MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO
JEFATURA ADMINISTRATIVA

GS-2026 - 028073 **/ UPRES – JEFAD – 29.25**

Armenia, 25 de Marzo de 2026

Subintendente
YULIET LISETH MARIN VARGAS
Responsable Grupo Contratos Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3
Calle 94 Avenida Villa Olímpica Frente a Expofuturo
Pereira

Asunto: Subsanación a observaciones evaluación Técnica Proceso **PN RASES N°3 MIC 008 2026**

De manera atenta remito a la señora Subintendente, la segunda verificación técnica de los documentos subsanados por el oferente **CONSORCIO CONEXION NEUROPSICOLOGÍA PONAL AXM 2026 ,** dentro del proceso de contratación cuyo objeto es la "**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA ESPECIALIDAD DE FISIATRIA, INCLUYE: CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 3 - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD QUINDÍO".**

OFERENTE	DESCUENTO
CONSORCIO CONEXION NEUROPSICOLOGÍA PONAL AXM 2026	**17%**
SPORT MEDICAL CENTER	**12%**

De acuerdo a las ofertas presentadas, y lo diligenciado en portal único de Contratación SECOP II www.colombiacompra.gov.co/secop-ii, se procede a realizar la verificación técnica de las propuesta presentadas para este grupo dentro del presente proceso así:

CONDICIONES TECNICAS

Los factores de verificación técnica están descritos en el ANEXO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS, los cuales se comprobarán como CUMPLE o NO CUMPLE.

Para que la oferta sea habilitada deberá ofertar los servicios solicitados en el Anexo 1 CONDICIONES TÉCNICAS.

ITEMS	CONDICIONES TECNICAS	CUMPLE	NO CUMPLE
	2.3.3 EXPERIENCIA PROPONENTE 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 la experiencia a contratar similar al presente proceso. Por consiguiente, el oferente puede entregar algunos de los siguientes requisitos: ➢ Contratos celebrados y ejecutados, ➢ Actas de liquidación, ➢ Órdenes de compra, ➢ Contrato en ejecución (En este caso se debe enviar	CUMPLE	

	certificación del porcentaje de ejecución). Lo anterior se puede acreditar a través de una empresa pública o privada, además el objeto debe ser igual o similar al presente proceso y su valor debe ser superior al cincuenta por ciento (50%) del presupuesto asignado para el presente proceso, por tal motivo las certificaciones o contratos deben contener: ✓ Nombre o razón social del contratante. ✓ Nombre o razón social del contratista. ✓ Objeto del contrato. ✓ Fecha de iniciación y terminación del contrato. ✓ Valor del contrato. ✓ Dirección y número telefónico del contratante ➢ No se admiten: ➢ Auto certificaciones. ➢ Copias de facturas órdenes de pago etc. ➢ Pantallazos. Nota: En caso de que el oferente haya firmado contratos con la Regional de Aseguramiento en Salud N°3 o alguna de las unidades prestadoras de salud, se deberá anexar documento escrito firmado por el representante legal, en el cual sólo deberá enunciar el número del contrato y esta información se verificara por parte del comité, lo anterior atendiendo la ley 019 de del 2012.		
	ACREDITACIÓN DE LA EXPERIENCIA EN LA MODALIDAD DE CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL: Para la acreditación de la experiencia, el proponente deberá presentar contratos celebrados, certificaciones por parte del contratista si el contrato se encuentra en ejecución, certificaciones de contratos ejecutados y/o actas de liquidación, de vigencias anteriores a la fecha del cierre del proceso, cuyo objeto sea igual o similar al objeto de la presente contratación y cuya sumatoria sea mayor al cincuenta por ciento (50%) del valor del presupuesto oficial asignado para el proceso. Cuando se certifiquen Contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o de Unión Temporal, La Regional de Aseguramiento en Salud No. 3 tomará para la verificación, el porcentaje (%) de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del Consorcio o de la Unión Temporal y luego sumará el valor obtenido para así establecer el total acreditado. Para lo anterior, deberá presentar el documento que acreditó la conformación del Consorcio o de la Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato.	CUMPLE	
	2.3.4 NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO	CUMPLE	

