MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5
GRUPO REGIONAL SOPORTE TECNICO Y SEGUIMIENTO ALTO IMPACTO

No. GS-2026-04/2293-DESAN / ARGES–GUSAI 20.1

Floridablanca, 25 de febrero de 2026

Señor capitán
OSCAR JAVIER MERINO CHAMORRO
Jefe Grupo de Contratos RASES No. 5
Trasversal 154 No. 24 - 147
Floridablanca-Santander

Asunto: Evaluación Técnica al proceso PN **RASES N.º 5 SA MC 003 2026**

VERIFICACIÓN DEL PROCESO PN RASES N.º 5 SA MC 001 2026, CUYO OBJETO ES PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, DEBIDAMENTE HABILITADOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE, DIRIGÍDOS A LA ATENCIÓN DE LAS ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES DE GINECOOBSTETRICIA Y PEDIATRÍA, INCLUYENDO NEONATOLOGÍA, ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA, HOSPITALIZACIÓN GENERAL Y PEDIÁTRICA, UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO E INTERMEDIO EN ADULTOS, PEDIÁTRICOS Y NEONATALES, CUIDADO BÁSICO NEONATAL, CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA, SERVICIOS QUIRÚRGICOS, URGENCIAS, APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA. EL OBJETO INCLUYE SOLAMENTE EL SUMINISTRO DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS ORALES (QUIMIOTERAPIAS) AMBULATORIAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ONCOLOGICOS: MERCAPTOPURINA TABLETAS 50 MG, METROTEXATE TABLETAS 2,5 MG, TIOGUANINA TABLETAS 40 MG, ASÍ COMO EL SUMINISTRO INTEGRAL DE MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS, INSUMOS, MATERIALES MÉDICO-QUIRÚRGICOS Y DEMÁS ELEMENTOS NECESARIOS PARA GARANTIZAR LA INTEGRALIDAD Y OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN EN LAS INTERVENCIONES QUE LO REQUIERAN

Teniendo en cuenta que fuimos designados como miembros del Comité Técnico de la oferta allegada dentro del proceso PN **RASES N.º 5 SA MC 003 2026**, me permito allegar el resultado del estudio técnico de la oferta recibida en los siguientes términos:

ENTIDAD: **CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS**

La propuesta recibida se verificó de acuerdo al **REQUISITOS TECNICOS**, así:

	DOCUMENTOS	CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS
I)	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS HABILITANTES. ANEXO NRO 1.	CUMPLE
II)	LOS OFERENTES DEBERÁN DILIGENCIAR EL ARCHIVO EN EXCEL DE NOMBRE "ANEXO DE CUPS GINECO ONCOLO Y PEDIATRIA" (ARCHIVO EXCEL) 2026". EN EL CUAL MARCARÁN CON UNA X SI OFRECE O NO OFRECE, EN LAS PESTAÑAS DE SERVICIOS, PAQUETES, MEDICAMENTOS, INSUMO, OSTEOSÍNTESIS Y OXÍGENO.	CUMPLE
III)	CONSTANCIA DE HABILITACIÓN (VIGENTE) EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD EXPEDIDO POR LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL O CONSTANCIA DE AUTOEVALUACIÓN VIGENTE PARA PRESTAR LOS SERVICIOS DE SALUD (EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA Y SU ÁREA METROPOLITANA).	CUMPLE
IV)	PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE LA ENTIDAD OFERENTE ACTUALIZADO.	CUMPLE
V)	MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD PREVIAMENTE DEFINIDO POR LA ENTIDAD OFERENTE.	CUMPLE
VI)	LICENCIA SANITARIA O CONCEPTO TÉCNICO SANITARIO, EXPEDIDO POR LA SECRETARÍA DE SALUD Y AMBIENTE O POR LA AUTORIDAD QUE SEGÚN CORRESPONDA, EN CADA UNA DE LAS SEDES OFERTADAS DENTRO DE LA PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.	CUMPLE
VII)	CERTIFICACION EXPERIENCIA PROPONENTE	CUMPLE
VIII)	CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIA DEL CONTRATISTA ANEXO 7	CUMPLE
IX)	CERTIFICACION NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO ANEXO 8	CUMPLE
X)	CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL. ANEXO 10	CUMPLE
XI)	CERTIFICACIÓN HOJA DE VIDA EQUIPOS ANEXO 11	CUMPLE
XII)	OPORTUNIDAD EN LA ATENCION ANEXO 2	CUMPLE
XIII)	EL OFERENTE DEBERÁ ACREDITAR MEDIANTE UNA CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA QUE REALIZARÁ BUENAS PRÁCTICAS AMBIENTALES DURANTE LA EJECUCIÓN DEL PRESENTE PROCESO CONTRACTUAL. PARA LO ANTERIOR, DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR EL "COMPROMISO DE BUENAS NORMAS AMBIENTALES" DEL PRESENTE PROCESO *SEGÚN LAS NORMATIVAS VIGENTES DEL MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE.*	CUMPLE
XIV)	FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST ANEXO 12	CUMPLE
XV)	LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS A CONTRATAR DEBERÁ LLEVARSE A CABO, CUMPLIENDO LA NORMATIVIDAD VIGENTE PARA LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD COMO SON: 1. LEY 100 DE 1993 Y SUS DECRETOS REGLAMENTARIOS. 2. DECRETO 1011 2006 "POR EL CUAL SE ESTABLECE EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD". 3. LA RESOLUCIÓN 3100 DEL 25 DE NOVIEMBRE DE 2019, "POR LA CUAL SE DEFINEN LOS PROCEDIMIENTOS Y CONDICIONES DE INSCRIPCIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y SE ADOPTA EL MANUAL DE INSCRIPCIÓN DE PRESTADORES Y HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD" 4. DECRETO REGLAMENTARIO ÚNICO DEL SECTOR SALUD 0780 DE MAYO DE 2016. DEMÁS NORMAS VIGENTES EXPEDIDAS POR EL GOBIERNO NACIONAL.	CUMPLE
XVI)	DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN PARÁGRAFO DEL ARTÍCULO 6 DEL DECRETO 2200 DE 2005 (JUNIO 28) POR EL CUAL SE REGLAMENTA EL SERVICIO FARMACÉUTICO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES, CUANDO SE PRESTE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EL QUÍMICO FARMACÉUTICO DEBE ESTABLECER CONTACTO DIRECTO CON EL PACIENTE, MEDIANTE LA ENTREVISTA; ELABORACIÓN DEL PERFIL FARMACOTERAPÉUTICO; LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL USO DE MEDICAMENTOS; REALIZAR LAS INTERVENCIONES QUE FUEREN NECESARIAS; Y, HACER EL SEGUIMIENTO PERMANENTE, EN UNIÓN CON OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD, DESARROLLANDO	SE REQUIERE

