico documentación en fecha 18/09/2020, Cumple* X | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1.1.3 | Cedula Representante Legal | *Se verifico documentación en fecha 18/09/2020, Cumple* X | |
| 1.1.4 | Boletín de Responsables Fiscales de la Entidad y Representante Legal. | *Se verifico documentación en fecha 18/09/2020, Cumple* X | |
| 1.1.5 | Certificado de Antecedentes Disciplinarios del Representante Legal. | *Se verifico documentación en fecha 18/09/2020, Cumple* X | |
| 1.1.6 | Certificado de antecedentes judiciales Representante Legal. | *Se verifico documentación en fecha 18/09/2020, Cumple* X | |
| 1.1.7 | Constancia de cumplimiento de aportes parafiscales. | *Se verifico documentación en fecha 18/09/2020, Cumple* X | |
| 1.1.8 | Certificación Bancaria Vigente | *Se verifico documentación en fecha 18/09/2020, Cumple* X | |
| 1.1.9 | Compromiso Anticorrupción | *Se verifico documentación en fecha 18/09/2020, Cumple* X | |
| 1.1.10 | Datos de Beneficiario | *Se verifico documentación en fecha 18/09/2020, Cumple* X | |

**3.2. CONSIDERACION:**

Una vez revisados los requisitos de carácter legal se observa que la entidad MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S. SIGLA MADSS **CUMPLE**, con la totalidad de los requisitos jurídicos exigidos en la invitación publica.

Se deja constancia que los demás documentos relacionados en la invitación pública

**Abogado. OMAR TORRES HERNANDEZ**
Evaluador Jurídico.

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO.8

Soledad, 21 de septiembre de 2020

Verificación proceso contratación Mínima Cuantía **PN RASES 8 CDO 010 – 2020** que tiene por objeto **"SERVICIOS DE AMBULANCIA BÁSICA, MEDICALIZADA, PARA TRASLADO DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nro. 8. Y DE LAS DEMAS UNIDADES ADSCRITAS A LA REGIONAL 8 QUE INCLUYA TODAS LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS Y TALENTO HUMANO REQUERIDOS PARA ESTE FIN, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS. ADEMAS TRASLADO BASICO Y/O MEDICALIZADO NECESARIOS PARA MITIGAR LA CRISIS OCASIONADA POR LA PANDEMIA DEL COVID-19, CON DIFICULTA RESPIRATORIA SEVERA (COVID-19), SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS Y/O AVALADOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL, POR EL MINISTERIO DE SALUD".**

Los integrantes de la oficina de contratos, de acuerdo a lo dispuesto por la Unidad prestadora de Salud Atlántico, amparado mediante el artículo 2.2.1.1.2.2.3. numeral 3 "La verificación y la evaluación de las ofertas para la mínima cuantía será adelantada por quien sea designado por el ordenador del gasto sin que se requiera un comité plural", y en lo que respecta a la parte procedimental para los procesos de contratación modalidad de selección Mínima Cuantía", aquellos procesos de contratación cuya cuantía no exceda el 10% por ciento de la menor cuantía (Ley 1450 de 2011, Ley 1474 de 2011, Decreto 1082 de mayo de 2015, Resolución 03049 del 30 de julio de 2014 y Resolución 00090 de 2018 "Por la cual se Adopta la Guía para la modalidad de selección de Mínima Cuantía en la Policía Nacional"), y dándole cumplimiento al cronograma de la invitación, una vez terminado el cierre del proceso que nos ocupa mediante SECOP II, Se procede a verificar la mejor oferta presentada con la firma, **MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S. SIGLA MADSS.** de acuerdo a la verificación Económica, jurídica y técnica así:

## 2 VERIFICACIÓN DE LA OFERTA ECONÓMICA.

Se procede a revisar la oferta económica presentada por la firma MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S. SIGLA MADSS, de acuerdo a lo solicitado en la invitación SE MANTIENE EL PORCENTAJE DE DESCUENTO SOBRE EL VALOR COTIZADO

| ITEM | DESCRIPCION | % DESCUENTO OFERTADO SOBRE SU VALOR COTIZADO |
|---|---|---|
| 1 | SERVICIOS DE AMBULANCIA BÁSICA, MEDICALIZADA, PARA TRASLADO DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO. QUE INCLUYA TODOS LOS PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS PARA ESTE FIN, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS. ADEMAS TRASLADO BASICO Y/O MEDICALIZADO PARA USUARIOS CON DIFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA (COVID-19), SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS Y/O AVALADOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL, POR EL MINISTERIO DE SALUD. | 0% |

