MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO DE ORIENTE

Villavicencio, 11 de marzo de 2026

Señor teniente coronel
ORLANDO ALEXANDER JIMENEZ TORREGROSA
Director Dispensario Médico Oriente

Asunto: Reevaluación técnica de los documentos requeridos en el de **PROCESO MÍNIMA CUANTÍA No. MI-017-DMORI-2026, CUYO OBJETO ES "PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL DISPENSARIO MEDICO DE ORIENTE**

Se permite iniciar la evaluación de los documentos presentados por el oferente:

CLINICA VIVE LTDA NIT. 900450008-3 Representada legalmente por el sr **HECTOR ARMANDO PACHECO PACHECO** identificado con cedula No C.C. 6.773.329 de Tunja

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS REQUERIDAS Y DOCUMENTOS TÉCNICOS OBJETO DE VERIFICACIÓN.

Las especificaciones técnicas mínimas requeridas son de obligatorio cumplimiento, de no hacerlo la propuesta será considerada no apta técnicamente.

Realizado el análisis y la evaluación por parte del Comité Técnico Estructurador, se establecieron las especificaciones técnicas correspondientes, el futuro proponente deberá presentar constancia donde el Representante Legal certifique que cumplirá con todas las especificaciones técnicas descritas en el presente documento. CUMPLE (SI/NO), el proponente deberá marcar con una X, si cumple o no con los siguientes requisitos, las cuales se encuentran establecidas en la siguiente tabla:

					CUMPLE	
ITEM	CUPS	DESCRIPCION DETALLADA DE LOS SERVICIOS	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD REQ.	SI	NO
1	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	1	A NECESIDAD	X	
2	890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	1	A NECESIDAD	X	
3	890285	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	1	A NECESIDAD	X	
4	890385	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	1	A NECESIDAD	X	
5	940101	ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA DE INTELIGENCIA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	1	A NECESIDAD	X	
6	940201	ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	1	A NECESIDAD	X	
7	940701	ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	1	A NECESIDAD	X	
8	S11201	INTERNACION EN SERVICIO COMPLEJIDAD MEDIANA, HABITACION UNIPERSONAL	1	A NECESIDAD	X	
9	S12710	INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD MEDIANA UNIPERSONAL	1	A NECESIDAD	X	
10	131M02	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL (INCLUYE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS) COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACIÓN BIPERSONAL	1	A NECESIDAD	X	
11	890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	1	A NECESIDAD	X	

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO DE ORIENTE

ITEM	CUPS	DESCRIPCION DETALLADA DE LOS SERVICIOS	UNIDAD MEDIDA	CANTIDAD REQ.	CUMPLE SI	CUMPLE NO
12	890605	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR ENFERMERIA	1	A NECESIDAD	X	
13	890606	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICION Y DIETETICA. INCLUYE: VALORACION NUTRICIONAL, MANEJO DIARIO Y MONITOREO DIETARIO CON NUTRICION ENTERAL, PARENTERAL, SUPLEMENTACION DE VIA ORAL O REGIMEN DIETETICO ESPECIAL A LOS PACIENTES QUE LO REQUIERAN	1	A NECESIDAD	X	
14	890609	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TRABAJO SOCIAL. INCLUYE: ASESORIA Y ORIENTACION, REUBICACION EXTRAINSTITUCIONAL DE PACIENTES INTERNADOS EN LOS CASOS CRITICOS IDENTIFICADOS:	1	A NECESIDAD	X	
15		LABORATORIO CLÍNICO INTRAHOSPITALARIO	1	A NECESIDAD	X	
16		MEDICAMENTOS MANEJO INTRAHOSPITALARIO	1	A NECESIDAD	X	
17		DIETAS HOSPITALARIAS	1	A NECESIDAD	X	
		OTROS SERVICIOS				
1	944906	INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL.	1	A NECESIDAD	X	
2	943101	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRA, SESIÓN	1	A NECESIDAD	X	
3	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICÓLOGO, SESIÓN	1	A NECESIDAD	X	
4	944201	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSIQUIATRA, SESIÓN	1	A NECESIDAD	X	
5	890608	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR PSICOLOGIA	1	A NECESIDAD	X	
6	944301	TERAPIA DE REHABILITACION COGNITIVA. INCLUYE: AQUELLAS CON USO DE DISPOSITIVO	1	A NECESIDAD	X	

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO	CUMPLE SI	CUMPLE NO	OBSERVACION
• **<u>CERTIFICACIÓN DE CALIDAD DEL SERVICIO.</u>** El proponente deberá certificar que cuenta con los siguientes programas, indicadores, estrategias y protocolos y si es del caso anexar la documentación necesaria a la propuesta: • Contar con programas de auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC). • Tener debidamente documentado los programas de bioseguridad y seguridad del paciente. • Documentar las estrategias para responder a las inconformidades que se presenten de la prestación del servicio a los usuarios y contar con los formatos para aplicar las acciones de mejora, en caso de presentarse inconformidades. Lo anterior sin prejuicio a las responsabilidades civiles que como prestadores del servicio se deriven de esta actividad. • Presentar Modelo de atención fundamentado en desarrollo de proyecto de vida • Presentar protocolos, guías de manejo y procedimientos que la entidad manejan en Psiquiatría. • Aportar el Registro especial de Prestadores de Servicios de Salud. • Certificar por escrito que podrán brindar atención primaria básica en salud (primeros auxilios) con el recurso técnico y humano necesario para la atención de los menores beneficiarios	X		
CERTIFICADO REPORTE RIPS: El Contratista deberá presentar con la cuenta el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS (en medio magnético), conforme lo establecido en las Resolución Numero 3374 DE 2000 (Diciembre 27) Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados, modificada por la resolución 1531 del 28 de abril de 2014, expedidas por el ministerio de la salud y protección social.	X		SUBSANÓ
CERTIFICADO DE HABILITACIÓN: El oferente debe adjuntar soporte del Registro Especial de Prestadores de Salud, según lo contemplado por el Ministerio de Salud y de Protección Social y todas aquellas normas legales que deroguen, modifiquen o establezcan estándares de habilitación para la prestación de servicios de salud sin	X		

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO DE ORIENTE

<table>
<tr><th rowspan="2">ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO</th><th colspan="2">CUMPLE</th><th rowspan="2">OBSERVACION</th></tr>
<tr><th>SI</th><th>NO</th></tr>
<tr><td>causar traumatismo en la prestación del mismo. Dando aplicación a lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y de la Protección Social.

De acuerdo con lo anterior debe presentar el certificado de Registro en el Sistema Único de Habilitación vigente expedido por la secretaria de Salud, para cada servicio ofertado los cuales deben estar inscritos y habilitados al momento de presentar la propuesta y mantener dicha habilitación vigente durante la ejecución del contrato que se llegase a celebrar, el cual deberá estar vigente. tanto para el punto principal, así como los puntos satélites y la red de apoyo.

• 131 HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL.
• 132 HOSPITALIZACIÓN PARCIAL
• 135 HOSPITALIZACIÓN EN CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
• 138 CUIDADO BÁSICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
• 312 ENFERMERÍA
• 328 MEDICINA GENERAL
• 344 PSICOLOGÍA
• 345 PSIQUIATRÍA
• 714 SERVICIO FARMACÉUTICO

El comité evaluador deberá cotejar en el Registro especial de Prestadores de Servicios de Salud, esto con el fin de establecer que los posibles oferentes se encuentren debidamente habilitados certificados para la prestación de los servicios que serán objeto del presente proceso de contratación.</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>CERTIFICADO CAPACIDAD OPERATIVA: Certificado que soporte la suficiencia para prestar los servicios a contratar (capacidad instalada versus población a atender) suscrito por el representante legal.</td><td>X</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>CERTIFICADO DE AUDITORIA INTERNA, el oferente deberá certificar que posee un sistema de Auditoría interna que este en contacto con el Auditor de Cuentas delegado por el Área de Sanidad Villavicencio para el control y supervisión del contrato.</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>SISTEMA DE REFERENCIA Y ATENCION AL USUARIO, El oferente debe presentar modelo o protocolo donde se evidencie que cuenta con un sistema estructurado de referencia, contra-referencia y atención al usuario, cuyo proceso y operación será informado al contratante.</td><td></td><td>X</td><td>NO SUBSANÓ</td></tr>
<tr><td>CERTIFICADO DE PRIMEROS AUXILIOS, El oferente deberá Certificar por escrito que podrán brindar atención primaria básica en salud (primeros auxilios) con el recurso técnico y humano necesario para la atención de los menores beneficiarios.</td><td></td><td>X</td><td>NO SUBSANÓ</td></tr>
<tr><td>PROTOCOLOS Y GUIAS, El oferente deberá Presentar protocolos, guías de manejo y procedimientos que la entidad maneja de acuerdo a los servicios ofertados.</td><td></td><td>X</td><td>NO SUBSANÓ</td></tr>
<tr><td>PROGRAMA DE BIOSEGURIDAD, El oferente deberá anexar el programa, protocolo o guía de manejo de bioseguridad en el paciente.</td><td></td><td>X</td><td>NO SUBSANÓ</td></tr>
<tr><td>• PORTAFOLIO DE SERVICIOS: El proponente deberá adjuntar el portafolio de servicios actualizado de la entidad, el cual debe ser detallado por cada servicio y con la totalidad de los procedimientos ofrecidos a la entidad, de acuerdo con lo establecido en la”. Resolución No 002775 de 2022, “por lo cual se establece la Clasificación Única de Procedimientos de Salud – CUPS para la vigencia 2025.