	2.3.5 EXPERIENCIA DEL PERSONAL	CUMPLE	
	2.3.6 CAPACIDAD OPERATIVA	CUMPLE	
	2.3.7 Constancia de habilitación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Con el fin de verificar los servicios habilitados, el oferente deberá cumplir con lo estipulado en la Resolución 3100 del 2019 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud" o con la norma que esté vigente; así mismo adjuntar la Constancia de habilitación en el registro especial de prestadores de servicios de salud (QUINDÍO), en donde se identifiquen los servicios habilitados para la prestación de los mismos. El Contratista deberá contar con la Constancia de habilitación en el registro especial de prestadores de servicios de salud expedido por la Secretaría de Salud, vigente al momento de inicio del contrato y comprometiéndose a mantener habilitados los servicios de salud, durante toda la ejecución del contrato, incluyendo sus prorrogas si a ello hubiera lugar. **VER NOTA ANEXA** Igualmente debe tener implementado Sistema de Garantía de Calidad, Sistema de Información para la calidad, Plan de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad, Programa de Seguridad del Paciente y Sistema de Información Gerencial, acorde con las exigencias definidas por el Ministerio de Salud y de la Protección Social o quien haga sus veces NOTA: SI EL OFERENTE, SE ENCUENTRA EN EL TRÁMITE DE LA CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES, PUEDE ENTREGAR EN SU PROPUESTA LA AUTOEVALUACIÓN RADICADA ANTE EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y/O AUTORIDAD COMPETENTE, LO ANTERIOR SERÁ VERIFICADO POR EL COMITÉ TÉCNICO EN LA PLATAFORMA (REPS), Y SI LLEGADO EL CASO EL OFERENTE ES BENEFICIARIO DE LA ADJUDICACIÓN DEL CONTRATO, PREVIO A LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEBERÁ ENTREGAR LA CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, AL SUPERVISOR DEL CONTRATO.	CUMPLE	

	2.3.8 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CUMPLE	
	2.3.9 VISITA TECNICA	CUMPLE	

ANEXO N° 1

CONDICIONES TECNICAS MÍNIMAS

El oferente deberá diligenciar y presentar junto con la oferta el formato de Especificaciones Técnicas que se presenta a continuación debidamente firmado por el representante legal, en el que exprese su manifestación de cumplimiento o no cumplimiento con cada una de las especificaciones técnicas solicitadas, las cuales serán verificadas por el Comité Técnico aplicando el criterio de CUMPLE o NO CUMPLE.

INSTRUCCIONES GENERALES.

Las Especificaciones Técnicas requeridas son de obligatorio cumplimiento, y deben ofertar el 70% de los ítems solicitados de no hacerlo la propuesta se considerará no apta técnicamente. Debiendo ser totalmente diligenciadas.

No podrá modificar las columnas ÍTEM, CÓDIGO CUPS, DESCRIPCIÓN solo deberá diligenciar con una equis "X" el ítem a ofertar o no ofertar. Las demás columnas e información no son modificables.

ES OBLIGATORIO EL CUMPLIMIENTO DEL 70% DE LOS ÍTEMS, RELACIONADOS A CONTINUACIÓN:

Nro.	CODIGOS CUPS	DESCRIPCION	CUMPLE	
			SI	NO
1	53105	BLOQUEO DE UNION MIONEURAL (x punto)	X	
2	930806	ELECTROMIOGRAFIA DE PARAESPINALES	X	
3	930810	ELECTROMIOGRAFIA LARINGEA O DE CUELLO	X	
4	930820	ELECTROMIOGRAFÍA EN CARA	X	
5	930860	ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MÚSCULOS)	X	
6	839601	INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE BURSA SOD (x punto)	X	
7	839701	INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DEL TENDON (x punto)	X	
8	861411	INYECCION DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA BOTULINICA)	X	
9	890264	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	X	
10	890364	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	X	
11	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)	X	
12	891503	REFLEJO NEUROLOGICO TRIGEMINO FACIAL (PALPEBRAL)	X	
13	891509	NEUROCONDUCCION (CADA NERVIO)	X	
14	891511	PRUEBA DE ESTIMULO REPETITIVO	X	
15	891514	ONDAS F (POR NERVIO)	X	
16	891515	REFLEJO H (POR NERVIO)	X	
17	891530	POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES (CADA EXTREMIDAD)	X	
18	931002	TERAPIA CON ONDAS DE CHOQUE DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR (CADA SESION)	X	
19	930401	EVALUACION DE LA FUNCION OSTEOMUSCULAR	X	

ANEXO 2

OTRAS CONDICIONES DEL SERVICIO

INSTRUCCIONES GENERALES.

