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

Nro. GS- 2025- 020301 **- REGI8 – RASES8 - GRUCO– 29.25**

Soledad, 01 de diciembre de 2025

Señores
OFERENTES

ASUNTO: Informe Final de las Evaluaciones.

De manera atenta colocamos en conocimiento el informe de las evaluaciones emitidas por parte de los comités jurídico, técnico y económico dentro del proceso de mínima cuantía N°.**PN RASES8 MIC 094 2025** que tiene por objeto, **"PRESTACION DE SERVICIOS EN PSIQUIATRIA (ATENCION ESPECIALIZADA AMBULATORIA, HOSPITALIZACION Y TRATAMIENTO PARA CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS) PARA LA POBLACION USUARIA DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL, ASI COMO LAS TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS, IGUALMENTE EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPTALIZADOS, SEGUN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP DE LA POLICIA NACIONAL-REGIONAL DE ASEGURAMEINTO EN SALUD N°8",** por lo cual se procede a publicar el consolidado final de las evaluaciones así:

OFERENTE	EVALUACION TECNICA	EVALUACION JURIDICA	EVALUACION ECONOMICA	ESTADO
INVERSIONES NUEVO SER S.A.S	**CUMPLE**	**CUMPLE**	**CUMPLE**	**HABILITADO**

NOTA 1: El presente informe final de evaluaciones será público en la plataforma dl SECOP II, con el fin de que sea de entero conocimiento por parte de los oferentes aquí interesados, el cual podrá ser observado por un día hábil a partir de la publicación del mismo.

NOTA 2: Las evaluaciones que sustentan el consolidado aquí descrito reposaran en calidad de anexo del presente informe.

Atentamente,

Teniente Coronel YANETH ROCIO JEREZ CASTELLANOS
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N°8

ELABORADO POR: SI. DAIRO GOMEZ BELTRAN
ANALISTA DE CONTRATO

REVISÓ: IJ. JESUS VASQUEZ BELTRAN
JEFE GRUPO DE CONTRATOS RASES 8 (E)

REVISO: MY. JAVIER ORLANDO MARTINEZ
JEFE LOGISTICO Y FINANCIERO

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

No. GS-2025-__118504_____- DEATA - ASJUR

Soledad, 01 diciembre de 2025.

Señor
Intendente Jefe JESUS ALBERTO VERGEL BELTRAN
Jefe Grupo de Contratos Rases 8 (E)
Avenida Circunvalar 45-124.
Soledad- Atlántico.

ASUNTO: REEVALUACION JURIDICA PROCESO Nro. PN RASES8 - MIC -094 - 2025.

En atención a comunicación recibida por correo electrónico, por parte del señor Intendente Jefe JESUS ALBERTO VERGEL BELTRAN Jefe de Contratos RASES 8 (E), de fecha 26 de noviembre de 2025, se procede nuevamente a realizar las evaluación jurídica, dentro del proceso de selección contractual Nro. PN RASES8 – MIC -094 - 2025, relacionado con el objeto: **"PRESTACION DE SERVICIOS EN PSIQUIATRIA (ATENCION ESPECIALIZADA AMBULATORIA, HOSPITALIZACION Y TRATAMIENTO PARA CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS) PARA LA POBLACION USUARIA DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL, ASI COMO LAS TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS, IGUALMENTE EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPTALIZADOS, SEGUN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP DE LA POLICIA NACIONAL-REGIONAL DE ASEGURAMEINTO EN SALUD N°8".**

1.- OFERENTE

RAZON SOCIAL: **INVERSIONES NUEVO SER S.A.S.**
NIT: **901.012.681-6**
REPRESENTANTE LEGAL: **PAOLA SILVANA GARCIA MALVAR**
CEDULA DE CIUDADANIA: **32.788.888**
DIRECCIÒN: **CRA 57 No 76-87**
TELÈFONO: 3183509330

ÍTEM	REQUISITO	INVERSIONES NUEVO SER S.A.S. NIT: 901.012.681-6	
		CUMPLE	**NO CUMPLE**
1.1.1	Carta de Presentación de la propuesta	Se verifico documentación en fecha 01/12/2025, CUMPLE	
1.1.2	Certificado de existencia y representación legal, acuerdos y/o decretos que lo complementan.	Se verifico documentación en fecha 01/12/2025, CUMPLE	
1.1.3	Cedula del Representante Legal	Se verifico documentación en fecha 01/12/2025,	

		CUMPLE	
1.1.4	Boletín de Responsables Fiscales de la Entidad y Representante Legal.	Se verifica en el sistema antecedentes CGN 01/12/2025, CUMPLE	
1.1.5	Certificado de Antecedentes Disciplinarios del Representante Legal.	Se verifica en el sistema antecedentes PGN 01/12/2025, CUMPLE	
1.1.6	Certificado de antecedentes judiciales Representante Legal.	Se verifica en el sistema antecedentes PONAL 01/12/2025, CUMPLE	
1.1.7	Certificado de antecedentes judiciales Representante Legal, medidas correctivas RNMC	Se verifica en el sistema antecedentes PONAL RMNC 01/12/2025, CUMPLE	
1.1.8	Certificado de antecedentes judiciales Representante Legal, delitos sexuales	Se verifica en el sistema antecedentes PONAL DS 01/12/2025, CUMPLE	
1.1.9	Constancia de cumplimiento de aportes parafiscales y tarjeta profesional del revisor fiscal, si aplica.	Se verifico documentación en fecha 01/12/2025, CUMPLE	
1.1.10	Certificado REDAM	Se verifico documentación en fecha 01/12/2025, CUMPLE	
1.1.11	Origen licito de los recursos	Se verifico documentación en fecha 01/12/2025, CUMPLE	
1.1.12	Compromiso Anticorrupción	Se verifico documentación en fecha 01/12/2025, CUMPLE	

CONSIDERACIONES.

Una vez revisados los requisitos de carácter legal dentro del proceso de invitación, se observa que la entidad **INVERSIONES NUEVO SER S.A.S. CUMPLE**, con los requisitos exigidos para el presente proceso de selección contractual.

No siendo otro el motivo de la presente se da por terminado, se firma por quienes en ella intervinieron.

CPS. YENNY PAOLA ORTIZ HERNANDEZ
Evaluador Jurídico.

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

No. GS-2025-117063-DEATA / UPRES – DEATA -1.10

Soledad, 26 de noviembre 2025

Señora teniente coronel
YANETH ROCIO JEREZ CASTELLANOS
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N°8

Asunto: Revaluación técnica proceso mínima cuantía PN-RASES8 MIC-094-2025

En atención al comunicado oficial N° GS-2025-019883-REGI8 del 26 de noviembre 2025, suscrito por la Jefatura de la Regional de Aseguramiento en Salud N°8, de referencia, solicitud reevaluación proceso mínima cuantía, así como el comunicado GS-2025-116279-DEATA del 24 de noviembre 2025, emitido por el suscrito, a través del se realizó la evaluación del proceso PN-RASES8- MIC 094 2025, el cual tiene como objeto *"PRESTACION DE SERVICIOS EN PSIQUIATRIA (ATENCION ESPECIALIZADA AMBULATORIA, HOSPITALIZACION Y TRATAMIENTO PARA CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS) PARA LA POBLACION USUARIA DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL, ASI COMO LAS TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS, IGUALMENTE EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPTALIZADOS, SEGUN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP DE LA POLICIA NACIONAL-REGIONAL DE ASEGURAMEINTO EN SALUD N°8."*, dejando observaciones subsanables, en relación a los ítems 2 y 4 de las **condiciones técnicas mínimas**, las cuales según las validaciones realizadas por el analista asignado, así como los soportes cargados por la entidad INVERSIONES NUEVO SER S.A.S, en la plataforma Sistema Electrónico para la Contratación Pública (SECOP), fueron subsanadas, por lo anterior mi Coronel, se procede a realizar una nueva evaluación, discriminándola a continuación, así:

En relación al anexo N°1 Especificaciones Técnicas De Verificación y De Obligatorio Cumplimiento, se evidencia dentro de los documentos aportados por la entidad INVERSIONES NUEVO SER S.A.S, el siguiente formato diligenciado y firmado por la señora PAOLA SILVANA GARCIA MALVAR Representante Legal de la citada entidad, certificando que cuenta con los trece ítem de servicios requeridos por la Regional de Aseguramiento en Salud N°8.

ITEM	CUPS	PROCEDIMIENTOS	DESCRIPCION	OFRECE	
				SI	NO
1	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	x	
2	890384	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	x	
3	890285	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	x	
4	890385	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	x	
5	131M01	INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	PAQUETE INTERNACION INCLUIR **VALOR MES/DIA** *Cuidado de enfermería: 24 horas *Medicina general: 24 horas *Psiquiatría: 3 veces a la semana (12 al mes) Incluye: 1 en el día de ingreso (día siguiente del ingreso, cuando el ingreso es nocturno) 1 a familiar al mes *Psicología individual: 1 vez a la semana (4 al mes) incluyendo la valoración al ingreso. (Máximo 24 horas después del ingreso, excepto fines de semana o festivos.) *Psicología grupal: 1 semanal (4 al mes) *Psicología familiar:1 cada 2 semanas (2 al mes). *Trabajo social: A necesidad/con familiares cada 2 semanas (2 veces al mes) *Terapia ocupacional: 1 semanal (4 al mes) *Medicamentos psiquiátricos PBS. (excepto ampollas de depósito) *Hotelería: (habitación, alimentación) *Actividades lúdicas: Diaria (20 al mes)	x	

6	131M02	INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION MULTIPLE INCLUIR VALOR PAQUETE DIARIO)	PAQUETE INTERNACION INCLUIR **VALOR MES/DIA** *Cuidado de enfermería: 24 horas *Medicina general: 24 horas *Psiquiatría: 3 veces a la semana (12 al mes) Incluye: 1 en el día de ingreso (día siguiente del ingreso, cuando el ingreso es nocturno) 1 a familiar al mes *Psicología individual: 1 vez a la semana (4 al mes) incluyendo la valoración al ingreso. (Máximo 24 horas después del ingreso, excepto fines de semana o festivos.) *Psicología grupal: 1 semanal (4 al mes) *Psicología familiar:1 cada 2 semanas (2 al mes) *Trabajo social: A necesidad/con familiares cada 2 semanas (2 veces al mes) *Terapia ocupacional: 1 semanal (4 al mes) *Medicamentos psiquiátricos PBS, (excepto ampollas de depósito) *Hotelería: (habitación, alimentación) *Actividades lúdicas: Diaria (20 al mes)	x	
7	132P01	INTERNACION PARCIAL EN INSTITUCION HOSPITALARIA (ADULTO Y PEDIATRICO)	PAQUETE INTERNACION INCLUIR **VALOR MES/DIA** *Psicología *Trabajo social *Terapia ocupacional *Medicina general *Psiquiatría	x	
8	135M01	INTERNACION POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, COMPLEJIDAD MEDIANA, HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO)	PAQUETE INTERNACION INCLUIR **VALOR MES/DIA** *Cuidado de enfermería: 24 horas *Medicina general: 24 horas *Psiquiatría: 3 veces a la semana (12 al mes) Incluye: 1 en el día de ingreso (día siguiente del ingreso, cuando el ingreso es nocturno) 1 a familiar al mes *Psicología individual: 1 vez a la semana (4 al mes) incluyendo la valoración al ingreso. (Máximo 24 horas después del ingreso, excepto fines de semana o festivos.) *Psicología grupal: 1 semanal (4 al mes) *Psicología familiar:1 cada 2 semanas (2 al mes) *Trabajo social: A necesidad/con familiares cada 2 semanas (2 veces al mes) *Terapia ocupacional: 1 semanales (4 al mes) *Medicamentos psiquiátricos PBS, (excepto ampollas de depósito) *Hotelería: (habitación, alimentación) *Actividades lúdicas: Diaria (20 al mes)	x	
9	135M02	INTERNACIÓN POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, COMPLEJIDAD MEDIANA, HABITACIÓN MÚLTIPLE	PAQUETE INTERNACION INCLUIR **VALOR MES/DIA** *Cuidado de enfermería: 24 horas *Medicina general: 24 horas *Psiquiatría: 3 veces a la semana (12 al mes) Incluye: 1 en el día de ingreso (día siguiente del ingreso, cuando el ingreso es nocturno) 1 a familiar al mes *Psicología individual: 1 vez a la semana (4 al mes) incluyendo la valoración al ingreso. (Máximo 24 horas después del ingreso, excepto fines de semana o festivos.) *Psicología grupal: 1 semanal (4 al mes) *Psicología familiar:1 cada 2 semanas (2 al mes) *Trabajo social: A necesidad/con familiares cada 2 semanas (2 veces al mes) *Terapia ocupacional: 1 semanales (4 al mes) *Medicamentos psiquiátricos PBS,	x	

			(excepto ampollas de depósito) *Hotelería: (habitación, alimentación) *Actividades lúdicas: Diaria (20 al mes)		
10	890502	PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO	Participación en junta médica o equipo interdisciplinario por medicina especializada y caso	x	
11	890484	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	Si se requiere valoraciones adicionales por psiquiatría a las establecidas en el paquete de internación total y/o parcial.	x	
12	890485	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	Si se requiere valoraciones por psiquiatría pediátrica a las establecidas en el paquete de internación total y / o parcial	x	
13		SERVICIOS DE LABORATORIOS		x	

NOMBRE DEL PROPONENTE : **INVERSIONES NUEVO SER S.A.S.**
NIT O C. C. : **901.012.681**
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL : **PAOLA SILVANA GARCIA MALVAR**
C.C. : **32.788.888**
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL : **CALLE 8 NÚMERO 13-869**
DIRECCIÓN : **3183509330**
TELÉFONO : **GERENCIA.GENERAL@NUEVOSER.ORG**
E-MAIL

Ahora bien, mi Coronel, en relación al Ítem de **CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS**, y posterior a la verificación de las certificaciones solicitadas y establecidas, así como las aportadas por la representante legal de la entidad **INVERSIONES NUEVO SER S.A.S**, a través de la cual pretende comprobar el cumplimiento de las obligaciones del objeto que se pretende contratar, respetuosamente me permito relacionar a continuación los ítems en los que cumple o no la entidad, es de resaltar que además de las validaciones realizadas, existe la certificación aportada por la señora PAOLA SILVANA GARCIA MALVAR Representante Legal de **INVERSIONES NUEVO SER S.A.S**, a través de la cual declara bajo su responsabilidad personal, y se compromete a la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representa, manifestando que cumplen en su totalidad con las especificaciones técnicas de verificación y de obligatorio cumplimiento.

A continuación, se relacionan los ítems verificados por parte del suscrito, en relación a los documentos aportados por el oferente, así:

ÍTEM	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLE	NO CUMPLE
1	**EXPERIENCIA DEL PROPONENTE**		

<table>
<tr><td></td><td>El oferente acreditará la experiencia a través de certificaciones debidamente suscritas por el representante legal de la entidad contratante (las cuales deben ser expedidas por terceros que hayan recibido tales servicios de contratos ejecutados) sobre contratos terminados con objetos igual o similar al del presente proceso y cuya sumatoria del valor total de las certificaciones sea igual o superior al 50 % del presupuesto oficial asignado al presente proceso.

Dichas certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información: nombre del contratante, objeto del contrato, número del contrato, valor del contrato, plazo, fechas de inicio y finalización, nombre del contratista (oferente), y recibido a satisfacción de todos los servicios o elementos contratados.

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 uno de los integrantes para la ejecución del contrato.

NOTA 1: En caso de que el oferente pretenda acreditar la experiencia con contratos celebrados con la Regional de Aseguramiento en salud No.8, este podrá aportar certificación firmada por oferente donde indique solamente el número de contrato celebrado, el año de celebración y el valor adjudicado, para lo cual la Regional de Aseguramiento en salud No.8, verificará la información según lo señalado en el Decreto 019 de 2012</td><td>X</td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td>El oferente deberá anexar a la oferta el Registro Especial Nacional del Ministerio de la Protección Social y deberá mantenerlo vigente durante la ejecución del contrato, en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015.

El oferente deberá anexar la habilitación se los siguientes servicios, de conformidad con la Resolución 3100 de 2019:

<table><tr><th>DESCRIPCIÓN</th></tr><tr><td>345-PSIQUIATRIA (CONSULTA EXTERNA)</td></tr><tr><td>132-HOSPITALIZACIÓN PARCIAL</td></tr><tr><td>131-HOSPITALIZACION EN SALUD MENTAL</td></tr><tr><td>135-HOSPITALIZACIÓN EN CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</td></tr><tr><td>344-PSICOLOGIA</td></tr><tr><td>728-TERAPIA OCUPACIONAL</td></tr></table>
Sujeto a verificación por el comité técnico, el supervisor del contrato está obligado a verificar durante la ejecución del contrato, que el contratista mantenga vigentes y habilitados los servicios en la jurisdicción donde presta el servicio.

La prestación de servicio de LABORATORIO CLINICO, se dará bajo el concepto de interdependencia. El oferente anexara con su propuesta contrato con prestador que garantice la prestación del servicio de laboratorio clínico debiendo contar este (LABORATORIO) con la habilitación de LABORATORIO CLINICO.</td><td>X</td><td></td></tr>
<tr><td>3</td><td>El oferente garantizara que cuenta con la infraestructura, equipos y recurso humano necesarios para cumplir con el objeto de la presente contratación para la ciudad de Barranquilla y su área metropolitana

Nota: diligenciar formulario de capacidad administrativa y operacional (el comité evaluador realizará visita técnica, con el fin de verificar el cumplimiento de lo ofertado, el verificador técnico deberá anexar informe de lo hallado, de acuerdo a lo establecido en el decreto 441 de 2022 del ministerio de salud y de protección social).</td><td>X</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>El proponente debe anexar su portafolio de servicios habilitados que oferte acorde con las especificaciones y requerimientos de La Regional de Aseguramiento en Salud N°8, indicando teléfonos, fax, e-mail de la entidad para los contactos respectivos con los servicios ofertados.</td><td>X</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>El proponente debe anexar su MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS.</td><td>X</td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr>
<td>4</td>
<td>El oferente deberá acreditar la idoneidad del recurso humano profesional en cada área de trabajo aportando la hoja de vida del siguiente personal:

<table>
<tr><th>profesional</th><th>Cantidad mínima requerida</th></tr>
<tr><td>Médico especialista en psiquiatría</td><td>2 profesionales</td></tr>
<tr><td>Médico general</td><td>2 profesionales</td></tr>
<tr><td>Psicólogo</td><td>1 profesional</td></tr>
</table>

Para el cumplimiento de lo anterior, debe aportar la inscripción en el RETHUS, diligenciar y aportar con la oferta el Anexo Formato de Idoneidad del talento Humano por cada profesional.

Los soportes mínimos que se verificaran de sus hojas de vida son:

✓ Fotocopia del Título de la especialidad y / o su certificación de validación del título de la especialidad si fue obtenido (a) en el exterior.
✓ Fotocopia de la tarjeta profesional.
✓ El personal debe estar registrado en el RETHUS.

NOTA: El cumplimiento de esta condición durante la ejecución del contrato, estará sujeta a verificación por parte del supervisor del contrato en cualquier momento, el cual podrá en varias oportunidades a través del medio que considere, solicitar hoja de vida del personal que presta el servicio, con el fin de verificar la idoneidad del personal requerido.</td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>CERTIFICAR OPORTUNIDAD.
El oferente deberá certificar la oportunidad de atención para el servicio ofertado, así:
El agendamiento de los servicios se realizará máximo a las 48 horas y la Oportunidad en la atención de consulta especializada por psiquiatría no mayor a doce (12) días.
La oportunidad de la aceptación de referencia de pacientes hospitalizados (oportunidad hospitalaria) deberá ser en un tiempo no superior a veinticuatro (24) horas.</td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>INFORMAR EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

El oferente se compromete a presentar de manera mensual, la ejecución del contrato al supervisor e informar de manera inmediata cuando el contrato se haya ejecutado en los siguientes porcentajes:

En un cincuenta por ciento (50%)
En un setenta por ciento (70%)
En noventa por ciento (90%)

Esto con el fin de realizar los respectivos trámites administrativos tendientes a garantizar la prestación del servicio a contratar.

La comunicación oficial deberá contener la siguiente información:
<table>
<tr><td>Valor ejecutado a la fecha que se haya pagado con información al porcentaje que corresponde</td><td>valor radicado pendiente de pago - con información al porcentaje que corresponde</td><td>Valor pendiente por radicar - con información al porcentaje que corresponde</td><td>Valor pendiente por ejecutar - con información al porcentaje que corresponde</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table></td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>EJECUTADO EL 100% DEL PRESUPUESTO DEL CONTRATO NO CONTINUARA PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETOS DEL CONTRATO.

El oferente se compromete con la regional de aseguramiento en salud n°8 – unidad prestadora de salud Atlántico, que una vez ejecutado el 100% del presupuesto del contrato NO CONTINUARA PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumpla con las anteriores condiciones, no son compromisos de la unidad prestadora de salud Atlántico, y estos serán asumidos por el contratista.

Se deja claro que la administración en este caso el contratante no será responsable si el futuro contratista tiene una sobre ejecución del contrato por la demora en el proceso de radicación de factura; las cuales deben ser de manera mensual , conforme a la prestación de los servicios generados; por lo tanto el CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a la</td>
<td>X</td>
<td></td>
</tr>
</table>

	POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO, de cualquier reclamación proveniente por una eventual sobre ejecución.		
8	El oferente certifica que cumple con la implementación del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, de acuerdo a lo establecido en el decreto N° 1072 de 2015 "por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector trabajo" y la resolución N° 0312 de 2019 "por la cual se define los estándares mínimos del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo".	X	
9	El oferente deberá entregar junto con la propuesta el registro de la autoevaluación de los estándares mínimos del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (SGSST) del año inmediatamente anterior, realizado y descargado del aplicativo de la página del sistema general de riesgos laborales del ministerio del trabajo, donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración *"aceptable"*, es decir un puntaje mayor a 85% (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el registro de la autoevaluación por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). Así mismo, se deberá mantener la calificación y evidencias de la autoevaluación del SGSST a disposición, las cuales serán objeto de verificación durante la ejecución del contrato.	X	
10	El oferente deberá aportar diligenciado el formulario de compromiso SGSST firmado por el representante legal de la empresa, anexo al presente estudio previo.	X	
11	El oferente debe cumplir con los ATRIBUTOS DE CALIDAD enmarcados en el Decreto 1011 del 2006 relacionados con Oportunidad, Pertinencia, Accesibilidad, Continuidad y Seguridad en la atención de los pacientes, será objeto de verificación en visita técnica.	X	
12	La entidad certifica que se compromete a implementar los lineamientos dispuestos en el instructivo 008 de 2021 en cual establece "atención prioritaria y preferencial en el acceso a los servicios de salud, de la población vulnerable perteneciente al subsistema de salud de la Policía Nacional.	X	
13	El oferente garantiza y certifica la prestación ininterrumpida del servicio durante la ejecución del contrato.	X	
14	El oferente certifica que cuenta con el sistema de registros Individuales de Procedimientos en Salud (RIPS). Como lo establece el ministerio de protección social a todos los prestadores de servicios de salud en el país.	X	
15	El oferente se compromete a mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias para prestar servicios de salud del nivel de atención ofertado, aspecto que será verificado de forma permanente por el supervisor del contrato durante la ejecución del mismo.	X	
16	El oferente se compromete a prestar los servicios de salud, objeto de este contrato, a los usuarios en forma permanente, eficiente, amable y con excelente trato, dentro de los horarios de atención ambulatoria estipulados para cada servicio, de manera oportuna y con calidad, para lo cual garantizará y dispondrá de un sistema o proceso de atención preferencial a los usuarios de la Policía Nacional, sin discriminación frente a otro tipo de pacientes que atienda.	X	
17	**PERSONAS ENLACE** El oferente tiene que informar en su oferta las personas de enlace, que se encargaran de resolver aquellos eventos relacionados con la referencia y contrarreferencia de usuarios. Nombre (s) MAYRA ALEJANDRA ARNEDO MARTINEZ Teléfonos 3207033038 Este funcionario deberá resolver aquellos eventos relacionados con asignación de citas, oportunidad, precisión de exámenes, procedimientos y actividades y todos aquellos que se presentan durante la ejecución del contrato.	X	
18	**ADICION DE SERVICIOS:** En caso de requerirse uno o varios servicios y/o elementos que no se encuentren contratados y que guarden relación con el objeto contractual o que sean ordenados por fallo de tutela o CTC, las partes podrán mediante documento modificatorio incluirlos teniendo en cuenta lo siguiente: - El (la) supervisor (a) del contrato allegara mínimo 2 cotizaciones, con el fin de determinar el precio o valor **más económico** que se utilizara como referencia para la modificación. - Una vez determinado el menor valor cotizado, el (la) supervisor (a) solicitara mediante comunicación oficial a la entidad contratista la aceptación de la modificación, aplicando el descuento ofrecido por este en su oferta inicial. - Con la aceptación por parte del contratista, el (la) supervisor (a) solicitara al ordenador del gasto la modificación de inclusión de los servicios y/o elementos. NOTA: En caso tal, que el (la) supervisor (a) solicite las cotizaciones a las entidades que el considere y por alguna razón ajena a su voluntad, solo se allega una cotización, se tomara esta como referente, de lo cual se debe dejar constancia de las solicitudes realizadas.	X	

19	El oferente se compromete a permitir a los auditores médicos, el acceso directo a la información relacionada con el estado de salud del paciente y la prestación de los servicios de salud, así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley, con el fin de realizar seguimiento y control al cumplimiento del objeto contractual, mediante valoraciones a la institución, previo de la documentación solicitada, verificando las condiciones locativas, recursos humano disponible para el desarrollo de las actividades terapéuticas, así como los programas desarrollados.	X	
	SUMINISTRO DE HISTORIA CLINICA SERVICIOS PRESTADOS El oferente se compromete a proporcionar usuario de acceso a la plataforma de atención con el fin de verificar historia clínica y solicitudes que se desprendan de las mismas atenciones. O en su defecto si no cuenta con dicha plataforma remitirá soportes diariamente de las atenciones al correo que defina la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8 en formato que permita copiar. Lo anterior con el fin de garantizar el proceso de Contrareferencia y registro de atenciones de red externa en el aplicativo institucional SISAP.	X	
20	El oferente en los casos que conozca de una suplantación o fraude tiene el deber de informar de forma inmediata al supervisor del contrato, con el fin se coordine y se realicen las acciones correspondientes del caso.	X	
21	El Oferente debe anexar junto con la propuesta el plan de gestión integral de residuos generados en la atención en salud y otras actividades PGIRASA actualizado **(Decreto 1076, Decreto 780 de 2016, Resolución 2184 de 2019**). Lo anterior será objeto de verificación de visita técnica.	X	
22	**EXCUSA MEDICA**: Acatar lo dispuesto en la Directiva Administrativa Permanente N°. 003 del 10/03/2023 *"directrices a observar en la expedición y registro de las excusas de servicio por incapacidad médica o licencia por maternidad y para el control y seguimiento del personal excusado de servicio"* respecto a la cantidad de días de excusa, de acuerdo a profesional que atiende al usuario, tipo de patología, tipo de excusa total o parcial.	X	
23	**CONDICIONES DEL SERVICIO FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS**: El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional, tiene como carta rectora en materia de medicamentos, el acuerdo No 080 de 2022 en el cual se dio a conocer el Manual de medicamentos y terapéutica para el subsistema. Documento que debe ser conocido por los prestadores de servicios de salud interesados en este proceso de contratación, con el fin de que las futuras prescripciones a realizar a los afiliados y beneficiarios se hagan basadas en dicho manual.	X	
23	**LOS SERVICIOS PRESTADOS TENDRÁN LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:** Una vez que el usuario llegue al día 15 de hospitalización se deberá informar a la oficina de Referencia y Contra referencia para que la auditora concurrente realice visita y autorice la estancia prolongada. El servicio de internación para el paciente psiquiátrico en crisis, se ofrece para modificar fundamentalmente las condiciones críticas del paciente y su permanencia en el centro hospitalario no debe sobrepasar de quince (15) días. El de corta y mediana estancia se presta al paciente que ha superado su período agudo y únicamente se brindará a quien las condiciones del entorno, no le favorece la continuidad del tratamiento y la rehabilitación a nivel ambulatorio; su hospitalización en promedio no excederá de quince (15) días.	X	
24	**REEMPLAZO DEL PERSONAL** El oferente contará con reemplazo de los profesionales ante cualquier eventualidad (vacaciones, licencias y demás novedades imprevistas con el personal de profesionales; para equipos dañados y/o averiados) sin afectar de ninguna manera la prestación del servicio y ejecución del contrato, garantizando la continuidad, accesibilidad y oportunidad ofertada	X	

OBSERVACIONES GENERALES

- En relación al **ítem número 2**, el oferente aporta copia de contrato suscrito con DORAL MEDICAL DE COLOMBIA LTDA, a través del cual se le brindan los servicios de laboratorio clínico, el mismo data de la vigencia 2018, por lo que se dejó la observación en la primera evaluación, la cual fue subsanada al aportar certificado de vigencia de contrato de fecha 26 de noviembre 2025, membretado por DORAL MEDICAL DE COLOMBIA LIMITADA SIGLA DORAL, identificada con el NIT. No. 802.024.077-1 y firmado por MARIANA VILLALBA

SEGRERA identificada con cedula de ciudadanía No.1.044.429.566 de Puerto Colombia, quien funge como Gerente Administrativo, por lo que se puede considerar que cumple.

- En referencia al **ítem número 4**, el oferente anexo las hojas de vida del personal, y posterior a la primera evaluación, realizo la corrección de los certificados de idoneidad en relacionan a los cargos ocupados por cada profesional de la salud, de igual modo se realizó la verificación en el Registro de Talento Humano de la Salud **(RETHUS)**, evidenciando que los profesionales relacionados se encuentran registrados, por lo que se puede considerar que cumple.

- En referencia a los ítems 6,7,15, 16, 18, 20, 23 **condiciones del servicio formulación de medicamentos intrahospitalarios**, 23 **Reemplazo Del Personal** y 24, aunque el oferente no emite una certificación formal de compromiso para cumplir con lo requerido, tampoco fue solicitada, y se emite concepto de que **CUMPLE**, toda vez que dentro del formato de invitación **2BS-FR-0035** aportado por el oferente y firmado por su representante legal, marcan los ítems referenciados en cumple, lo que da lugar a que se comprometen a cumplirlo una vez se suscriba el contrato.

- En referencia al ítem **SUMINISTRO DE HISTORIA CLINICA SERVICIOS PRESTADOS**, aunque el oferente no emite una certificación formal de compromiso para cumplir con lo requerido, tampoco fue solicitada, y se emite concepto de que cumple, toda vez que dentro del formato de invitación **2BS-FR-0035** aportado por el oferente y firmado por su representante legal, marca el ítem referenciado en cumple, lo que da lugar a que se comprometen a cumplirlo una vez se suscriba el contrato.

- En referencia a los **ítems 3 INFRAESTRUCTURA, EQUIPOS Y RECURSO HUMANO y 11 ATRIBUTOS DE CALIDAD**, el oferente a través del formato de invitación **2BS-FR-0035** firmado por su representante legal, marcan los ítems referenciados en cumple, lo que da lugar a que se compromete a cumplirlo una vez se suscriba el contrato, sin embargo, en razón a la nota interna en dicho ítem *(el comité evaluador realizará visita técnica, con el fin de verificar el cumplimiento de lo ofertado, el verificador técnico deberá anexar informe de lo hallado, de acuerdo a lo establecido en el decreto 441 de 2022 del ministerio de salud y de protección social)*, se procede a realizar visita técnica, diligenciando formato no controlado de lista de chequeo suministrado por la oficina de contratos de la Regional de Aseguramiento en Salud N°8, por parte del oferente y el evaluador el día 24 de noviembre 2025, en las siguientes sedes del Centro Terapéutico NUEVO SER (Inversiones Nuevo Ser S.A.S), así:

  Sede principal y urgencias: Calle 8 # 13 - 869, Sabanilla
  Sede consulta externa: Cra. 41 # 58 - 69, Barranquilla

  En la visita técnica se evidencio, la existencia de distintivo de habilitación de los siguientes servicios:

1	345-PSIQUIATRIA (CONSULTA EXTERNA)
2	132-HOSPITALIZACIÓN PARCIAL
3	131-HOSPITALIZACION EN SALUD MENTAL
4	135-HOSPITALIZACIÓN EN CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
5	344-PSICOLOGIA
6	728-TERAPIA OCUPACIONAL

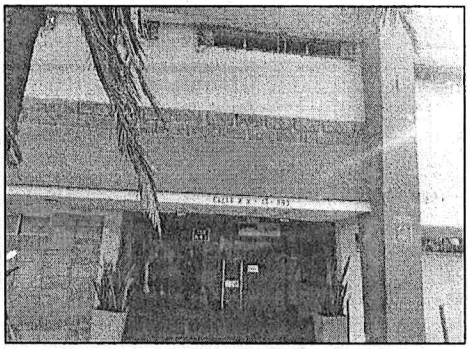
Del mismo modo mi Coronel, se verifica la existencia de la capacidad instalada para los siguientes servicios:

CAPACIDAD INSTALADA
CONSULTORIOS SEGÚN RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 (CAPACIDAD INSTALADA)
CAMAS OFERTADAS SEGÚN RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 (CAPACIDAD INSTALADA)
SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN PARA CONSUMO SPA
SERVICIO DE SALAS DE TERAPIAS

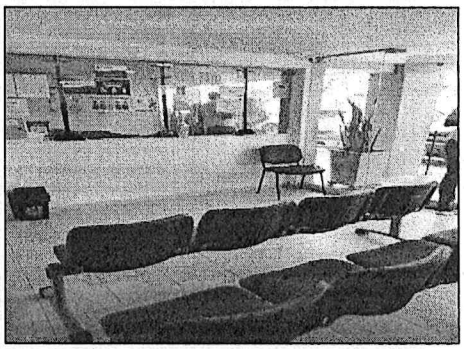
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

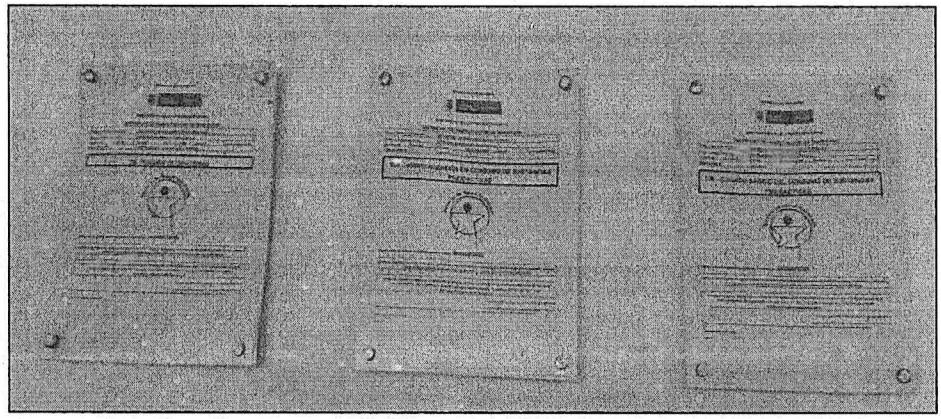
Sede principal y urgencias: Calle 8 # 13 - 869, Sabanilla