<table>
<tr><th>SERVICIOS Y/O ESPECIALIDAD</th><th>ITEM</th><th>CUPS</th><th>DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS SERVICIOS</th></tr>
<tr><td rowspan="2">PSIQUIATRÍA</td><td>1</td><td>890284</td><td>CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA</td></tr>
<tr><td>2</td><td>890384</td><td>CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA</td></tr>
</table>
El portafolio deberá además contener:
Horario de atención y días de atención por cada especialidad</td><td>X</td><td></td><td></td></tr>
</table>

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO DE ORIENTE

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO	CUMPLE		OBSERVACION
	SI	NO	
1. Información de la IPS • Nombre, NIT, correo electrónico institucional, persona de contacto con número de teléfono y correo electrónico, fax, dirección, nivel de complejidad. **2. Información detallada sobre la Infraestructura física y tecnológica:** • Número de consultorios de consulta externa por cada especialidad • Servicios ofrecidos en urgencias (número de camas, número de cunas, sala de observación, etc). • Capacidad Instalada, Número de camas por servicio En general información discriminada de la totalidad de los servicios, especialidades y procedimientos que ofrecen			
DISPONIBILIDAD PARA LA ATENCIÓN: Se requiere que los servicios de atención e internación en unidad de salud mental ofertados, certifiquen mediante escrito que cuenta con la capacidad administrativa, logística y operacional necesaria para la prestar los servicios ofertados, en los horarios de lunes a domingo las 24 horas.	X		
TALENTO HUMANO: El oferente conforme a certificación suscrita por el representante legal mantendrá como mínimo el siguiente personal durante toda la presentación de la propuesta y ejecución del contrato para lo cual deberá diligenciar el formato de idoneidad del recurso humano: **ITEM** / **PERFIL** / **CANTIDAD** 1 — Psiquiatras — 2 2 — Médicos Generales — 3 3 — Psicólogo Clínico — 1 4 — Profesional en Salud Ocupacional — 1 5 — Enfermeros — 3 6 — Auxiliares de Enfermería — 6 7 — Trabajador Social — 1 El proponente deberá presentar las hojas de vida de cada uno del recurso humano ofertado dentro de la propuesta, junto con la siguiente información: • Cedula. • Diploma y acta de grado (profesional o técnico). • Diploma de grado especialista (cuando aplique). • Registro RETHUS. • Certificación de experiencia profesional o técnica mínima de seis (6) meses de cada uno del recurso humano ofertado. **Nota 1:** El contratista se compromete a cubrir el servicio en caso de que se requiera con más personal de las mismas características, sin que implique costo adicional para el Dispensario Médico de Oriente.	X		
• **EXPERIENCIA GENERAL DEL OFERENTE** Los proponentes deberán acreditar experiencia, con Contratos de prestación de servicios de salud de iguales o similares características a los requeridos para el presente proceso, celebrados y ejecutados con Instituciones públicas o privadas en donde especifiquen el cumplimiento a satisfacción por parte del contratante, y cuya sumatoria sea igual o mayor al valor total al presupuesto asignado. Para el efecto diligenciará el formulario determinado en el pliego de condiciones “Experiencia Habilitante del Proponente” de acuerdo con los siguientes parámetros: a) La información suministrada, se entiende bajo la gravedad de juramento y debe ser correlativa a la documentación aportada. b) El formulario debe ir firmado por el representante legal del proponente y/o suplente c) Anexar los soportes que demuestren la acreditación de la experiencia requerida en el formulario.	X		

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO DE ORIENTE

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO	CUMPLE		OBSERVACION
	SI	NO	
El oferente deberá acreditar con la certificación contractual, acta de terminación o acta de liquidación con recibo a satisfacción los contratos celebrados, los cuales deberá contener e indicar como mínimo la siguiente información: • Nombre o razón social del contratante. • Objeto del contrato. • Fecha de iniciación (día, mes y año) • Fecha de terminación (día, mes y año) • Valor del contrato. (Cada contrato deberá contar con un valor igual o mayor al presupuesto oficial estimado para la presente contratación.) • Valor ejecutado. (Cada contrato deberá contar con un valor igual o mayor al presupuesto oficial estimado para la presente contratación.) • Dirección y teléfono de la Entidad o persona contratante, donde se pueda verificar la información suministrada. • Firma del Representante Legal de la entidad contratante.			

CONCLUSIÓN: Se informa al oferente **CLINICA VIVE LTDA NIT. 900450008-3** Representada legalmente por el sr **HECTOR ARMANDO PACHECO PACHECO** identificado con cedula No C.C. 6.773.329 de Tunja, quien se presentó dentro del proceso de **MI-017-DMORI-2026**, que **NO CUMPLE** con los requisitos técnicos establecidos en la Invitación Pública, razón por la cual **SE ENCUENTRA INMERSO EN CAUSAL DE RECHAZO DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA INVITACIÓN PÚBLICA.**

CAUSALES DE RECHAZO:

Son causales para el rechazo de las propuestas, las siguientes:

J. Cuando la oferta este incompleta en cuanto omitan la inclusión de información o de alguno de los documentos necesarios para la comparación objetiva de las propuestas y solicitada su aclaración, no se presente o se presente en forma incompleta, extemporánea o insuficiente las aclaraciones solicitadas dentro del término establecido por la Ley 1882 de 2018.

Por lo tanto se encuentra RECHAZADA su oferta.

Cordialmente;

Angie Cáceres Mejia

ST. CACERES MEJIA ANGIE DANIELA
Técnico Evaluador

DMORI