	ESTRATEGIAS PARA ATENDER NECESIDADES PARTICULARES PROYECTADAS FUNDAMENTALMENTE AL USUARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y A LA COMUNIDAD.	
XVII)	ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS: EL OFERENTE DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR CERTIFICACIÓN EN DONDE SE COMPROMETE A CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES REQUISITOS EN EL ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS, EN EL DEPÓSITO O BODEGA QUE MANEJA: MEDICIÓN DE HUMEDAD Y TEMPERATURA. CONTROL DE PLAGAS. CONTROL RED DE FRIO. SECCIÓN DE CONTROLADOS. ZONA DE RECHAZADOS. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS DEL ALMACENAJE Y DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS. PARA LO CUAL DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR EL ANEXO "CERTIFICACION ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS".	SE REQUIERE
XVIII)	EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR SU PLAN DE GESTION DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTOS POSCONSUMO DE FARMACOS O MEDICAMENTOS VENCIDOS SIENDO EL INSTRUMENTO DE GESTIÓN DE ACUERDO A RESOLUCIÓN 0371 DEL 26 DE FEBRERO DE 2009 DEL MINISTERIO DE AMBIENTE, VIVIENDA Y DESARROLLO TERRITORIAL QUE CONTIENE EL CONJUNTO DE REGLAS, ACCIONES, PROCEDIMIENTOS Y MEDIOS DISPUESTOS PARA FACILITAR LA DEVOLUCIÓN Y ACOPIO DE PRODUCTOS POSCONSUMO QUE AL DESECHARSE SE CONVIERTEN EN RESIDUOS O DESECHOS PELIGROSOS, CON EL FIN DE QUE SEAN ENVIADOS A INSTALACIONES EN LAS QUE SE SUJETARÁN A PROCESOS QUE PERMITIRÁN SU APROVECHAMIENTO Y/O VALORIZACIÓN, TRATAMIENTO Y/O DISPOSICIÓN FINAL CONTROLADA. PARA LA VERIFICACIÓN DE ESTE ASPECTO EL OFERENTE DEBERÁ DILIGENCIAR EL ANEXO "DECLARACIÓN DE PLAN DE GESTIÓN DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTOS POS CONSUMO DE FARMACOS O MEDICAMENTOS VENCIDOS	SE REQUIERE

Finalizada la evaluación técnica al proceso PN RASES N.º 5 SA MC 003 2026 del oferente CLINICAMATERNO INFANTIL SAN LUIS, **SE REQUIERE** lo siguiente:

DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN PARÁGRAFO DEL ARTÍCULO 6 DEL DECRETO 2200 DE 2005 (JUNIO 28) POR EL CUAL SE REGLAMENTA EL SERVICIO FARMACÉUTICO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES, CUANDO SE PRESTE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EL QUÍMICO FARMACÉUTICO DEBE ESTABLECER CONTACTO DIRECTO CON EL PACIENTE, MEDIANTE LA ENTREVISTA; ELABORACIÓN DEL PERFIL FARMACOTERAPÉUTICO; LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL USO DE MEDICAMENTOS; REALIZAR LAS INTERVENCIONES QUE FUEREN NECESARIAS; Y, HACER EL SEGUIMIENTO PERMANENTE, EN UNIÓN CON OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD, DESARROLLANDO ESTRATEGIAS PARA ATENDER NECESIDADES PARTICULARES PROYECTADAS FUNDAMENTALMENTE AL USUARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y A LA COMUNIDAD.	SE REQUIERE certificación de los siguientes documentos con nombre, código, versión y fecha de elaboración: I) Manual de proceso y procedimientos del servicio farmacéutico. II) Programa de farmavigilancia y tecnovigilancia
ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS: EL OFERENTE DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR CERTIFICACIÓN EN DONDE SE COMPROMETE A CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES REQUISITOS EN EL ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS, EN EL DEPÓSITO O BODEGA QUE MANEJA: MEDICIÓN DE HUMEDAD Y TEMPERATURA. CONTROL DE PLAGAS. CONTROL RED DE FRIO. SECCIÓN DE CONTROLADOS. ZONA DE RECHAZADOS. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS DEL ALMACENAJE Y DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS. PARA LO CUAL DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR EL ANEXO "CERTIFICACION ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS".	SE REQUIERE DILIGENCIAR EL FORMATO CERTIFICADO BUENAS PRACTICAS ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS
EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR SU PLAN DE GESTION DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTOS POSCONSUMO DE FARMACOS O MEDICAMENTOS VENCIDOS SIENDO EL INSTRUMENTO DE GESTIÓN DE ACUERDO A RESOLUCIÓN 0371 DEL 26 DE FEBRERO DE 2009 DEL MINISTERIO DE AMBIENTE, VIVIENDA Y DESARROLLO TERRITORIAL QUE CONTIENE EL CONJUNTO DE REGLAS, ACCIONES, PROCEDIMIENTOS Y MEDIOS DISPUESTOS PARA FACILITAR LA DEVOLUCIÓN Y ACOPIO DE PRODUCTOS POSCONSUMO QUE AL DESECHARSE SE CONVIERTEN EN RESIDUOS O DESECHOS PELIGROSOS, CON EL FIN DE QUE SEAN ENVIADOS A INSTALACIONES EN LAS QUE SE SUJETARÁN A PROCESOS QUE PERMITIRÁN SU APROVECHAMIENTO Y/O VALORIZACIÓN, TRATAMIENTO Y/O DISPOSICIÓN FINAL CONTROLADA. PARA LA VERIFICACIÓN DE ESTE ASPECTO EL OFERENTE DEBERÁ DILIGENCIAR EL ANEXO "DECLARACIÓN DE PLAN DE GESTIÓN DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTOS POS CONSUMO DE FARMACOS O MEDICAMENTOS VENCIDOS	SE REQUIERE DILIGENCIAR EL FORMATO DE PLAN DE GESTIÓN DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTOS POS CONSUMO DE FARMACOS O MEDICAMENTOS VENCIDOS

Atentamente,

SI. EDISON BRAVO CORREA
Comité técnico

CT. JONATHAN SANDOVAL FORERO
Comité técnico

MES III DANIEL ALEJANDRO MONTAGUT BERMON
Comité técnico

Fecha de elaboración: 25/02/2026
Ubicación: C:\\mis documentos\ 2026
Transv. 154 No. 24-147, Barrio el Bosque
Teléfono 6077008600 ext. 7204
Edison.bravo3666@correo.policia.gov.co
www.policia.gov.co

CERTIFICADO BUENAS PRACTICAS ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS

Señores
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 5
Ciudad

Yo_____, representante legal de la_____, certificación que la entidad se compromete a cumplir con los siguientes requisitos en el almacenamiento de los medicamentos, en el depósito o bodega que maneja:

- Medición de humedad y temperatura.
- Control de plagas.
- Control red de frio.
- Sección de controlados.
- Zona de rechazados.
- Manual de procedimientos operativos del almacenaje y distribución de medicamentos.

Lo anterior podrá ser verificado por la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 5 en cualquier momento durante la ejecución del contrato.

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

PLAN DE GESTIÓN DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTOS POS CONSUMO DE FARMACOS O MEDICAMENTOS VENCIDOS

FLORIDABLANCA, DIA___ MES_____ AÑO_____

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5
Ciudad.

Yo_____, representante legal de la_____, certifico que dispongo de un plan de GESTION DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTOS POSCONSUMO DE FARMACOS O MEDICAMENTOS VENCIDOS, siendo el instrumento de gestión de acuerdo a Resolución 0371 del 26 de Febrero de 2009 del Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial que contiene el conjunto de reglas, acciones, procedimientos y medios dispuestos para facilitar la devolución y acopio de productos pos consumo que al desecharse se convierten en residuos o desechos peligrosos, con el fin de que sean enviados a instalaciones en las que se sujetarán a procesos que permitirán su aprovechamiento y/o valorización, tratamiento y/o disposición final controlada.

Lo anterior podrá ser verificado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 5 en cualquier momento durante la ejecución del contrato.

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones