MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL

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

No. S-2020- 016866 / RASES- GADFI – 3.1

Pereira, 23 de noviembre de 2020

Subintendente
YENNY ALEXANDRA GOMEZ PATIÑO
Responsable Grupo Contratos RASES No 3
Calle 94 AV Villa Olímpica frente a expofuturo.
Ciudad

Asunto: Segunda Verificación Técnica Proceso **PN RASES No 3 MIC 044 2020.**

Respetuosamente me permito enviar a la señora Subintendente, la segunda verificación técnica de la ofertas presentadas para el **GRUPO 1: UNIDAD PRESTADORA DE SALUD RISARALDA** y **GRUPO 2: UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CALDAS** dentro del proceso de contratación que tiene como objeto la "**PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN ALERGOLOGIA INCLUYENDO CONSULTA DE LA ESPECIALIDAD Y PROCEDIMIENTOS, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3 PARA LOS DEPARTAMENTOS DE CALDAS Y RISARALDA".**

GRUPO 1: UNIDAD PRESTADORA DE SALUD RISARALDA

1. Verificación de los requisitos indicados en la solicitud de oferta**.**

Razón Social: ALERGOSALUD SAS
NIT. 900.765.175-8
Representante legal: JUAN DAVID BELTRAN RENGIFO
Identificado con CC. 1.026.272.551 expedida en Bogotá D.C
Dirección: Carrera 19 Nro. 8-13 oficinas 203-204 edificio TRIPOLI
Teléfono: 3171777-3016882588-3188311034
Ciudad: Pereira- Risaralda
Correo electrónico: gerencia@alergosalud.com

ANEXO No. 1.
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ITEM	CODIGOS CUPS	DESCRIPCIÒN DEL BIEN O SERVICIO	OFERTA	NO OFERTA
1	890202	CONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA: ALERGOLOGÌA	X	
2	890302	CONTROL DE SEGUIMIENTO ESPECIALIZADO EN ALERGOLOGÌA	X	
3	860201B	PRUEBA INTRADERMICA DE ALERGIA	X	
4	860202B	PRUEBA EPICUTANEA DE ALERGIA (PRUEBA DE PARCHE)	X	

5	991201B	TRATAMIENTO MENSUAL INMUNOTERAPEUTICO COMPLETO (HIPOSENSIBILIZACIÒN), INCLUYE: PREPARACIÒN.	X	
6	992503B	APLICACIÓN DE MEDICAMENTO BIOLOGICO-MONOQUIMIOTERAPIA	X	

OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES

ITEM	CONDICIONES DEL SERVICIO	OFRECE	
		SI	NO
1	Efectuar la Prestación del Servicio de acuerdo a los protocolos establecidos técnica y científicamente en el ámbito nacional consignados en el acuerdo No. 002 por el cual se establece el plan de servicios de sanidad militar y policial y el instructivo 009 del 6 de marzo de 2014 el cual establece el modelo de atención en salud familiar con enfoque de riesgo de la policía nacional lineamientos para la red externa.	X	
2	Prestar los servicios durante el plazo de ejecución del contrato de acuerdo a lo informado en el portafolio de servicios, en las instalaciones de acuerdo a los pliegos de condiciones y de acuerdo a la oferta presentada, los cuales hacen parte integral del presente documento.	X	
3	Prestar los servicios sin ningún tipo de discriminación y con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano, profesional, tecnólogo y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, la moral y las buenas costumbres.	X	
4	**El CONTRATISTA** debe permitir el acceso a los Auditores de la Policía Nacional, así mismo permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley y permitirle realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual, mediante verificaciones periódicas a la institución, verificando las condiciones locativas, y el recurso humano disponible para el desarrollo del presente contrato.	X	
5	Atender al Usuario de acuerdo con la orden de servicios expedida por el médico de referencia y Contrareferencia de la Unidad Prestadora de Salud Risaralda, previa presentación del carné de la Policía y el documento de identificación DEBIDAMENTE ACTUALIZADOS, CASO CONTRARIO SE GLOSARÁ LA CUENTA.	X	
6	El CONTRATISTA debe implementar y mantener activo el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en cumplimiento de lo definido en el Decreto 1011 de 2006.	X	
7	El CONTRATISTA se compromete a presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros diez (10) días del mes siguiente en la Oficina Central de Cuentas de la Jefatura de la Unidad Prestadora de Salud Risaralda, acompañada de la siguiente información: Fecha de prestación del servicio. - Relación de los pacientes atendidos con número de identificación. - Procedimientos realizados de acuerdo al objeto del contrato. - Presentar Factura que cumpla con los requisitos legales vigentes, así como todos los documentos que soporten los eventos facturados en la misma, acompañadas de la Fotocopia del documento de identidad del usuario y carné. Fotocopia de los soportes de la prestación de cada uno de los servicios facturados.	X	
8	El CONTRATISTA dará respuesta oportuna a las glosas realizadas por el Auditor de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Risaralda.	X	
9	El CONTRATISTA designará un funcionario, para que en coordinación con el Supervisor del Contrato vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presenten.	X	
10	**El CONTRATISTA Informar al supervisor del contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un cincuenta (50) por ciento, setenta (70) por ciento. Una vez recibida la información estudiará la viabilidad de adicionar el contrato. De igual manera deberá informar por escrito cuando el contrato se haya ejecutado en un cien (100) por ciento, con el fin de evitar la sobre ejecución del contrato y evitar incurrir en faltas penales**.	X	
11	EL CONTRATISTA debe garantizar lo ofertado en la propuesta presentada, durante la ejecución del contrato.	X	
12	El CONTRATISTA debe responder por la prestación de los servicios objeto del presente contrato y en el caso de que en un momento dado no pueda prestar alguno de ellos, deberá informar a la Jefatura de Sanidad, pero garantizará la prestación del servicio a los usuarios. Así mismo participar con el equipo interdisciplinario de la Unidad Prestadora de Salud Risaralda en la calificación de personal civil beneficiario del subsistema de salud de la Policía Nacional, de igual manera participar en juntas médicas de casos especiales con el médico de referencia, médico especialista de Salud Ocupacional y Ortopedista.	X	
13	Debe realizar los trámites para la legalización del contrato dentro de los tres (03) días hábiles siguientes contados a partir de la firma del Contrato.	X	
14	Cumplir con las obligaciones de pagar mensualmente los aportes de afiliación y cotización a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, cuando a ello haya lugar de acuerdo con el artículo 50 de la ley 789 de 2002, Ley 828 de julio 10 de 2003 y de	X	