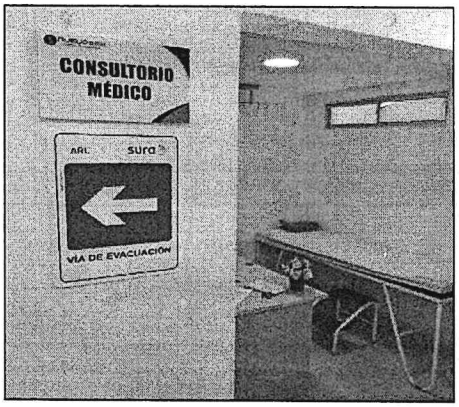


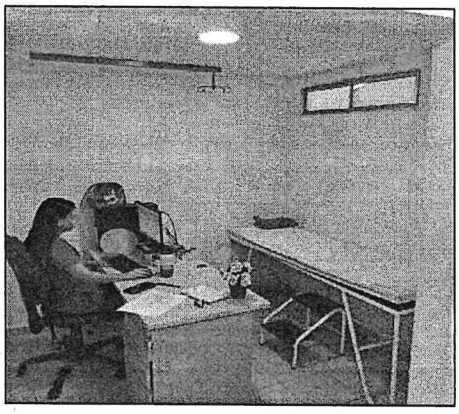


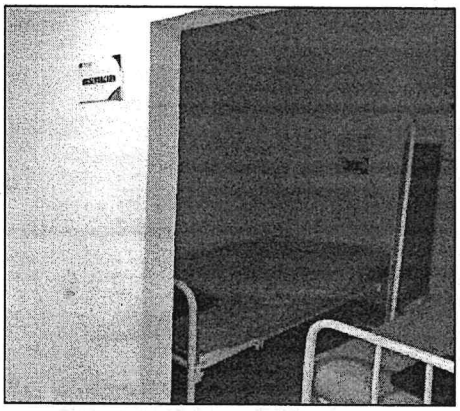


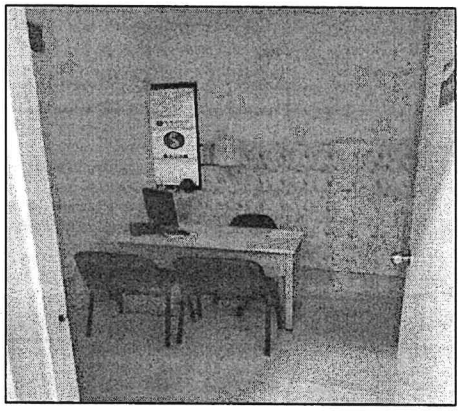


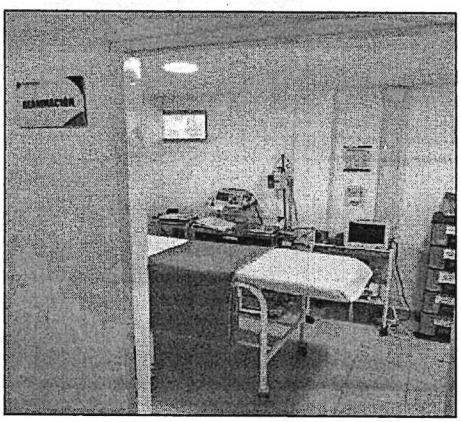


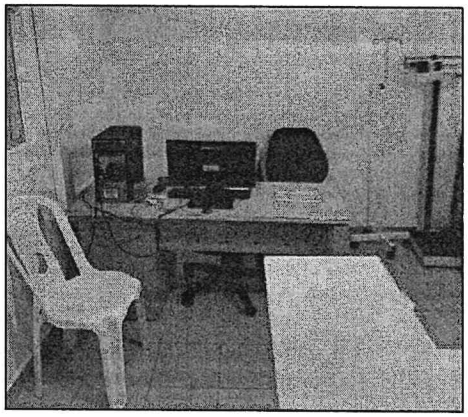

CONSULTORIO
MÉDICO
ARL
sura
VÍA DE EVACUACIÓN



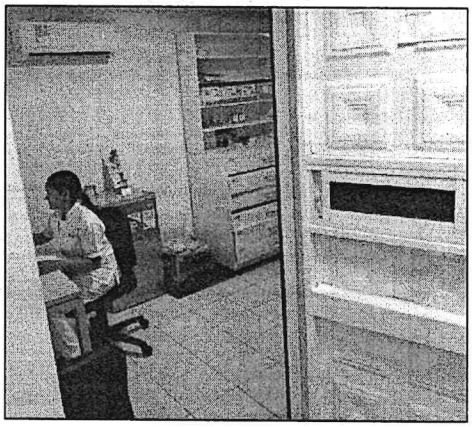




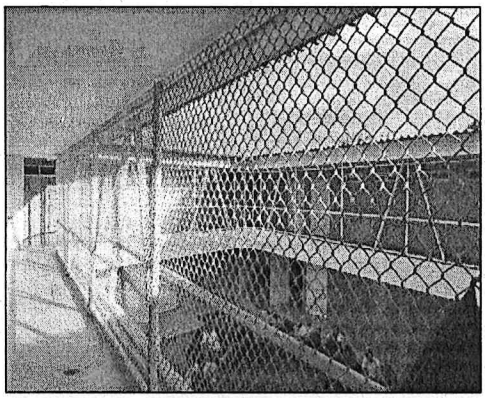


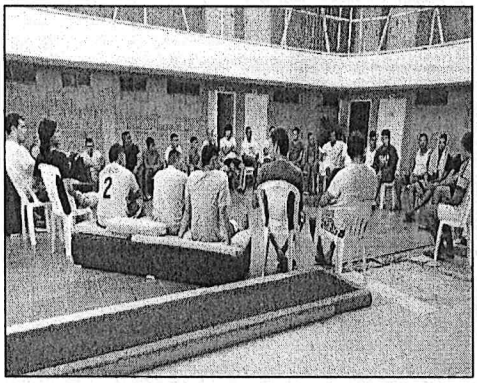


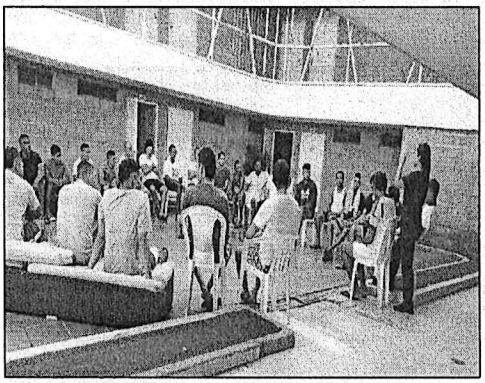




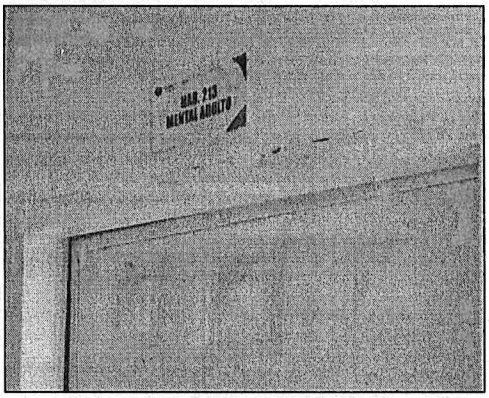

TODO
BIEN

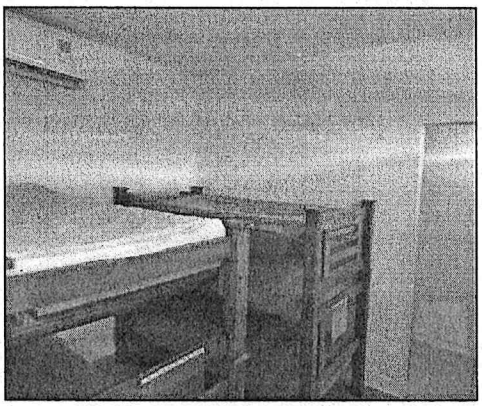


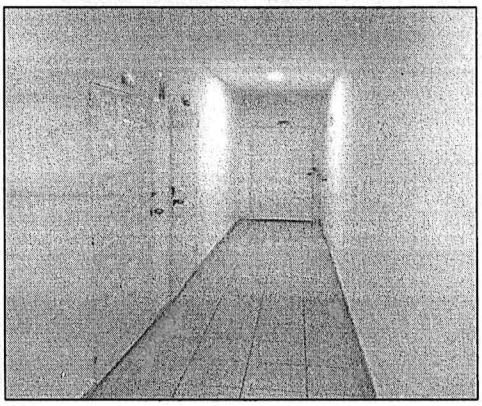





PABELLÓN
MUJERES

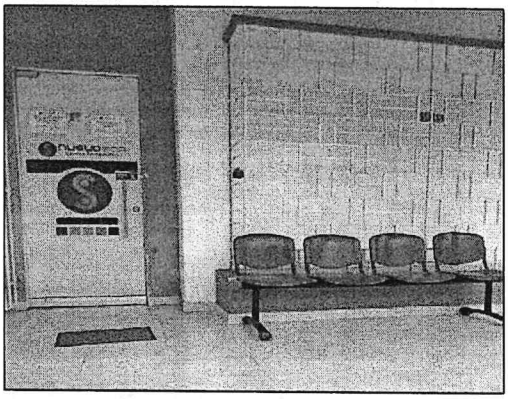

MAR. 213
MENTAL ADULTO

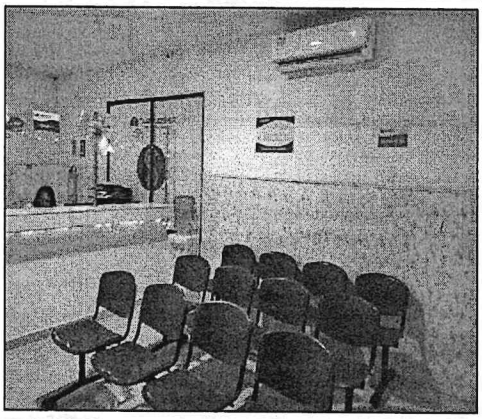


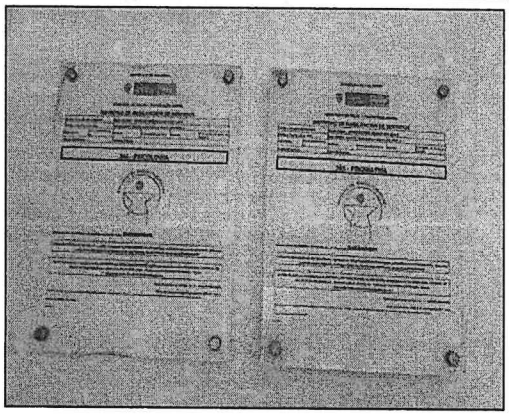


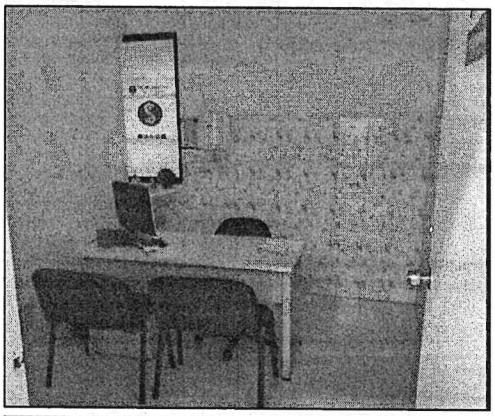
SEDE CONSULTA EXTERNA: CRA. 41 # 58 - 69, BARRANQUILLA

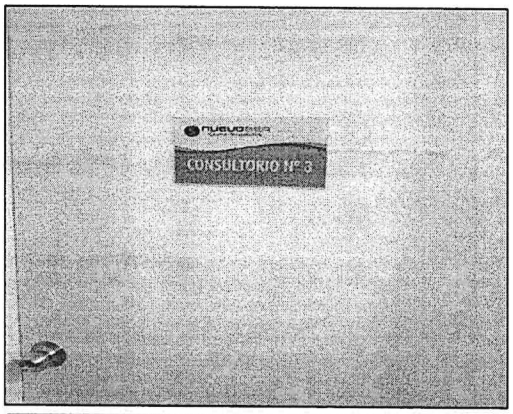


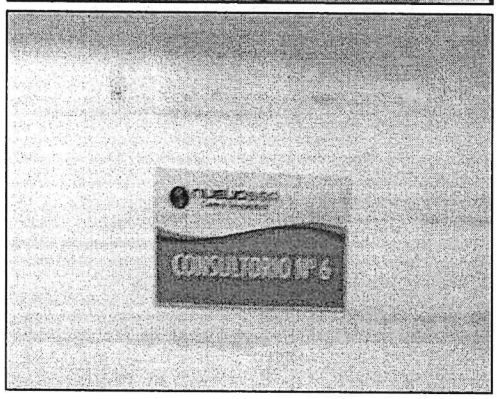


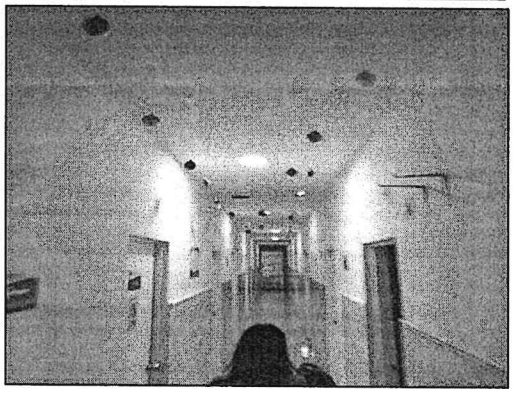












CONCEPTO FINAL: Una vez evaluados los ítems de las condiciones técnicas mínimas del proceso PN-RASES8- MIC 094 2025, según los a portes emitidos por el oferente INVERSIONES NUEVO SER S.A.S, a través de su representante legal la señora PAOLA SILVANA GARCIA MALVAR, y las validaciones realizadas, en diferentes plataformas públicas, se puede considerar que CUMPLEN, con las condiciones técnicas, por lo que se remite el presente informe a la Jefatura de la Regional de Aseguramiento en Salud N°8, a fin de que se adelanten los tramites que en ley considere.