## 2.1 VERIFICACIÓN DOCUMENTOS FINANCIEROS

Presenta certificación bancaria vigente, a nombre de MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S Cuenta Corriente NO. 096164629 del Banco de Bogotá, solicitada en los REQUISITOS MINIMOS HABILITANTES. **CUMPLE**

Presenta diligenciamiento del formulario No. 2 "Datos Básicos Beneficiario de la Cuenta **CUMPLE**

**VERIFICACION:** Al verificar la oferta, se estableció que la firma (MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S) presenta su oferta económica de acuerdo a los parámetros establecidos en la invitación pública, otorgando SE MANTIENE EL PORCENTAJE DE DESCUENTO SOBRE EL VALOR COTIZADO por tal motivo **CUMPLE.**

**DORLEY GOMEZ BARRIOS**
Analista de Contrato UPRES DEATA

Avenida Circunvalar 45-124, Soledad
disan.clica-contr@policia.gov.co
**www.policia.gov.co**

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL

Unidad: _____
Radicado No: _____
Recibido por: _____
Fecha: _____ Hora: _____

**No. S/ 2020-** **RASES-JEFA**

Soledad, 21 de septiembre del 2020

Intendente
**JOHN VICTOR FRANCO**
Analista de contratos RASES-DEATA

Asunto: Entrega de evaluación técnica

De manera atenta me permito enviar a usted la evaluación técnica de la oferente empresa **MEDICINA AMBULATORIA DOMICILIARIA SU SALUD S.A.S. SIGLA MADSS**, dentro del proceso de contratación PN RASES 8 CDO 008 2020 que tiene por objeto de SERVICIO DE AMBULANCIA BASICA, MEDICALIZADA PARA TRASLADO DE USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD EN LA REGIONAL "8 Y DE LAS DEMAS UNIDADES ADCRITAS A LA REGIONAL 8 QUE INCLUYA TODAS LAS ACTVIDADES, PROCEDIMIENTOS Y TALENTO HUMANO REQUERIDOS PARA ESTE FIN, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS, ADEMAS TRASLADO BASICOY/O MEDICALIZADO NECESARIO PARA MITIGAR LA CRISIS OCASIONADA POR LA PANDEMIA DEL COVID 19." Siendo esta la evaluación:

| ITEM | DESCRIPCION | CUMPLE | |
|---|---|---|---|
| | | SI | NO |
| 1 | ➢ El oferente debe tener como mínimo tres (03) vehículos habilitados así: Mínimo dos (01) ambulancias para traslado básico y un mínimo de una (02) ambulancia para traslado medicalizada | x | |
| 2 | ➢ . Certificación de la secretaria de salud del Atlántico y capacidad instalada vigente | x | |
| 3 | ➢ Anexar copia de los documentos legales de cada vehículo habilitado. Incluyendo SOAT, revisión técnico mecánica vigente. | | |
| 4 | ➢ Constancia de habilitación en el registro especial de prestadores de servicios de salud (REPS) CODIGOS : 601 (transporte asistencial básico) - 602 (transporte asistencial medicalizada | x | |
| 5 | ➢ EXPERIENCIA: Para la acreditación de la experiencia del proponente, se debe exigir la presentación de máximo tres certificaciones y/o tres contratos ejecutados o en ejecución dentro de los últimos tres (03) años, que tengan objeto igual o similar al de la presente contratación y cuya sumatoria sea igual o superior al 70% del presupuesto oficial asignado al presente proceso. El oferente acreditará la experiencia a través de certificaciones de contratos que deben contener la siguiente información: nombre del contratante, objeto del contrato, numero del contrato, valor del contrato, plazo, fechas de inicio y finalización, nombre del contratista | x | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | debidamente suscrita por el representante legal del contratante del proponente o por la persona autorizada para tal fin. En caso de contratos en ejecución se tomará la fecha de legalización del contrato hasta la fecha de expedición de la certificación. Cuando se certifiquen contratos que se encuentren en ejecución al momento de presentar la oferta, además de la información solicitada en el párrafo anterior, se debe incluir el porcentaje de ejecución a la fecha de expedición de la certificación, el cual será tomado para verificar la experiencia solicitada. 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 | | |
| 6 | ➢ Certificar que cuentan como mínimo con dos equipos de transporte para neonatos, y anexar las especificaciones técnicas de los mismos. | x | |
| 7 | ➢ Recurso humano : Para verificar este aspecto, el Oferente deberá certificar la idoneidad y experiencia, directamente relacionada con el objeto del presente proceso, mediante la presentación de los siguientes documentos:<br>-Un coordinador responsable de la totalidad de las ambulancias con las que cuente el servicio que podrá ser Médico o Enfermera.<br>-Tripulantes de ambulancia Médico con certificado de formación en la competencia de soporte vital avanzado de mínimo 48 horas<br>-Enfermera o Tecnólogo en atención pre hospitalaria auxiliar de enfermería con certificado de formación en la competencia de soporte vital avanzado de mínimo 48 horas.<br>-Conductor con capacitación en primeros auxilios de mínimo 40 horas.<br>-Con certificados de inscripción ante la Secretaria de Salud de Distrital de Barranquilla o Secretaria de Salud Departamental del Atlántico y experiencia mínima de un año en el área específica<br><br>Nota: El oferente deberá diligenciar el Anexo No.8 IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO | x | |
| 8 | ➢ Anexar copia de los diplomas del personal de médico y de enfermería que se desempeñaran en las ambulancias, así mismo certificación de que tienen el soporte BLS y ACLS | x | |
| 9 | ➢ Guías de manejo, procesos y procedimientos. | x | |
| 10<br><br>11 | ➢ Las ambulancias deben contar con un sistema de comunicación permanente, para poder realizar seguimiento y monitoreo.<br>➢ Certificado expedido por el representante legal en cuanto a la dotación de equipos para soporte vital avanzado. | x | |

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL

Unidad: _____
Radicado No: _____
Recibido por: _____
Fecha: _____ Hora: _____

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8

| | | | |
|---|---|---|---|
| 12 | ➢ Cronograma avalado por el representante legal en cuanto a la revisión y mantenimiento periódico de los equipos biomédicos. | x | |
| 13 | ➢ Las ambulancias deben contar con la oportunidad y disponibilidad durante las 24 horas del día de domingo a domingo. | x | |
| 14 | ➢ Certificado expedido por el representante legal donde se garantice la oportunidad en la atención para el servicio básico y medicalizada expresado en tiempo de respuesta el cual debe ser para traslados de urgencia en 30 minutos máximo que se contaran desde el momento del llamado hasta la llegada de la ambulancia al servicio y otros traslados como estudios en tiempo máximo de 1 hora que se contaran desde el momento del llamado hasta la llegada de la ambulancia. | X | |
| 15 | ➢ Cumplir con lo estipulado en la normatividad relacionada a continuación: NTC 3729: Tipología vehicular. Ambulancias de transporte terrestre. Resolución 2003 de 2014 | x | |
| 16 | ➢ Anexar inscripción del REPS que tiene el servicio de ambulancia con cobertura en área geográfica en el Departamento del Atlántico y/o Distrito de Barranquilla | x | |
| 17 | ➢ Debe certificar por escrito que está en disposición realizar trasporte de ambulancia por fuera del Departamento | x | |
| 18 | ➢ IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SGSST. El oferente deberá cumplir con la normatividad legal vigente en implementación de sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo según la Decreto 1072 del 2015 y Resolución 1111 del 2017 Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para Empleadores y Contratantes. El oferente deberá anexar A LA OFERTA la evaluación al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo según los estándares mínimos establecidos en la Resolución 1111 del 2017, y constancia de verificación por la ARL, el cual será verificado por esta administración | X | |

Lo anterior para su conocimiento y fines que estime pertinente

Atentamente,

**SMS 106 GISSELLA FUENTES ORTEGA**
Enfermera Jefe
Elaborado por : S.MS. GISSELLA FUENTES ORTEGA
VFecha de elaboración 1/09/2020
Ubicación: Documento/2019
disan.clica-secsa@policia.gov.co