

**ANEXO No 2**

**CONDICIONES TECNICAS**

| ITEMS | CONDICIONES TECNICAS MÍNIMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | CUMPLE |    |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----|
|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SI     | NO |
| 01    | <p><b>Experiencia Requerida</b><br/> Con el fin de garantizar la calidad de los servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere acreditar experiencia en proyectos iguales o que guarden relación con el objeto del presente estudio previo, tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos que acrediten la realización de contratos celebrados y ejecutados de proyectos iguales o que guarden relación al presente proceso contractual cuya suma sea igual o supere el ochenta por ciento (80%) del presupuesto asignado al presente proceso, con empresas públicas o privadas, para lo cual el oferente deberá anexar certificaciones (certificación por contrato) con concepto favorable.<br/> Para tal efecto las certificaciones deben contener entre otros los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre o razón social del contratante y del contratista dirección y teléfono.</li> <li>• Objeto del contrato.</li> <li>• Número del Contrato.</li> <li>• Fecha de inicio y terminación del contrato.</li> <li>• Valor del contrato.</li> <li>• Indicar si cumplió o no con las especificaciones técnicas solicitadas.</li> <li>• La certificación deberá estar suscrita por el representante legal de la entidad contratante o quien haga sus veces o apoderado o persona autorizado para ello, indicando la dirección NIT y teléfono.</li> </ul> <p><b>NOTA 01:</b> Las certificaciones serán objeto de verificación, no serán tenidas en cuenta aquellas certificaciones en las que no se pueda constatar que el contratista cumplió con el objeto del contrato. Si el contrato corresponde a un contrato ejecutado bajo la modalidad de consorcio o unión temporal, el valor a tener en cuenta como experiencia será igual al valor total facturado del contrato multiplicado por el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes, para lo cual se deberá anexar copia de documento consorcial o unión temporal donde se pueda verificar el porcentaje de participación.</p> |        |    |
| 02    | <p>El oferente deberá contar como mínimo para la prestación de los servicios con el siguiente personal profesional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Terapia del Lenguaje DOS (02)</li> <li>✓ Terapia Ocupacional DOS (02)</li> <li>✓ Terapia Física DOS (02)</li> <li>✓ Psicología UNO (01)</li> <li>✓ Profesional idóneo para hidroterapia UNO (01)</li> <li>✓ Un profesional con conocimientos para la aplicación de terapia A.B.A</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |    |
| 03    | <p><b>El oferente deberá contar con Instalaciones según normatividad vigente por cada área</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Terapia del Lenguaje</li> <li>✓ Terapia Ocupacional</li> <li>✓ Terapia Física</li> <li>✓ Psicología</li> <li>✓ Piscina</li> </ul> <p><b>Nota:</b> En caso de no contar con la piscina deberán notificar el sitio subcontratado para la aplicación de esta técnica aportar fotos; para hacer la respectiva verificación.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |    |
| 04    | <p><b>Experiencia del personal</b><br/> Por cada uno de los funcionarios asistenciales ofertados deberá presentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Formato de Idoneidad del Personal (Anexo No. 6):</b> Para cada uno de los funcionarios técnicos, tecnólogos, auxiliares, profesionales, especialistas, subespecialistas asistenciales, que participen en la atención de nuestros usuarios, se deberá diligenciar el FORMATO DE IDONEIDAD DEL PERSONAL, por cada uno de los servicios ofertados, soportarse con la siguiente documentación, solamente adicionando los aquí solicitados:</li> <li>❖ <b>Soporte de la Especialidad:</b> Deberá aportar fotocopia del Diploma del servicio a ofertar, otorgado por una institución educativa reconocida legalmente en Colombia.</li> <li>❖ <b>Homologación y/o Convalidación de títulos:</b> Anexar fotocopia del Certificado de Convalidación de títulos si los estudios de postgrado se realizaron en el exterior.</li> <li>❖ <b>Copia del Registro Profesional:</b> Aportar Copia del Registro Profesional Nacional o Departamental que lo acredite como médico para ejercer su profesión en el Departamento y/o en el territorio Nacional.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |    |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 05 | <b>Capacidad operativa:</b> El contratista debe certificar en su oferta que cuenta con la capacidad operativa en instalaciones, talento humano, medios tecnológicos y logísticos necesarios para prestar los servicios de rehabilitación integral a los usuarios del subsistema de salud de la Policía nacional en el Departamento del Magdalena.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |
| 06 | El oferente deberá presentar el Formulario de Inscripción en el Registro Especial De Prestadores de Servicios de Salud o Certificación de Cumplimiento de las Condiciones de Habilitación (Resolución 1043 de 2006 del Ministerio de la Protección Social) de los siguientes servicios derivados de la actividad así: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Psicología.</li> <li>➤ Terapia Ocupacional.</li> <li>➤ Fisioterapia.</li> <li>➤ Fonoaudiología y/o Terapia del Lenguaje.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |
| 07 | <b>OPORTUNIDAD DE ACCEDER AL SERVICIO:</b><br>Es obligación del contratista la asignación de la cita, en CINCO (5) días hábiles.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |
| 08 | Entregar la información estadística establecida en la Resolución 3374 del 2000 (RIPS), o las demás normas que lo adicionen o modifiquen, en un archivo plano, el cual debe venir en medio magnético e impreso.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |
| 09 | Aportará la dirección de la institución o del profesional con los números telefónicos para ser contactados en casos de requerirlo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |
| 10 | Prestar los servicios de acuerdo al plan de beneficios es el establecido en el Acuerdo 002 del 27 de abril de 2001 del consejo superior de la fuerza militares y Policía Nacional o que se den por autorizados por el Comité Técnico científico de lo cual deberá anexarse la certificación de dicha autorización mediante oficio emitido por la Jefatura del Establecimiento de Sanidad Policial.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |
| 11 | Aceptar los requisitos para prestar la atención a los usuarios: La orden expedida por la oficina de Referencia y Contrarreferencia del Área de Sanidad Magdalena, la documentación para la acreditación de derechos de los usuarios. Y en especial el instructivo 009/DISAN-AGESA – 70 “ <i>modelo de atención en salud familiar con enfoque de riesgo de la Policía Nacional – lineamientos para la red externa</i> ”                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |
| 12 | El futuro contratista debe disponer de una o varias líneas telefónicas directas y servicio de FAX para que los usuarios puedan solicitar información acerca de los servicios prestados y para la Coordinación previa de los servicios de Referencia y Contrarreferencia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |
| 13 | El futuro contratista debe asignar el coordinador informando nombre, cargo del funcionario y teléfonos fijos o celular del mismo para resolver las posibles dificultades administrativas o asistenciales que bien pudieran presentarse en el proceso. Para el caso de Profesionales Independientes, el contacto será el mismo profesional, especialistas o subespecialistas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |
| 14 | El oferente se compromete a dar aplicabilidad a la reglamentación establecida, así:<br><b>Gestión de residuos hospitalarios:</b> Decreto No 2676 de 2000, Por el cual se reglamenta la Gestión Integral de los residuos hospitalarios y similares.<br><b>Resolución Nro. 01164 de 2002</b> “Por la cual se adopta el manual de procedimientos para la gestión integral de residuos hospitalarios y similares.<br><b>Gestión de residuos peligrosos:</b> Decreto 4741 de 311205 “por el cual se reglamenta parcialmente la prevención y manejo de los residuos o desechos peligrosos generados en el marco de la gestión integral.”<br><b>Resolución 1362 de 2007</b> “Por la cual se establecen los requisitos y el procedimiento por el cual el registro de prestadores de residuos o desechos peligrosos a que hacen referencia los artículos 27 y 28 del decreto 4741 de diciembre de 2005. |  |  |
| 15 | El futuro contratista se compromete a cumplir y/o acogerse con cada una de las condiciones y exigencias establecidas en el Instructivo No. 016 AGESA-GRUSE de fecha 28/09/2015 por la cual se establecen los LINEAMIENTOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE REFERENCIA, CONTRARREFERENCIA Y AUTORIZACIONES EN EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |
| 16 | Aquellas entidades que se encuentren fuera del perímetro y casco urbano deberán prestar servicio de transporte. <b>El oferente debe presentar los siguientes Requisitos:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Copia de la licencia de tránsito del vehículo.</li> <li>2. Certificado de revisión técnico-mecánico vigente.</li> <li>3. SOAT vigente</li> <li>4. Permiso del ministerio de transporte</li> <li>5. SOPORTE FICHA DE REVISION DE MANTENIMEINTO PREVENTIVO</li> <li>6. El vehículo debe estar afiliado a una empresa de servicio especial legalmente constituida. Debe suministrar certificación de parte de la empresa de la afiliación del vehículo y que este se encuentre activa. Que la empresa aparezca en cámara de comercio, Rut y fotocopia de la cedula del representante legal.</li> </ol>                                                                     |  |  |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|    | 7. Equipo de carretera<br>8. Extintor con fecha de caducidad<br>9. Fotografías del vehículo que cuenten con los cinturones de seguridad en toda la silla, llantas, señalización del vehículo de servicio especial.<br>10. Licencia de conducción<br>11. Afiliación del conductor a la empresa de servicio especial y soporte de la misma.<br>12. Soporte de Parafiscales del conductor.<br>El conductor del vehículo deberá asegurarse que cada uno ocupe un puesto sin permitir sobrecupo en el vehículo. La entidad debe prestar el servicio con dos rutas diferentes. Los usuarios deben ser recogidos en su domicilio y ser llevados al mismo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |
| 18 | Proponente presentará en documento anexo, las características que oferta respecto a la atención de los usuarios, incluyendo como mínimo: <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Requisitos para la atención de servicio</li> <li>❖ Horarios de Atención</li> <li>❖ Modalidad para la asignación de citas (Telefónica y/o Presencial)</li> <li>❖ Entrega de instrucciones para procedimientos</li> <li>❖ Entrega de resultados</li> <li>❖ Entrega de copia de servicios prestados</li> <li>❖ Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios por parte de referencia en casos de solicitarles servicios prioritarios o en caso de urgencias.</li> <li>❖ Anexar el Portafolios de servicios, incluyendo en este el modelo de atención y capacidad instalada.</li> </ul> Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud |  |  |

#### SERICIOS REQUERIDOS

#### TERAPIA INTEGRAL

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN                                                                                      | CUMPLE |    |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----|
|      |                                                                                                  | SI     | NO |
| 1    | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA                                                           |        |    |
| 2    | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA +                                         |        |    |
| 3    | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FISIOTERAPIA                                                         |        |    |
| 4    | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA OCUPACIONAL                                                  |        |    |
| 5    | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA +                                            |        |    |
| 6    | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA +                            |        |    |
| 7    | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA +                                          |        |    |
| 8    | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA \$ OCUPACIONAL +                                |        |    |
| 9    | TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS E HIDRICAS SOD                                                   |        |    |
| 10   | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §                                                           |        |    |
| 11   | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA PROBLEMAS EVOLUTIVOS Y ADQUIRIDOS DEL LENGUAJE ORAL Y ESCRITO+      |        |    |
| 12   | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA DESORDENES DEL HABLA, VOZ, FLUIDEZ, ARTICULACION, RESONANCIA SOD    |        |    |
| 13   | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA DESORDENES COGNITIVO COMUNICATIVOS SOD                              |        |    |
| 14   | TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA DESORDENES COGNITIVOS COMUNICATIVOS SOD                             |        |    |
| 15   | OTRO ADIESTRAMIENTO Y TERAPIA DEL HABLA SOD                                                      |        |    |
| 16   | ENTRENAMIENTO FUNCIONAL EN AUTOCUIDADO (ACTIVIDADES BASICAS COTIDIANAS)+ POR TERAPIA OCUPACIONAL |        |    |
| 17   | TERAPIA OCUPACIONAL EN MANEJO ADECUADO DE TIEMPO LIBRE Y JUEGOS§                                 |        |    |
| 18   | ENTRENAMIENTO FUNCIONAL EN INTEGRACION LABORAL Y SOCIAL NCOC + POR TERAPIA OCUPACIONAL           |        |    |
| 19   | PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA                                                           |        |    |

|    |                                                        |  |  |
|----|--------------------------------------------------------|--|--|
| 20 | PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGIA                   |  |  |
| 21 | EVALUACION DE ALTERACIONES EMOCIONALES Y/O DE CONDUCTA |  |  |

**PAQUETE TERAPIA INTEGRAL**

| ITEM | SERVICIOS                                    | No. DE SESIONES<br>MÍNIMAS A LA SEMANA<br>POR PACIENTE | TIEMPO DE DURACION DE LAS<br>SESIONES        | CUMPLE |    |
|------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------|----|
|      |                                              |                                                        |                                              | SI     | NO |
| 01   | Terapia Ocupacional                          | 5                                                      | 30 minutos                                   |        |    |
|      | Terapia del Lenguaje                         | 5                                                      | 30 minutos                                   |        |    |
|      | Terapia Física (incluye neurodesarrollo)     | 5                                                      | 30 minutos                                   |        |    |
|      | Psicología                                   | 2                                                      | 30 minutos                                   |        |    |
|      | Terapia acuática                             | 1                                                      | 1 hora                                       |        |    |
|      | Aplicación e implementación de terapia A.B.A | a demanda del paciente                                 | la indicada para la aplicación de la técnica |        |    |