Lo anterior para conocimiento de mi Coronel y fines que estime pertinentes.

Atentamente,



Subintendente **JOSÉ RAFAEL POLO ANDRADE**
Evaluador Técnico proceso PN-RASES8- MIC 094 2025

Anexo: UNO (Documentos soportes de la evaluación)

Elaborado: SI. **José Rafael Polo Andrade**
Evaluador Técnico proceso PN-RASES8- MIC 094 2025

Avenida Circunvalar # 45 - 124
deata.upres-asjur@policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA

Remisión consentimiento informado visita técnica Resumir

MO Microsoft Outlook

Para: gerencia.general@nuevoser.org

Reenviar

Dom 23/11/2025 8:48 AM

Remisión consentimiento inf...
Elemento de Outlook

Se completó la entrega a estos destinatarios o grupos, pero el servidor de destino no envió información de notificación de entrega:

gerencia.general@nuevoser.org (gerencia.general@nuevoser.org)

Asunto: Remisión consentimiento informado visita técnica

JOSE RAFAEL POLO ANDRADE

Para: gerencia.general@nuevoser.org

Responder Responder a todos Reenviar

Dom 23/11/2025 8:48 AM

Importancia alta

CERTIFICADO AUTORIZACIÓ...
525 KB

Soledad, 23 de noviembre 2025

Señor(es)
INVERSIONES NUEVO SER S.A.S
NIT. 901.012.681
gerencia.general@nuevoser.org
Calle 8 N° 13-869
Sabanilla

Asunto: Remisión consentimiento informado visita técnica

En atención al comunicado oficial N° GS-2025-019403-REGI8 del 20 de noviembre 2025, suscrito por la Jefatura de la Regional de Aseguramiento en Salud N°8, de referencia, solicitud evaluación proceso mínima cuantía, en relación a la evaluación técnica del proceso PN-RASES8- MIC 094 2025, el cual tiene como objeto "PRESTACION DE SERVICIOS EN PSIQUIATRIA (ATENCION ESPECIALIZADA AMBULATORIA, HOSPITALIZACION Y TRATAMIENTO PARA CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS) PARA LA POBLACION USUARIA DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL, ASI COMO LAS TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS, IGUALMENTE EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPTALIZADOS, SEGUN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP DE LA POLICIA NACIONAL-REGIONAL DE ASEGURAMEINTO EN SALUD N°8.", respetuosamente me permito remitir formato de consentimiento informado, para visita técnica, a fin de validar los ítems 3 y 11 de la invitación convocatoria mínima cuantía para el proceso de referencia.

Una vez diligenciado el formato agradecemos informar la hora en la que tienen disponibilidad el día de mañana 24 de noviembre 2025, para recibirnos.

Atentamente,

Subintendente **JOSÉ RAFAEL POLO ANDRADE**
Evaluador Técnico proceso PN-RASES8- MIC 094 2025

CERTIFICADO AUTORIZACIÓN VISITA TECNICA	POLICÍA NACIONAL

CERTIFICADO AUTORIZACIÓN VISITA TECNICA

Barranquilla, Atlántico 24 de noviembre de 2025.

Señores
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8
Soledad - Atlántico

Yo, PAOLA SILVANA MALVAR GARCIA, identificado con c.c. 32.788.888 de Barranquilla, en mi calidad de representante legal de la entidad INVERSIONES NUEVO SER S.A.S., certifico que, autorizo al comité evaluador del proceso PRESTACION DE SERVICIOS EN PSIQUIATRIA (ATENCION ESPECIALIZADA AMBULATORIA, HOSPITALIZACION Y TRATAMIENTO PARA CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS) PARA LA POBLACION USUARIA DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL, ASI COMO LAS TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS, IGUALMENTE EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPTALIZADOS, SEGUN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP DE LA POLICIA NACIONAL-REGIONAL DE ASEGURAMEINTO EN SALUD N°8, realizar visita técnica, con el fin de verificar el cumplimiento de lo ofertado.

ÍTEM	CRITERIO TÉCNICO	EVIDENCIA / OBSERVACIÓN	Cumple	
			SI	NO
DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS				
1	345-PSIQUIATRIA (CONSULTA EXTERNA)	REPS-DISTINTIVO	X	
2	132-HOSPITALIZACIÓN PARCIAL	REPS-DISTINTIVO	X	
3	131-HOSPITALIZACION EN SALUD MENTAL	REPS-DISTINTIVO	X	
4	135-HOSPITALIZACIÓN EN CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	REPS-DISTINTIVO	X	
5	344-PSICOLOGIA	REPS-DISTINTIVO	X	
6	728-TERAPIA OCUPACIONAL		X	
CAPACIDAD INSTALADA				
7	CONSULTORIOS SEGÚN RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 (CAPACIDAD INSTALADA)	REPS	X	
8	CAMAS OFERTADAS SEGÚN RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 (CAPACIDAD INSTALADA)	REPS	X	
9	SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	REPS	X	
10	SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL	REPS	X	

11	SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL	REPS	X	
12	SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN PARA CONSUMO SPA	REPS	X	
13	SERVICIO DE SALAS DE TERAPIAS	REPS	X	

Expedida el día 24 de noviembre de 2025

Atentamente,

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: INVERSIOBNES NUEVO SER
Identificación (NIT X☐ C.C ☐ C.E ☐): 901.012.681-6
Nombre Representante Legal: PAOLA SILVANA MALVAR GARCIA
Identificación (C.C ☐X C.E. ☐) 32.788.888

Dirección: CALLE 8 NÚMERO 13-869 PUERTO COLOMBIA
Teléfono: **3183509330**
Email: **gerencia.general@nuevoser.org**

Remisión consentimiento informado visita técnica Resumir

LS

Lider Procesos Software<lider.procesos.software@nuevoser.org>

Para: JOSE RAFAEL POLO ANDRADE

Lun 24/11/2025 10:09 AM

CC: Sra. Paola <gerencia.general@nuevoser.org>

CERTIFICADO AUTORIZACIÓ...
140 KB

No suele recibir correo electrónico de lider.procesos.software@nuevoser.org. Por qué es esto importante

Buen día, Subintendente Jose Polo Andrade, Evaluador Técnico proceso PN-RASES8- MIC 094 2025
Reciba un cordial saludo.

La presente es con el fin de enviar el certificado autorización visita técnica firmado por representante legal.

Gracias por su atención.

Cordialmente,

Adolfo Lora P.
Líder de procesos, metodos y Software
lider.procesos.software@nuevoser.org
3005309241 8
Calle 8 # 13 - 869 Sabanilla, Pto Colombia
www.nuevoser.co

ÍTEM	CRITERIO TÉCNICO	EVIDENCIA / OBSERVACIÓN	Cumple	
			SI	NO
	DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS			
1	345-PSIQUIATRIA (CONSULTA EXTERNA)	SI	✓	
2	132-HOSPITALIZACIÓN PARCIAL	SI	✓	
3	131-HOSPITALIZACION EN SALUD MENTAL	SI	✓	
4	135-HOSPITALIZACIÓN EN CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	SI	✓	
5	344-PSICOLOGIA	SI	✓	
6	728-TERAPIA OCUPACIONAL	SI	✓	
	CAPACIDAD INSTALADA			
7	CONSULTORIOS SEGÚN RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 (CAPACIDAD INSTALADA)	SI	✓	
8	CAMAS OFERTADAS SEGÚN RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 (CAPACIDAD INSTALADA)	SI	✓	
9	SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	SI	✓	
10	SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL	SI	✓	
11	SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL	SI	✓	
12	SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN PARA CONSUMO SPA	SI	✓	
13	SERVICIO DE SALAS DE TERAPIAS	SI	✓	

Comité Técnico

Nombre: St. José Rafael Polo Pinedo

Cédula: 1143125314

Firma:

Funcionario que recibe la visita

Nombre: PAOLA GARCIA MALVAR

Cédula: 32'788'888

Cargo: Gerente General

Firma:

REPÚBLICA DE COLOMBIA

La salud es de todos | Minsalud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador		0800105290 - INVERSIONES NUEVO SER S.A.S.			
Código y Nombre de la Sede		080010529001-CENTRO TERAPEUTICO NUEVO SER SEDE 2			
Departamento	Distrito:BARRANQUILLA	Municipio	Distrito:BARRANQUILLA	Dirección	CR 41 No 58 - 69. Barrio: EL RECREO.
Grupo del Servicio		Consulta Externa			

345 - PSIQUIATRÍA

Servicio de Salud Habilitado

Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: ***DHSS0496801***

Verifique la información de este documento, ingresando a: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo_dhss.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios:DHSS0496801

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BARRANQUILLA - Dirección:CALLE 34 No.43-31 - Telefono(s):3157548092 3157548092 - Correo Electronico:hmendozach@barranquilla.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 18 - 11 - 2022 (DD-MM-AAAA).

Fecha de Impresión: lunes 30 de enero de 2023 (9:17 a.m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Código Interno MinSalud_PS:-1042721451

Versión 3.0.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador		0857302109 - INVERSIONES NUEVO SER S.A.S			
Código y Nombre de la Sede		085730210901-INVERSIONES NUEVO SER S.A.S			
Departamento	ATLÁNTICO	Municipio	PUERTO COLOMBIA	Dirección	CALLE 8 NÚMERO 13-869
Grupo del Servicio		Internación			

132 - HOSPITALIZACIÓN PARCIAL



Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: ***DHSS0278221***

Verifique la información de este documento, ingresando a: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo_dhss.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios:DHSS0278221

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL ATLÁNTICO - Dirección:CALLE 40 CRA 45 ESQUINA - Telefono(s):3307283 3307342 - Correo Electronico:bcaparroso@atlantico.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 22 - 12 - 2017 (DD-MM-AAAA).

Fecha de impresión: jueves 09 de septiembre de 2021 (9:18 a. m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en la Parte 5, Titulo 1, Capitulo 1 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Código Interno MinSalud_PS:29230740

Versión 3.0.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador		0857302109 - INVERSIONES NUEVO SER S.A.S					
Código y Nombre de la Sede		085730210901-INVERSIONES NUEVO SER S.A.S					
Departamento	ATLÁNTICO	Municipio	PUERTO COLOMBIA		Dirección	CALLE 8 NÚMERO 13-869	
Grupo del Servicio		Internación					

131 - HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL



Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: ***DHSS0278220***

Verifique la información de este documento, ingresando a: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo_dhss.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios:DHSS0278220

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL ATLÁNTICO - Dirección:CALLE 40 CRA 45 ESQUINA - Telefono(s):3307283 3307342 - Correo Electronico:bcaparroso@atlantico.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 22 - 12 - 2017 (DD-MM-AAAA).

Fecha de impresión: jueves 09 de septiembre de 2021 (9:15 a. m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Codigo Interno MinSalud_PS:-1515033794

Versión 3.0.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador		0857302109 - INVERSIONES NUEVO SER S.A.S			
Código y Nombre de la Sede		085730210901-INVERSIONES NUEVO SER S.A.S			
Departamento	ATLÁNTICO	Municipio	PUERTO COLOMBIA	Dirección	CALLE 8 NÚMERO 13-869
Grupo del Servicio		Internación			

135 - HOSPITALIZACIÓN EN CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS



Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: ***DHSS0278222***

Verifique la información de este documento, ingresando a: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo_dhss.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios:DHSS0278222

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL ATLÁNTICO - Dirección:CALLE 40 CRA 45 ESQUINA - Telefono(s):3307283 3307342 - Correo Electronico:bcaparroso@atlantico.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 22 - 12 - 2017 (DD-MM-AAAA).

Fecha de Impresión: Jueves 09 de septiembre de 2021 (9:19 a. m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Código Interno MinSalud_PS:169446197

Versión 3.0.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador		0800105290 - INVERSIONES NUEVO SER S.A.S.				
Código y Nombre de la Sede		080010529001-CENTRO TERAPEUTICO NUEVO SER SEDE 2				
Departamento	Distrito:BARRANQUILLA	Municipio	Distrito:BARRANQUILLA	Dirección	CR 41 No 58 - 69. Barrio: EL RECREO.	
Grupo del Servicio		Consulta Externa				

344 - PSICOLOGÍA



Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: ***DHSS0496800***

Verifique la información de este documento, ingresando a: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo_dhss.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios:DHSS0496800

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BARRANQUILLA - Dirección:CALLE 34 No.43-31 - Telefono(s):3157548092 3157548092 - Correo Electronico:hmendozach@barranquilla.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 18 - 11 - 2022 (DD-MM-AAAA).

Fecha de Impresión: lunes 30 de enero de 2023 (9:17 a.m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Código interno MinSalud_PS:-177632354

Versión 3.0.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador		0857302109 - INVERSIONES NUEVO SER S.A.S				
Código y Nombre de la Sede		085730210901-INVERSIONES NUEVO SER S.A.S				
Departamento	ATLÁNTICO	Municipio	PUERTO COLOMBIA	Dirección	CALLE 8 NÚMERO 13-869	
Grupo del Servicio		Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica				

728 - TERAPIA OCUPACIONAL

Servicio de Salud Habilitado

Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: ***DHSS0278230***

Verifique la información de este documento, ingresando a: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo_dhss.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios:DHSS0278230

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL ATLÁNTICO - Dirección:CALLE 40 CRA 45 ESQUINA - Telefono(s):3307283 3307342 - Correo Electronico:bcaparroso@atlantico.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 14 - 08 - 2020 (DD-MM-AAAA).

Fecha de impresión: jueves 09 de septiembre de 2021 (9:23 a. m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Código Interno MinSalud_PS:539646009

Versión 3.0.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador		0857302109 - INVERSIONES NUEVO SER S.A.S					
Código y Nombre de la Sede		085730210901-INVERSIONES NUEVO SER S.A.S					
Departamento	ATLÁNTICO	Municipio	PUERTO COLOMBIA		Dirección	CALLE 8 NÚMERO 13-869	
Grupo del Servicio		Atención Inmediata					

1102 - URGENCIAS

Servicio de Salud Habilitado

Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: ***DHSS0278231***

Verifique la información de este documento, ingresando a: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo_dhss.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios:DHSS0278231

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL ATLÁNTICO - Dirección:CALLE 40 CRA 45 ESQUINA - Telefono(s):3307283 3307342 - Correo Electronico:bcaparroso@atlantico.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 22 - 12 - 2017 (DD-MM-AAAA).

Fecha de impresión: jueves 09 de septiembre de 2021 (9:23 a. m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Código Interno MinSalud_PS:801033547

Versión 3.0.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador		0857302109 - INVERSIONES NUEVO SER S.A.S			
Código y Nombre de la Sede		085730210901-INVERSIONES NUEVO SER S.A.S			
Departamento	ATLÁNTICO	Municipio	PUERTO COLOMBIA	Dirección	CALLE 8 NÚMERO 13-869
Grupo del Servicio		Internación			

138 - CUIDADO BÁSICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS



Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: ***DHSS0278223***

Verifique la información de este documento, ingresando a: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo_dhss.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios:DHSS0278223

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL ATLÁNTICO - Dirección:CALLE 40 CRA 45 ESQUINA - Telefono(s):3307283 3307342 - Correo Electronico:bcaparroso@atlantico.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 22 - 12 - 2017 (DD-MM-AAAA).

Fecha de Impresión: jueves 09 de septiembre de 2021 (9:19 a. m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Código Interno MinSalud_PS:479966717

Versión 3.0.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS

Código y Nombre del Prestador		0857302109 - INVERSIONES NUEVO SER S.A.S					
Código y Nombre de la Sede		085730210901-INVERSIONES NUEVO SER S.A.S					
Departamento	ATLÁNTICO	Municipio	PUERTO COLOMBIA		Dirección	CALLE 8 NÚMERO 13-869	
Grupo del Servicio		Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica					

714 - SERVICIO FARMACÉUTICO

Servicio de Salud Habilitado

Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: ***DHSS0278229***

Verifique la información de este documento, ingresando a: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo_dhss.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios:DHSS0278229

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL ATLÁNTICO - Dirección:CALLE 40 CRA 45 ESQUINA - Telefono(s):3307283 3307342 - Correo Electronico:bcaparroso@atlantico.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 31 - 01 - 2018 (DD-MM-AAAA).

Fecha de impresión: Jueves 09 de septiembre de 2021 (9:22 a. m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Código Interno MinSalud_PS:-115757204

Versión 3.0.

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2025-11-21--9:38:13 AM -2025-11-21--9:40:01 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalle
CC	1129580216	JENNIFER	DEL CARMEN	CABRERA	GUZMAN	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JENNIFER DEL CARMEN CABRERA GUZMAN identificado(a) con CC 1129580216 registra la siguiente información:

2025-11-21--9:40:01 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio de ejercicio Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
ESP	Extranjero	Psiquiatría	2022-05-11	100740	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	MEDICINA	2011-05-30	5683	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA|BOGOTÁ, D.C.|BOGOTÁ, D.C.	2010-05-03	2011-05-03	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx

Nuevo Chrome disponible

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre	Primer Apellido
Cedula de Ciudadania	22562623	PAOLA	SEQUEDA

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

3600

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2025-11-21--9:38:13 AM -2025-11-21--9:40:01 AM -2025-11-21--9:41:28 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalle
CC	22562623	PAOLA	DEL CARMEN	SEQUEDA	CHICRE	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) PAOLA DEL CARMEN SEQUEDA CHICRE identificado(a) con CC 22562623 registra la siguiente información:

2025-11-21--9:41:28 AM

Información Académica

Tipo Título	Clase Título	Profesión / Ocupación	Fecha Expedición Título	Acta / Matrícula	Entidad Educativa
ESP	Extranjero	Psiquiatría	2021-07-12	89529	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	MEDICINA	2006-04-20	4260	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Buscar

14°C Parc. soleado

ESP 9:41 a.m. 2025/11/21

web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx

Nuevo Chrome disponible

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General - 2025-11-21--9:38:13 AM - 2025-11-21--9:40:01 AM - 2025-11-21--9:41:28 AM - 2025-11-21--9:43:08 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalle
CC	1140894058	MARIA	ALEJANDRA	VILARIÑO	CARRILLO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MARIA ALEJANDRA VILARIÑO CARRILLO identificado(a) con CC 1140894058 registra la siguiente información:

2025-11-21--9:43:08 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	**Local**	**MEDICINA**	**2022-08-04**	**102881**	**COLEGIO MEDICO COLOMBIANO**

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	**Local**	**COLOMBIA|NO APLICA|**	**1900-01-01**	**1900-01-01**	**Sin Modalidad**	**Medicina**	**COLEGIO MEDICO COLOMBIANO**

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Buscar

14°C Parc. soleado

ESP 9:43 a.m. 2025/11/21

web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx

Nuevo Chrome disponib

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General - 2025-11-21--9:38:13 AM - 2025-11-21--9:40:01 AM - 2025-11-21--9:41:28 AM - 2025-11-21--9:43:08 AM - 2025-11-21--9:45:20 AM

Tipo Identificación	No. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	1193477321	PAOLA	ANDREA	SARMIENTO	ROCHA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) PAOLA ANDREA SARMIENTO ROCHA identificado(a) con CC 1193477321 registra la siguiente información:

2025-11-21--9:45:20 AM

Información Académica

Tipo Programa	Título en Obtención	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2024-02-05	122264	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio Periodo	Fecha Fin Periodo	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Buscar

ESP 9:46 a.m. 2025/11/21

web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx

Nuevo Chrome disponible

ReTHUS

A continuacion diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre	Primer Apellido
Cedula de Ciudadania	57460388	yohana	zaer

Confirme los números de la Imagen *

1948

Cambiar

7171

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2025-11-21--9:54:43 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalle
CC	57460388	YOHANA	INES	ZAER	GARCIA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) YOHANA INES ZAER GARCIA identificado(a) con CC 57460388 registra la siguiente información:

2025-11-21--9:54:43 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	**Local**	**Psicología**	**2012-06-22**	**1568**	**INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO**

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Buscar

Día de lluvia

ESP 9:57 a.m. 2025/11/21

web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx

Nuevo Chrome disponible

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2025-11-21--9:38:13 AM

Tipo Identificación	Número Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	1045717194	DANIA	LUCIA	RUIZ	PLAZA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) DANIA LUCIA RUIZ PLAZA identificado(a) con CC 1045717194 registra la siguiente información:

2025-11-21--9:38:13 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA	2020-12-11	78864	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	MEDICINA	2016-08-25	12226	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|ATLÁNTICO|BARRANQUILLA	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SISPRO

Contacto

Dirección:

Teléfono:

Buscar

14°C Parc. soleado

ESP

9:38 a.m.
2025/11/21

DORAL
MEDICAL DE COLOMBIA
NIT: 802.024.077-1

A QUIEN PUEDA INTERESAR

DORAL MEDICAL DE COLOMBIA LIMITADA SIGLA DORAL, identificada con el **NIT. No. 802.024.077-1**, por medio de la presente,

CERTIFICA:

La suscrita, en calidad de Gerente Administrativa de la CLINICA DORAL MEDICAL DE COLOMBIA LIMITADA, hace constar:

Que la entidad **INVERSIONES NUEVO SER S.A.S**, identificada con el **NIT No. 901012681-6**, tiene contratado con nuestra Institución el servicio de **LABORATORIO CLÍNICO**, el cual comprende: procesamientos, lecturas de muestras y entrega de resultados, bajo los más estrictos estándares de calidad, cantidad, eficiencia y oportunidad, cumpliendo con los lineamientos de bioseguridad y control de calidad.

Este servicio se encuentra vigente y activo desde el año 2.018 y se presta de manera continua según los términos contractuales acordados.

Se expide el presente certificado a solicitud de la parte interesada, para los fines pertinentes.

En la ciudad de Barranquilla, a los veintiséis (26) días del mes de noviembre de dos mil veinticinco (2025).

Atentamente,

DORAL MEDICAL DE COLOMBIA LIMITADA
NIT. No. 802.024.077-1
MARIANA VILLALBA SEGRERA
C.C. No. 1.044.429.566 de Puerto Colombia
GERENTE ADMINISTRATIVO

Carrera 44 No. 82-40
PBX: 3776162
Celular: 3164548899
calidaddoralmedicalcolombia@gmail.com
Barranquilla-Colombia

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO

Este anexo debe ser diligenciado por todo el personal que conforma el Recurso Humano Ofertado. La Regional de Aseguramiento en salud No.8 – Unidad Prestadora de Salud Bolívar, se reserva el derecho de verificar la información plasmada en este formato.

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO
Ciudad y Fecha: **Puerto Colombia, Atlántico 14-11-2025**
Nombres y Apellidos: **Dania Lucia Ruiz Plaza**
Cedula de Ciudadanía: **1045717194**
Fecha de Nacimiento: **16-11-1993** Nacionalidad: **Colombiana**
Profesión: **Medicina**
Nombre Universidad: **Universidad Del Norte**
No. Registro Profesional: **1045717194**
Título Obtenido: **Médica Cirujana**
Especializaciones: **Especialización en Psiquiatría**
Subespecialización:
Tiempo de Experiencia en la Profesión: 8 años y 8 meses
Tiempo de Servicio en la Institución Oferente: 3 años y 3 meses
Cargo que desempeña: **Médico Psiquiatra**
Paola Silvana García Malvar **FIRMA DE REPRESENTANTE LEGAL** **CC No.** 32.788.888

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO

Este anexo debe ser diligenciado por todo el personal que conforma el Recurso Humano Ofertado. La Regional de Aseguramiento en salud No.8 – Unidad Prestadora de Salud Bolívar, se reserva el derecho de verificar la información plasmada en este formato.

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO
Ciudad y Fecha: **Barranquilla, Atlántico 14-11-2024**
Nombres y Apellidos: **Jennifer Del Carmen Cabrera Guzmán**
Cedula de Ciudadanía: **1.129.580.216**
Fecha de Nacimiento: **02-08-1987** Nacionalidad: **Colombiana**
Profesión: **Medicina**
Nombre Universidad: **La Fundación Universitaria San Martín**
No. Registro Profesional: **1129580216**
Título Obtenido: **Médico General**
Especializaciones: **Especialización en Psiquiatría**
Subespecialización:
Tiempo de Experiencia en la Profesión: 6 años y 6 meses
Tiempo de Servicio en la Institución Oferente: 3 años y 6 meses
Cargo que desempeña: **Médico Psiquiatra**
Paola Silvana García Malvar **FIRMA DE REPRESENTANTE LEGAL** **CC No.** 32.788.888

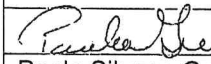
FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO

Este anexo debe ser diligenciado por todo el personal que conforma el Recurso Humano Ofertado. La Regional de Aseguramiento en salud No.8 – Unidad Prestadora de Salud Bolívar, se reserva el derecho de verificar la información plasmada en este formato.

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO
Ciudad y Fecha: **Barranquilla, Atlántico 14-11-2024**
Nombres y Apellidos: **Paola Del Carmen Sequeda Chicre**
Cedula de Ciudadanía: **22.562.623**
Fecha de Nacimiento: **14-08-1980** Nacionalidad: **Colombiana**
Profesión: **Medicina**
Nombre Universidad: **Universidad Metropolitana**
No. Registro Profesional: **M - 2337**
Título Obtenido: **Médico y Cirujano**
Especializaciones: **Especialización en Psiquiatría**
Subespecialización:
Tiempo de Experiencia en la Profesión: 7años
Tiempo de Servicio en la Institución Oferente: 4 años y 4 meses
Cargo que desempeña: **Médico Psiquiatra**
Paola Silvana García Malvar **FIRMA DE REPRESENTANTE LEGAL** **CC No.** 32.788.888

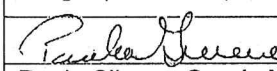
FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO

Este anexo debe ser diligenciado por todo el personal que conforma el Recurso Humano Ofertado. La Regional de Aseguramiento en salud No.8 – Unidad Prestadora de Salud Bolívar, se reserva el derecho de verificar la información plasmada en este formato.

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO
Ciudad y Fecha: **Barranquilla, Atlántico 14-11-2024**
Nombres y Apellidos: **María Alejandra Vilariño Carrillo**
Cedula de Ciudadanía: **1140894058**
Fecha de Nacimiento: **13-09-1997** Nacionalidad: **Colombiana**
Profesión: **Medico**
Nombre Universidad: **Universidad del Norte**
No. Registro Profesional: **1140894058**
Título Obtenido: **Médico**
Especializaciones: **Especialista en Gerencia de Servicios de salud**
Subespecialización:
Tiempo de Experiencia en la Profesión: 7años
Tiempo de Servicio en la Institución Oferente: 4 años y 4 meses
Cargo que desempeña: **Médico General**

Paola Silvana García Malvar **FIRMA DE REPRESENTANTE LEGAL** **CC No.** 32.788.888

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO

Este anexo debe ser diligenciado por todo el personal que conforma el Recurso Humano Ofertado. La Regional de Aseguramiento en salud No.8 – Unidad Prestadora de Salud Bolívar, se reserva el derecho de verificar la información plasmada en este formato.

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO
Ciudad y Fecha: **Barranquilla, Atlántico 14-11-2024**
Nombres y Apellidos: **Paola Andrea Sarmiento Rocha**
Cedula de Ciudadanía: **1193477321**
Fecha de Nacimiento: **23-08-2000** Nacionalidad: **Colombiana**
Profesión: **Medico**
Nombre Universidad: **Universidad Libre**
No. Registro Profesional: **1193477321**
Título Obtenido: **Médico**
Especializaciones:
Subespecialización:
Tiempo de Experiencia en la Profesión: 7años
Tiempo de Servicio en la Institución Oferente: 4 años
Cargo que desempeña: **Médico General**
 Paola Silvana García Malvar **FIRMA DE REPRESENTANTE LEGAL** **CC No.** 32.788.888

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO

Este anexo debe ser diligenciado por todo el personal que conforma el Recurso Humano Ofertado. La Regional de Aseguramiento en salud No.8 – Unidad Prestadora de Salud Bolívar, se reserva el derecho de verificar la información plasmada en este formato.

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO
Ciudad y Fecha: **Barranquilla, Atlántico 14-11-2024**
Nombres y Apellidos: **Yohana Inés Zaer García**
Cedula de Ciudadanía: **57460388**
Fecha de Nacimiento: **25-08-1984** Nacionalidad: **Psicología**
Profesión: **Psicóloga**
Nombre Universidad: **Universidad Cooperativa de Colombia**
No. Registro Profesional: **124410**
Título Obtenido: **Psicóloga**
Especializaciones:
Subespecialización:
Tiempo de Experiencia en la Profesión: **14 años y 9 meses**
Tiempo de Servicio en la Institución Oferente: **5 años y 9 meses**
Cargo que desempeña: **Psicóloga**
Paola Silvana García Malvar **FIRMA DE REPRESENTANTE LEGAL** **CC No.** 32.788.888