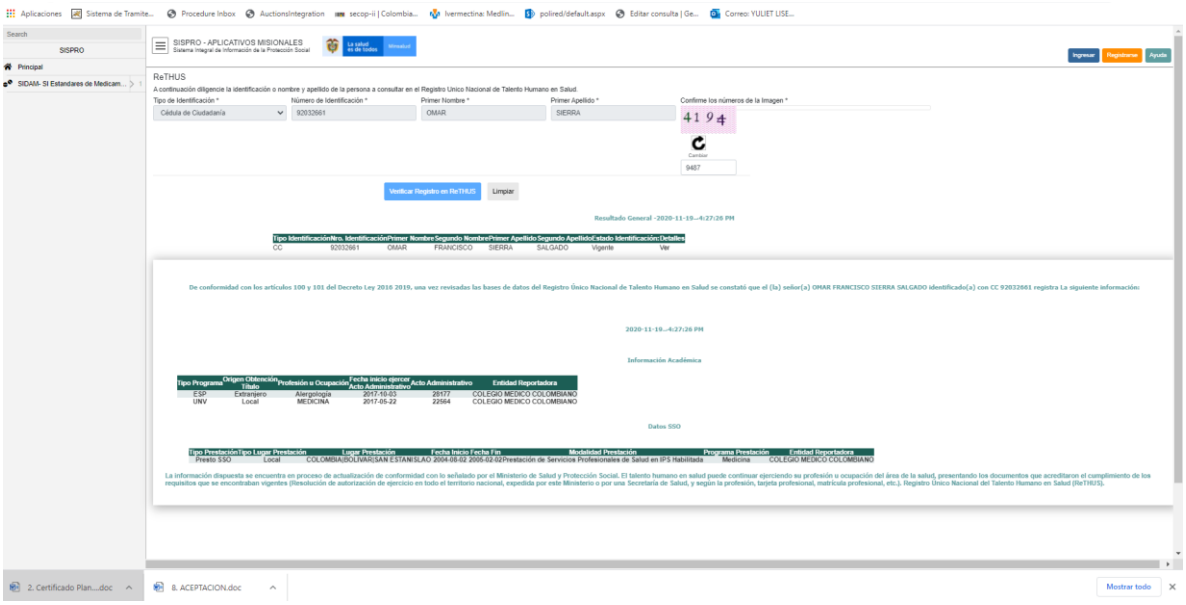
	la Ley 100 de 1993; para tal fin deberá allegar con la correspondiente factura certificación donde conste dicho cumplimiento firmada por el Representante Legal y revisor fiscal si conforme a las normas pertinentes estuviera obligado a tenerlo.		
15	Cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y las normas generales vigentes.	**X**	
16	Adicional a la garantía única el oferente deberá anexar la póliza de responsabilidad médica que adquieren anualmente, que cubra los daños a terceros por responsabilidad civil.	**X**	
17	El CONTRATISTA certificará mediante documento escrito los horarios de atención a nuestros usuarios y beneficiarios, de igual forma especificara la ubicación del lugar donde se prestara dicho servicio.	**X**	

OPORTUNIDAD EN LA ATENCION

ITEM	DESCRIPCION	OPORTUNIDAD	CUMPLE	
			SI	NO
1	CITA DE CONTROL POR PRIMERA VEZ	1 a 10 días	X	
2	CITA DE CONTROL O SEGUIMIENTO	1 a 10 días	X	
3	PROCEDIMIENTOS PROGRAMADOS	1 a 15 días	X	

DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
EXPERIENCIA PROPONENTE EN PRODUCIR O COMERCIALIZAR EL BIEN Y/O OFRECER EL SERVICIO Con el fin de garantizar la calidad de los bienes o servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere acreditar experiencia en proyectos similares al objeto del presente estudio previo, tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos que acrediten la realización de contratos celebrados y ejecutados durante los años (2018 y/o 2019 y/o 2020) de proyectos iguales o similares al presente proceso contractual cuya suma supere el cincuenta por ciento (50%) del presupuesto asignado al presente proceso, con empresas públicas o privadas, para lo cual el oferente deberá presentar máximo tres (3) certificaciones (certificación por contrato) con concepto favorable de la recepción de los contratos. El oferente acreditará la experiencia a través de certificaciones que deben contener la siguiente información: 1) Nombre o razón social del contratante. 2) Nombre o razón social del contratista. 3) Objeto del contrato. 4) Fecha de iniciación del contrato. 5) Valor del contrato. 6) Dirección y número telefónico del contratante <u>No se admiten</u>: -Certificaciones de Subcontrataciones -No se acepta auto certificaciones. -Copias de facturas órdenes de pago etc. -Copias de Contratos. Cuando se certifiquen contratos que se encuentren en ejecución al momento de presentar la oferta, además de la información solicitada en el párrafo anterior, se debe incluir el porcentaje de ejecución a la fecha de expedición de la certificación, el cual será tomado para verificar la experiencia solicitada. En el evento que el oferente presente más de tres (3) certificaciones, la Unidad Prestadora de Salud Risaralda tomará para la verificación y evaluación de la experiencia, únicamente las tres (3) certificaciones de mayor valor, que cumplan con los requisitos exigidos y que se encuentren relacionadas. Este aspecto se verificara en el **Anexo 2** Especificaciones Técnicas Mínimas. NOTA: EN CASO DE QUE EL OFERENTE HAYA FIRMADO CONTRATOS CON LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 3, EL DEPARTAMENTO POLICÍA RISARALDA O EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CALDAS, NO ES OBLIGATORIO QUE SE ANEXE CERTIFICACIÓN SOLAMENTE CON ENUNCIAR EL CONTRATO OBJETO Y VALOR, LA UNIDAD VERIFICARA LA INFORMACIÓN, SEGÚN LA LEY ANTITRÁMITE 019 DE DEL 2012.	**X**	
COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS	**X**	

NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO Con el fin de garantizar la idoneidad, el oferente deberá certificar mediante documento escrito firmado por él representante legal de la entidad y/o nombre propio si es persona natural, que cuenta con la preparación y títulos de idoneidad para el ejercicio de su actividad y además deberá aportar la siguiente documentación: Concerniente al Objeto a contratar. • Fotocopia del Diploma y acta de grado que acredite la especialidad en medicina (alergología). • Fotocopia de la Inscripción departamental de Salud. • Fotocopia Tarjeta Profesional. • Inscripción en el RETHUS		
EXPERIENCIA El oferente certificará mediante documento escrito firmado por el representante legal, que para la prestación del servicio dispondrá de cómo mínimo un (1) especialista en alergología, con experiencia mínima de un año en el área específica.	**X**	
CAPACIDAD OPERATIVA El oferente deberá certificar mediante documento escrito firmado por el representante legal de la entidad, y/o nombre propio si es persona natural, que cuenta con toda la infraestructura de instalaciones, capacidad técnica, tecnológica y talento humano para prestar los servicios que oferta. Igualmente certificará que sus instalaciones y equipos cumplen con los estándares mínimos de habilitación y calidad para la prestación de sus servicios que oferta.	**X**	
REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DEPARTAMENTAL Con el fin de verificar los servicios habilitados por la entidad, el oferente deberá adjuntar copia d**e la certificación de la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud, VIGENTE.** En donde se identifican los servicios habilitados para la prestación de sus servicios del grupo a ofertar.	**X**	





REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES

Nit:NI
Cédula ciudadanía:CC
Cédula extranjería:CE: NI 900765175 - 8

Naturaleza Jurídica: Privada

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Departamento	Risaralda	Municipio	PEREIRA
Código de Prestador	6600102077 - 01		
Nombre del Prestador	ALERGOSALUD SAS		
Clase de Prestador	Instituciones - IPS	Empresa Social del Estado	
Dirección	Cra 19 n 8-13 Consultorio 203 - 204 Edificio TRIPOLI		
Teléfono(s)	3171777 - 3122941643		
Fax			
Correo Electrónico	alergosalud@gmail.com		
Razón Social	ALERGOSALUD SAS		
Representante Legal	JUAN DAVID BELTRAN RENGIFO		
Nivel Atención Prestador		Carácter Territorial	
Fecha de Inscripción	20150729	Fecha de Vencimiento	20201125

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: jueves 19 de noviembre de 2020 (4:30 p. m.)





REGISTRO ACTUAL - SEDES DE PRESTADORES

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES

NIT/CC: 900765175 - 8

Naturaleza Jurídica: Privada

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

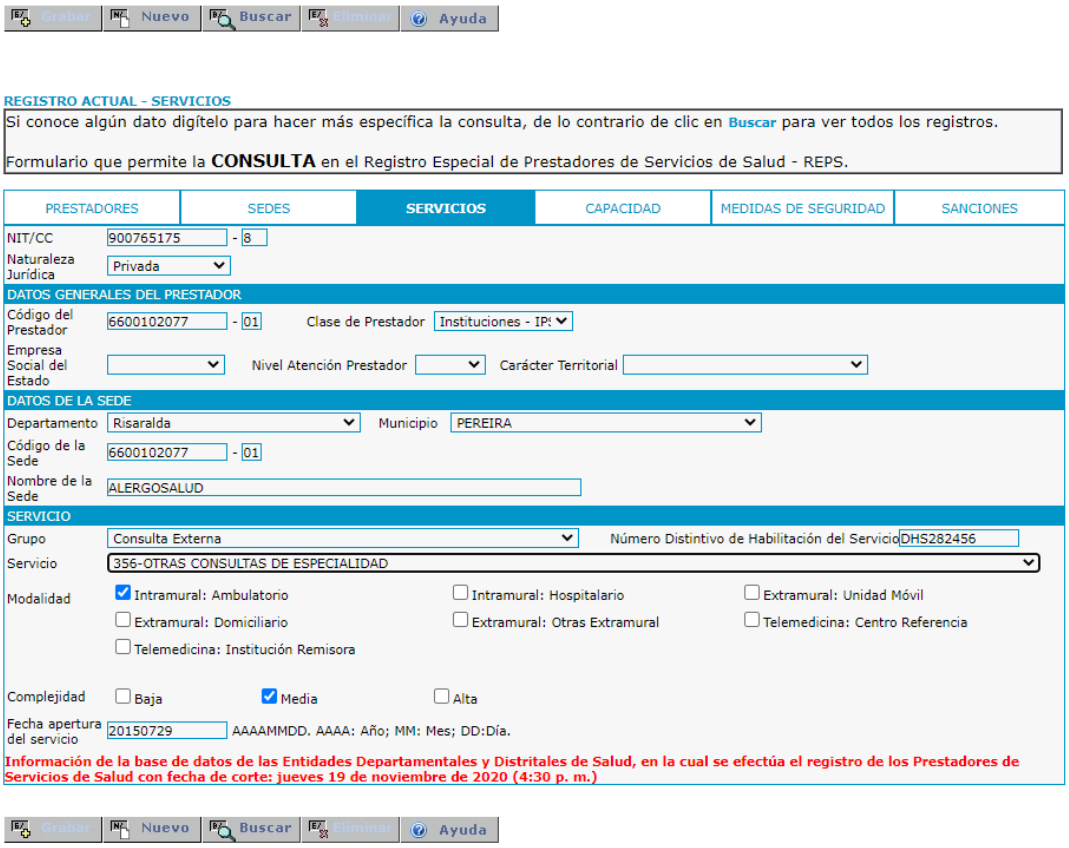
Departamento	Risaralda	Municipio	PEREIRA
Código de Prestador	6600102077 - 01		
Nombre del Prestador	ALERGOSALUD SAS		
Clase de Prestador	Instituciones - IPS	Carácter Territorial	
Empresa Social del Estado		Nivel Atención Prestador	

DATOS DE LA SEDE

Departamento	Risaralda	Municipio	PEREIRA
Código de la Sede	6600102077 - 01	Sede principal	SI
Nombre de la Sede	ALERGOSALUD		
Gerente	JUAN DAVID BELTRAN RENGIFO	Zona	URBANA
Dirección	Cra 19 n 8-13 Consultorio 203 - 204 Edificio TRIPOLI	Barrio	CIRCUNVALAR
Centro poblado		Fax	
Teléfono(s)	3171777 - 3122941643	Correo Electrónico	alergosalud@gmail.cor
Fecha de Apertura	20150729		

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: jueves 19 de noviembre de 2020 (4:31 p. m.)





Por lo anteriormente expuesto el presente comité Técnico manifiesta que la propuesta presentada por **ALERGOSALUD SAS** identificado con el NIT. 900.765.175-8, **CUMPLE** con la totalidad de requisitos económicos, solicitados dentro del presente proceso de selección **PN RASES No 3. MIC 044 2020.**

GRUPO 2 UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CALDAS

2. Verificación de los requisitos indicados en la solicitud de oferta**.**

ALEXANDRA GOMEZ GARCIA
Identificado con CC. 34.001.105 expedida en Villamaría- Caldas
Dirección: Edificio Multiplaza Cra 21 # 64A-33 consultorio 410
Teléfono: 302 4454268- 8934216
Ciudad: Manizales- Caldas
Correo electrónico: alexa.gomez81@hotmail.com

ITEM	CUPS	DESCRIPCION	OFERTA	NO OFERTA
1	890225	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA	X	
2	890325	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA	X	

3	991202	INMUNOTERAPIA CON EXTRACTO ALERGÉNICO POR VÍA SUBCUTÁNEA.	X	
4	991203	INMUNOTERAPIA CON EXTRACTO ALERGÉNICO POR VÍA SUBLINGUAL.	X	
5	991205	INDUCCIÓN DE TOLERANCIA ORAL A ALIMENTO	X	
6	893910B	PRUEBA DE SENSIBILIZACIÓN CON ALERGENICO POR VÍA ORAL (PROVOCACION)	X	
7	893912B	PRUEBA DE SENSIBILIZACIÓN CON ALERGENICO VÍA PARENTERAL (PROVOCACION)	X	
8	860201	PRUEBA INTRADÉRMICA DE ALERGIA	X	
9	860202	PRUEBA EPICUTÁNEA DE ALERGIA (PRUEBA DE PARCHE)	X	
10	860203	PRUEBA INTRAEPIDÉRMICA DE ALERGIA CON ESCARIFICACIÓN O PUNTURA (AEROALERGENOS ALIMENTOS VENENOS DE INSECTOS O MEDICAMENTOS)	X	
11	860210	ESTUDIO FOTOBIOLÓGICO (FOTOPARCHE)	X	

OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES

ITEM	CONDICIONES DEL SERVICIO	OFRECE	
		SI	NO
1	Efectuar la Prestación del Servicio de acuerdo a los protocolos establecidos técnica y científicamente en el ámbito nacional consignados en el acuerdo No. 002 por el cual se establece el plan de servicios de sanidad militar y policial y el instructivo 009 del 6 de marzo de 2014 el cual establece el modelo de atención en salud familiar con enfoque de riesgo de la policía nacional lineamientos para la red externa.	**X**	
2	Prestar los servicios durante el plazo de ejecución del contrato de acuerdo a lo informado en el portafolio de servicios, en las instalaciones de acuerdo a los pliegos de condiciones y de acuerdo a la oferta presentada, los cuales hacen parte integral del presente documento.	**X**	
3	Prestar los servicios sin ningún tipo de discriminación y con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano, profesional, tecnólogo y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, la moral y las buenas costumbres.	**X**	
4	**El CONTRATISTA** debe permitir el acceso a los Auditores de la Policía Nacional, así mismo permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley y permitirle realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual, mediante verificaciones periódicas a la institución, verificando las condiciones locativas, y el recurso humano disponible para el desarrollo del presente contrato.	**X**	
5	Atender al Usuario de acuerdo con la orden de servicios expedida por el médico de referencia y Contrareferencia de la Unidad Prestadora de Salud Risaralda, previa presentación del carné de la Policía y el documento de identificación DEBIDAMENTE ACTUALIZADOS, CASO CONTRARIO SE GLOSARÁ LA CUENTA.	**X**	
6	El CONTRATISTA debe implementar y mantener activo el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en cumplimiento de lo definido en el Decreto 1011 de 2006.	**X**	
7	El CONTRATISTA se compromete a presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros diez (10) días del mes siguiente en la Oficina Central de Cuentas de la Jefatura de la Unidad Prestadora de Salud Risaralda, acompañada de la siguiente información: Fecha de prestación del servicio. - Relación de los pacientes atendidos con número de identificación. - Procedimientos realizados de acuerdo al objeto del contrato. - Presentar Factura que cumpla con los requisitos legales vigentes, así como todos los documentos que soporten los eventos facturados en la misma, acompañadas de la Fotocopia del documento de identidad del usuario y carné. Fotocopia de los soportes de la prestación de cada uno de los servicios facturados.	**X**	
8	El CONTRATISTA dará respuesta oportuna a las glosas realizadas por el Auditor de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Risaralda.	**X**	
9	El CONTRATISTA designará un funcionario, para que en coordinación con el Supervisor del Contrato vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presenten.	**X**	
10	**El CONTRATISTA Informar al supervisor del contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un cincuenta (50) por ciento, setenta (70) por ciento. Una vez recibida la información estudiará la viabilidad de adicionar el contrato. De igual manera deberá**	**X**	

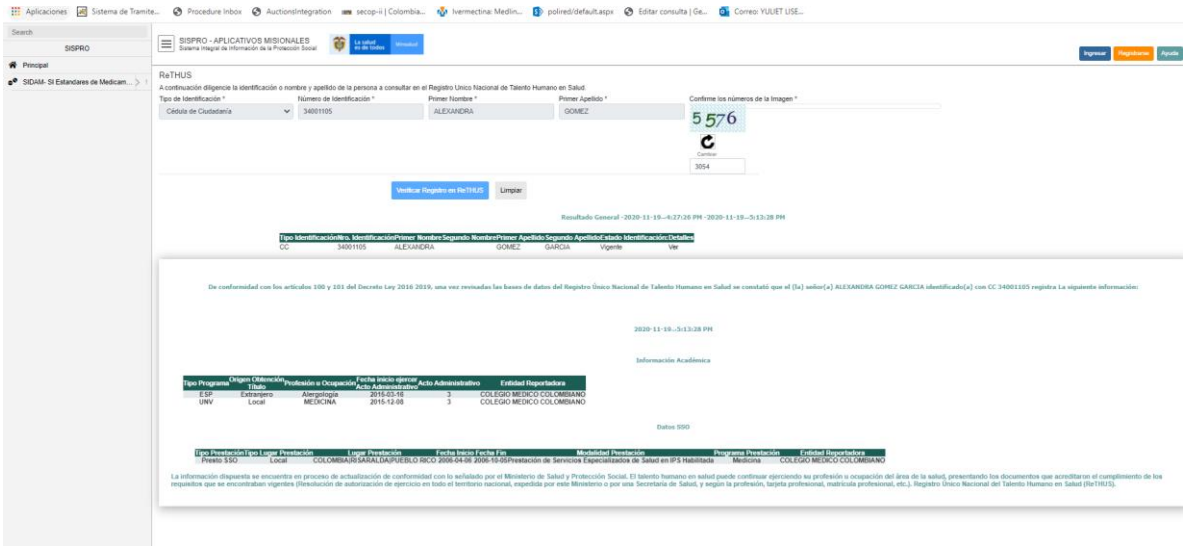
	informar por escrito cuando el contrato se haya ejecutado en un cien (100) por ciento, con el fin de evitar la sobre ejecución del contrato y evitar incurrir en faltas penales.		
11	EL CONTRATISTA debe garantizar lo ofertado en la propuesta presentada, durante la ejecución del contrato.	**X**	
12	El CONTRATISTA debe responder por la prestación de los servicios objeto del presente contrato y en el caso de que en un momento dado no pueda prestar alguno de ellos, deberá informar a la Jefatura de Sanidad, pero garantizará la prestación del servicio a los usuarios. Así mismo participar con el equipo interdisciplinario de la Unidad Prestadora de Salud Risaralda en la calificación de personal civil beneficiario del subsistema de salud de la Policía Nacional, de igual manera participar en juntas médicas de casos especiales con el médico de referencia, médico especialista de Salud Ocupacional y Ortopedista.	**X**	
13	Debe realizar los trámites para la legalización del contrato dentro de los tres (03) días hábiles siguientes contados a partir de la firma del Contrato.	**X**	
14	Cumplir con las obligaciones de pagar mensualmente los aportes de afiliación y cotización a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, cuando a ello haya lugar de acuerdo con el artículo 50 de la ley 789 de 2002, Ley 828 de julio 10 de 2003 y de la Ley 100 de 1993; para tal fin deberá allegar con la correspondiente factura certificación donde conste dicho cumplimiento firmada por el Representante Legal y revisor fiscal si conforme a las normas pertinentes estuviera obligado a tenerlo.	**X**	
15	Cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y las normas generales vigentes.	**X**	
16	Adicional a la garantía única el oferente deberá anexar la póliza de responsabilidad médica que adquieren anualmente, que cubra los daños a terceros por responsabilidad civil.	**X**	
17	El CONTRATISTA certificará mediante documento escrito los horarios de atención a nuestros usuarios y beneficiarios, de igual forma especificará la ubicación del lugar donde se prestará dicho servicio.	**X**	

OPORTUNIDAD EN LA ATENCION

ITEM	DESCRIPCION	OPORTUNIDAD	CUMPLE	
			SI	NO
1	CITA DE CONTROL POR PRIMERA VEZ	1 a 10 días		X
2	CITA DE CONTROL O SEGUIMIENTO	1 a 10 días		X
3	PROCEDIMIENTOS PROGRAMADOS	1 a 15 días		X

DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
EXPERIENCIA PROPONENTE EN PRODUCIR O COMERCIALIZAR EL BIEN Y/O OFRECER EL SERVICIO Con el fin de garantizar la calidad de los bienes o servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere acreditar experiencia en proyectos similares al objeto del presente estudio previo, tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos que acrediten la realización de contratos celebrados y ejecutados durante los años (2018 y/o 2019 y/o 2020) de proyectos iguales o similares al presente proceso contractual cuya suma supere el cincuenta por ciento (50%) del presupuesto asignado al presente proceso, con empresas públicas o privadas, para lo cual el oferente deberá presentar máximo tres (3) certificaciones (certificación por contrato) con concepto favorable de la recepción de los contratos. El oferente acreditará la experiencia a través de certificaciones que deben contener la siguiente información: 1) Nombre o razón social del contratante. 2) Nombre o razón social del contratista. 3) Objeto del contrato. 4) Fecha de iniciación del contrato. 5) Valor del contrato. 6) Dirección y número telefónico del contratante <u>No se admiten</u>: -Certificaciones de Subcontrataciones -No se acepta auto certificaciones. -Copias de facturas órdenes de pago etc. -Copias de Contratos.	**X**	

Cuando se certifiquen contratos que se encuentren en ejecución al momento de presentar la oferta, además de la información solicitada en el párrafo anterior, se debe incluir el porcentaje de ejecución a la fecha de expedición de la certificación, el cual será tomado para verificar la experiencia solicitada. En el evento que el oferente presente más de tres (3) certificaciones, la Unidad Prestadora de Salud Risaralda tomará para la verificación y evaluación de la experiencia, únicamente las tres (3) certificaciones de mayor valor, que cumplan con los requisitos exigidos y que se encuentren relacionadas. Este aspecto se verificará en el **Anexo 2** Especificaciones Técnicas Mínimas. NOTA: EN CASO DE QUE EL OFERENTE HAYA FIRMADO CONTRATOS CON LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 3, EL DEPARTAMENTO POLICÍA RISARALDA O EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CALDAS, NO ES OBLIGATORIO QUE SE ANEXE CERTIFICACIÓN SOLAMENTE CON ENUNCIAR EL CONTRATO OBJETO Y VALOR, LA UNIDAD VERIFICARA LA INFORMACIÓN, SEGÚN LA LEY ANTITRÁMITE 019 DE DEL 2012.		
COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS **NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO** Con el fin de garantizar la idoneidad, el oferente deberá certificar mediante documento escrito firmado por él representante legal de la entidad y/o nombre propio si es persona natural, que cuenta con la preparación y títulos de idoneidad para el ejercicio de su actividad y además deberá aportar la siguiente documentación: Concerniente al Objeto a contratar. • Fotocopia del Diploma y acta de grado que acredite la especialidad en medicina (alergología). • Fotocopia de la Inscripción departamental de Salud. • Fotocopia Tarjeta Profesional. • Inscripción en el RETHUS	**X**	
EXPERIENCIA El oferente certificará mediante documento escrito firmado por el representante legal, que para la prestación del servicio dispondrá de cómo mínimo un (1) especialista en alergología, con experiencia mínima de un año en el área específica.	**X**	
CAPACIDAD OPERATIVA El oferente deberá certificar mediante documento escrito firmado por el representante legal de la entidad, y/o nombre propio si es persona natural, que cuenta con toda la infraestructura de instalaciones, capacidad técnica, tecnológica y talento humano para prestar los servicios que oferta. Igualmente certificará que sus instalaciones y equipos cumplen con los estándares mínimos de habilitación y calidad para la prestación de sus servicios que oferta.	**X**	
REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DEPARTAMENTAL Con el fin de verificar los servicios habilitados por la entidad, el oferente deberá adjuntar copia d**e la certificación de la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud, VIGENTE.** En donde se identifican los servicios habilitados para la prestación de sus servicios del grupo a ofertar.	**X**	



Grabar | Nuevo | Buscar | Eliminar | Ayuda

REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES

Nit:NI Cédula ciudadanía:CC Cédula extranjería:CE	CC	34001105	-	0
Naturaleza Jurídica	Privada			

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Departamento	Caldas	Municipio	MANIZALES
Código de Prestador	1700102289 - 01		
Nombre del Prestador	ALEXANDRA GOMEZ GARCIA		
Clase de Prestador	Profesional Independiente	Empresa Social del Estado	
Dirección	CRA 21 #64 A 33 EDIFICIO MULTIPLAZA CONSULTORIO 410		
Teléfono(s)	8934216 -3024454268		
Fax			
Correo Electrónico	alexa.gomez81@hotmail.com		
Razón Social	ALEXANDRA GOMEZ GARCIA		
Representante Legal			
Nivel Atención Prestador		Carácter Territorial	
Fecha de Inscripción	20160211	Fecha de Vencimiento	20201125

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: jueves 19 de noviembre de 2020 (5:11 p. m.)

Grabar | Nuevo | Buscar | Eliminar | Ayuda



REGISTRO ACTUAL - SEDES DE PRESTADORES

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | **SEDES** | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT/CC	34001105 - 0		
Naturaleza Jurídica	Privada		
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR			
Departamento	Caldas	Municipio	MANIZALES
Código de Prestador	1700102289 - 01		
Nombre del Prestador	ALEXANDRA GOMEZ GARCIA		
Clase de Prestador	Profesional Independiente	Carácter Territorial	
Empresa Social del Estado		Nivel Atención Prestador	
DATOS DE LA SEDE			
Departamento	Caldas	Municipio	MANIZALES
Código de la Sede	1700102289 - 01	Sede principal	SI
Nombre de la Sede	ALEXANDRA GOMEZ GARCIA		
Gerente		Zona	URBANA
Dirección	CRA 21 #64 A 33 EDIFICIO MULTIPLAZA CONSULTORIO 410	Barrio	
Centro poblado	MANIZALES	Fax	
Teléfono(s)	8815876	Correo Electrónico	alexa.gomez81@hotm
Fecha de Apertura	20160211		

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: jueves 19 de noviembre de 2020 (5:11 p. m.)





REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | **SERVICIOS** | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT/CC	34001105 - 0		
Naturaleza Jurídica	Privada		
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR			
Código del Prestador	1700102289 - 01	Clase de Prestador	Profesional Indep
Empresa Social del Estado		Nivel Atención Prestador	Carácter Territorial
DATOS DE LA SEDE			
Departamento	Caldas	Municipio	MANIZALES
Código de la Sede	1700102289 - 01		
Nombre de la Sede	ALEXANDRA GOMEZ GARCIA		
SERVICIO			
Grupo	Consulta Externa	Número Distintivo de Habilitación del Servicio	DHS332642
Servicio	356-OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD		

Modalidad:
- [x] Intramural: Ambulatorio
- [ ] Intramural: Hospitalario
- [ ] Extramural: Unidad Móvil
- [ ] Extramural: Domiciliario
- [ ] Extramural: Otras Extramural
- [ ] Telemedicina: Centro Referencia
- [ ] Telemedicina: Institución Remisora

Complejidad: [ ] Baja [x] Media [ ] Alta

Fecha apertura del servicio: 20160211 AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: jueves 19 de noviembre de 2020 (5:12 p. m.)



Por lo anteriormente expuesto el presente comité Técnico manifiesta que la propuesta presentada por la señora **ALEXANDRA GOMEZ** identificada con cedula de ciudadanía No 34.001.105 expedida en Villamaría- Caldas, **CUMPLE** con la totalidad de requisitos Técnicos, solicitados dentro del presente proceso de selección **PN RASES No 3. MIC 044 2020.**

Atentamente,

MARILYN PAULINE URBINA URBINA
Medico Auditor Referencia y Contrareferencia
Evaluador Técnico

Elaborado por: MARILYN PAULINE URBINA URBINA
Fecha de elaboración 26/02/2020
Ubicación: C:\Users\ CONTRATOS 2020

Calle 94 Avenida Villa Olímpica -Frente a Expofuturo
Teléfono: 3164770 ext. 8307
deris.rase3-aut@policía.gov.co
www.policia.gov.co