1. El formato "CONDICIONES DEL SERVICIO" deberá ser diligenciado totalmente.
2. Solo deberá diligenciar con una equis "X" el ítem a CUMPLE o NO CUMPLE. Las demás columnas e información no son modificables.

ITEM	CONDICIONES DEL SERVICIO	CUMPLE	
		SI	NO
1	Con el propósito de asegurar el cumplimiento de los criterios técnicos, económicos y legales del presente acuerdo de voluntades, el Supervisor realizara reuniones de seguimiento (cada tres meses o según la necesidad) con el Contratista. A dichas sesiones puede asistir el jefe de la Unidad Prestadora de Salud, el responsable de la Oficina de Atención al Usuario y los delegados de las áreas técnicas o económicas necesarias para el cumplimiento del objeto contractual. Durante estas reuniones se abordarán, temas como: ➢ **Indicadores**: Verificación del cumplimiento de los indicadores pactados. ➢ **Operación**: Evaluación de los procesos de autorización, referencia y contrarreferencia, asegurando la eliminación de barreras de acceso según lo definido en el acuerdo de voluntades. ➢ **Criterios Técnicos**. Revisión de las condiciones definidas en el Anexo 2.1. ➢ **Análisis Financiero**: proceso de radicación de facturas, estado de glosas y flujo de pagos, conforme a los plazos establecidos y/o las normas concordantes. ➢ **Ejecución Contractual**: Balance del consumo presupuestal y otros aspectos necesarios para la correcta prestación de servicios y tecnologías en salud. ➢ **Documentos**: Si llegado el caso, dentro de la verificación que realiza el supervisor se requiere algún documento, el contratista debe suministrar la información o documentación. Si existen alguna reserva legal se debe comunicar mediante escrito. ➢ **Evaluación y Planes de Mejora**: Según la novedad establecer planes de mejora cuando los resultados del seguimiento lo ameriten. Dichos compromisos deberán quedar consignados expresamente en el acta de la reunión, la cual servirá de soporte para el seguimiento de su cumplimiento. **Nota: se levantará un acta de los temas tratados con el soporte de asistencia, este documento el supervisor la publicará en el SECOP II – ejecución del contrato.**	X	
2	El contratista al momento de generar una incapacidad debe tener en cuenta la Directiva Administrativa Permanente No. 003 del 10 de marzo de 2023 "DIRECTRICES PARA LA EXPEDICIÓN Y REGISTRO DE LAS EXCUSAS DEL SERVICIO, INCAPACIDAD MÉDICA, LICENCIA POR MATERNIDAD O ABORTO, PARA EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PERSONAL EXCUSADO DEL SERVICIO O CON INCAPACIDAD MEDICA" y demás disposiciones normativas que la modifiquen, adicionen o deroguen. Se puede solicitar copia de la directiva, al señor supervisor al grupo de Subred Integral Servicios de Salud de la Unidad Prestadora de Salud.	X	
3	En materia de moléculas o principios activos farmacológicos cubiertos por el SSPM, el contratista deberá acoger y socializar el listado de moléculas o principios activos contenidos en el Acuerdo 080 de 2022 "Por el cual se dictan políticas y lineamientos generales para la Gestión Farmacéutica y se determina el Manual Único de Medicamentos y Terapéutica para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional" y hacer un uso racional de la medicación por parte de los profesionales de salud adscritos al prestador, conforme a las necesidades clínicas del usuario, dosis consecuentes a sus condiciones individuales y durante el periodo de tiempo adecuado, de acuerdo a la evidencia científica disponible y las guías de práctica clínica vigentes contribuyendo de esta forma al mantenimiento y mejoramiento de las condiciones de salud de los usuarios y la sostenibilidad financiera del SSMP. El vademécum puede solicitarse al señor supervisor y/o a la subred integral de referencia y contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Salud.	X	
4	En caso de que se requiera la prescripción de algún servicio, tecnología o medicamentos no incluidos en el plan de servicios de salud o el vademécum de la Policía Nacional; la IPS contratada deberá diligenciar el formato (NO POS) este formato será evaluado por el (EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD - EIPS). Nota: el contratista notificara al usuario que el formulario debe radicarse en la ventanilla de la unidad prestadora de salud.	X	

5	Si llegado el caso, por orden judicial o por decisión del Equipo Interdisciplinario de Profesionales de la Salud (EIPS) de la Dirección de Sanidad, se ordena de forma ambulatoria un servicio o una tecnología que no se encuentre pactado en el contrato, este podrá ser prestado, siempre que se cumplan los siguientes requisitos: ➢ Que exista un estudio de mercado o de tarifas que acredite que el valor del servicio o de la tecnología se encuentra acorde con las condiciones del mercado. ➢ Que la IPS contratada se encuentre debidamente habilitada para la prestación del servicio o la tecnología ordenada. ➢ Que el servicio o la tecnología cuente con autorización previa de la Oficina de Referencia de la Unidad Prestadora de Salud.	**X**	
6	Los servicios se prestarán durante la ejecución del contrato conforme al portafolio, pliegos y oferta; alineados con protocolos y guías técnico-científicas, el Acuerdo 093 de 2025 (Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial) y el Modelo de Atención (MATIS). Igualmente se aplicarán los atributos de calidad (oportunidad, suficiencia, pertinencia, racionalidad, accesibilidad, continuidad, seguridad, integralidad y eficacia) y las buenas prácticas; todo bajo el principio pro homine, privilegiando la interpretación más favorable al derecho a la salud. El supervisor o referencia de la unidad, pueden solicitar el modelo de prestación de servicios de salud o remitir el (MATIS), de la Policía Nacional	**X**	
7	Los costos por atención de los eventos adversos, generados durante la prestación de un servicio, correrán por cuenta del prestador cuando en el análisis se evidencie que son de responsabilidad de la IPS, Entendido el evento adverso como se estipula en la Resolución 4816 del 27 de noviembre de 2008 "Daño no intencionado al paciente, que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo o acción médica". "Por lo anterior el proponente seleccionado se obliga a reportar dentro de los siguientes cinco días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora, en el formato (3ss - fr – 006)" reporte de incidentes y eventos adversos, este reporte se enviará al supervisor del contrato y la Unidad Prestadora de salud, quienes tramitaran a la oficina de la garantía de la calidad para la verificación de la situación. **El contratista anexara el protocolo o ruta de manejo de eventos adversos**	**X**	
8	Todas las atenciones, se realizarán de acuerdo con la orden médica que especifique la ayuda diagnóstica y/o terapéutica y/o el procedimiento a realizar, incluyendo el CUPS del servicio, el diagnóstico, con el soporte de historia clínica y con la autorización del módulo SISAP expedida por referencia y contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Salud. Cuando existan dudas sobre la autorización (p. ej., códigos CUPS, servicio autorizado, validez), la IPS contratada deberá analizar la información y contactara de inmediato al área de Referencia y Contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Salud. **El usuario deberá presentar su documento de identificación (cedula, tarjeta identidad, NUIP, ect) al momento de tomar los servicios**	**X**	
9	El contratista garantizará que los materiales especiales y/o los equipos vinculados al objeto del contrato cuenten con mantenimientos vigentes, hojas de vida actualizadas, así como con las licencias y permisos expedidos por la autoridad competente. En caso de que se presenten fallas en los equipos que afecten la oportunidad en la atención, el contratista informará de manera inmediata al supervisor del contrato, en caso de no contar con una sede alterna, deberá presentar dentro de las 24 horas siguientes a la novedad, al supervisor una propuesta de alianza debidamente habilitada que garantice la continuidad en la prestación de los servicios de salud; igualmente, cuando la afectación en la oportunidad del servicio se origine por falta de talento humano o habilitación del servicio, dicha situación deberá tramitarse bajo las mismas condiciones aquí establecidas.	**X**	
10	**EXPERIENCIA NIVEL ACADÉMICO DEL PERSONAL. El contratista** garantiza que para la ejecución del objeto contractual dispondrá del talento humano necesario y la experiencia necesaria, suficiente, además deberá cumplir con la totalidad de los requisitos exigidos por el Estado Colombiano para el ejercicio de su profesión u oficio. En particular, el contratista asegura que todo su personal se encuentra inscrito y habilitado en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS), conforme a la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 (reglamenta el Registro Único Nacional y la identificación única del Talento Humano en Salud). Asimismo, deberá cumplir con las normas de actualización y recertificación expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Nota: Según la complejidad de los servicios, el contratista se compromete que los profesionales en salud se encuentren debidamente certificados (Reanimación avanzada (ACLS) y/o certificado de reanimación cardiopulmonar (RCP)), en caso que aplique.	**X**	
11	**CAPACIDAD OPERATIVA:** El contratista cumplirá con los estándares de calidad, así mismo deberá contar con la Constancia de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores expedido por la Secretaría de Salud vigente al momento de la presentación su propuesta y si dentro del proceso contractual vence se debe actualizar, según lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 "*Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud*", y demás disposiciones normativas que la modifiquen, adicionen o deroguen.	**X**	

	Igualmente, el **contratista,** debe tener implementado programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención de Salud, acorde al Decreto 780 de 2016 del Ministerio de la Protección Social "...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..."		
12	El oferente Asignara un funcionario, quien revisara y vigilara la ejecución del contrato, solucionando los inconvenientes que se presenten e igualmente comunicara al supervisor del contrato cuando se ha ejecutado (70%) del contrato. Una vez recibida la información se estudiará la viabilidad de adicionar el contrato. **Diligenciar la siguiente información momento de presentar su propuesta**: Nombre Teléfonos Correo electrónico	**X**	
13	El Oferente debe designar un profesional, quien tendrá una comunicación constante con los funcionarios de la unidad prestadora de salud, con el objetivo de asignar citas, procedimientos y demás requerimientos de fallos judiciales y PQRS, estos requerimientos deben ser tramitados por el contratista en un término de no superior de 24 horas o de forma inmediata si la situación así lo amerita. Nombre: Cargo: Teléfonos: Correo electrónico:	**X**	
14	El oferente deberá diligenciar el formulario anexo a la invitación (SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO) y adjuntarlo con su oferta. Para el caso de consorcios, uniones temporales o promesas de sociedad futura, cada uno de sus integrantes deberá presentar el formulario requerido.	**X**	
15	De acuerdo a la conducta medica expedida por La Regional de Aseguramiento en Salud N°3 o red externa, debe ser realizada por el especialista indicado, queda totalmente prohibido que la conducta sea realizada por otra especialidad o por estudiantes, de no cumplir a cabalidad con la presente condición, será objeto de glosa.	**X**	
16	La Regional de Aseguramiento en Salud No. 3 NO reconocerá ningún reajuste de tarifas o precios durante la vigencia del contrato, por lo tanto, el contratista debe proyectar el valor de la oferta por el tiempo de ejecución del contrato respectivo. Estos valores no estarán sujetos a modificaciones por concepto de inflación y por ningún motivo se considera costos adicionales, los cuales deberán sostener durante el plazo de ejecución del contrato.	**X**	
17	El contratista se compromete a presentar, junto con las facturas, LOS RIPS, la información estadística mensual, en un archivo plano, el cual debe venir en medio magnético e impreso, que contenga la siguiente información: Número del consecutivo, Apellidos y Nombres, Numero de Identificación, Edad del Usuario, fecha del Servicio, Diagnóstico con CIE 10, código del procedimiento, Nombre del Procedimiento o estudio realizado, valor del procedimiento, servicio solicitado. Esta debe entregarse los diez (10) primeros días hábiles de cada mes o cuando se soliciten cortes parciales. El presente informe para todos los efectos, hace parte integral de los soportes de la factura.	**X**	
18	Teniendo en cuenta que el presente proceso estima la contratación de servicios de acuerdo a la demanda y necesidad de la población de usuarios y beneficiarios de la Unidad Prestadora de Salud Quindío, y teniendo en cuenta lo estipulado en el acuerdo No.093 del 08 de octubre de 2025 "Por la cual se establece el Plan De Servicios y Tecnologías en Salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (PSTS)", en el momento que se requiera un servicio diferente a los contratados, este se llevará a cabo bajo cotización, previa coordinación y acuerdo de las partes.	**X**	

Anexo 2.1
DEMÁS ASPECTOS TÉCNICOS DEL ACUERDO DE VOLUNTADES

ITEM	CONDICIONES ADICIONALES AL SERVICIO	CUMPLE	
		SI	NO
1	El Oferente deberá presentar en la propuesta una sede plenamente identificada que relacione la capacidad instalada, los servicios de salud ofertados habilitados e inscritos en el de registro de prestadores de servicios de salud de la secretaria de salud, líneas telefónicas disponibles de referencia y contra referencia: Diligenciar la siguiente información • Horarios de Atención: LUNES A VIERNES 7:00 AM A 12:00 PM Y DE 1:30 PM A	**X**	

	5:30 PM SABADOS DE 8AM A 12:00 PM. • Modalidad para la asignación de citas: Telefónica: 3137877097 Presencial: CARRERA 14 #18 N – 40 ARMENIA, QUINDIO. WhatsApp 3137877097 correo electrónico: contactoNeuroconexion@gmail.com • Notificación de citas o recordatorios SI _X NO • Entrega de instrucciones de preparación para procedimientos: Telefónica: 3137877097 Presencial: CARRERA 14 #18 N – 40 ARMENIA, QUINDIO. WhatsApp 3137877097 correo electrónico: contactoNeuroconexion@gmail.com • Entrega de resultados: Telefónica: 3137877097 Presencial: CARRERA 14 #18 N – 40 ARMENIA, QUINDIO. WhatsApp 3137877097 correo electrónico: contactoNeuroconexion@gmail.com • Entrega de historia clínica (servicios realizados, epicrisis) Telefónica: 3137877097 Presencial: CARRERA 14 #18 N – 40 ARMENIA, QUINDIO. WhatsApp 3137877097 correo electrónico: contactoNeuroconexion@gmail.com • Dirección y teléfonos para la programación de servicios por parte de referencia en casos de solicitarles servicios prioritarios o en caso de urgencias: Telefónica: 3137877097 Presencial: CARRERA 14 #18 N – 40 ARMENIA, QUINDIO. WhatsApp 3137877097 correo electrónico: gerencia@neuroconexion.co Nota 1: el contratista debe tener el modelo de prestación de servicios de salud acorde con las características de cada territorio (Decreto 441 de 2022 - Artículo 2.5.3.4.2.1) Nota 2: Si el oferente realiza algún cambio de la información de los canales de atención (asignación de citas, lugares de atención, etc.) deberá informar de inmediato por escrito al supervisor y al área de referencia de la unidad prestadora		
2	**EL PROPONENTE** debe designar un profesional, quien tendrá una comunicación constante con los funcionarios de la unidad prestadora de salud, con el objetivo de asignar citas, procedimientos y demás requerimientos de fallos judiciales y PQRS, estos requerimientos deben ser tramitados por el contratista en un término de no superior de 24 horas o de forma inmediata si la situación así lo amerita.	**X**	

	Nombre: MELISSA PALOMINO Cargo: LIDER ASISTENCIAL Teléfonos: 3218291245 Correo electrónico: auxcalidadneuroconexion@gmail.co		
3	**EL PROPONENTE** Asignara un funcionario, quien revisara y vigilara la ejecución del contrato, solucionando los inconvenientes que se presenten e igualmente comunicara al supervisor del contrato cuando se ha ejecutado (70%) del contrato. Una vez recibida la información se estudiará la viabilidad de adicionar el contrato Nombre: ADRIANA LUCÍA OCAMPO GALVIS Teléfonos: 322 567 2577 Correo electrónico: contratacion@neuroconexion.co	X	
4	el oferente deberá diligenciar el formulario anexo a la invitación (SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO) y adjuntarlo con su oferta. Para el caso de consorcios, uniones temporales o promesas de sociedad futura, cada uno de sus integrantes deberá presentar el formulario requerido	X	

OPORTUNIDAD EN LAS CITAS:

ITEMS	CRITERIO	Tiempo	CUMPLE	
			SI	NO
1	Oportunidad la asignación de Consulta externa especializada por primera vez, una vez recepcionada la solicitud en la IPS contratada	5 a 10 días hábiles	X	
2	Oportunidad en la asignación de Consulta especializada de control, una vez recepcionada la solicitud en la IPS contratada	5 a 10 días hábiles	X	
3	Oportunidad en la asignación de cita para la realización de exámenes o procedimientos una vez recibida la solicitud en la IPS contratada	5 a 10 días hábiles	X	

ANEXO 2.1

ITEMS	CRITERIO	CUMPLE	
		SI	NO
1	El oferente deberá entregar un documento escrito, firmado por su representante legal, en el cual manifieste que acepta y está de acuerdo con las condiciones y los criterios técnicos definidos en el presente anexo	X	

NOTA ANEXA CONDICIONES TECNICAS ITEM 2.3.7 CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Análisis y Verificación del REPS

La propuesta presentada por el Consorcio Conexión Fisiatría PONAL AXM 2026 y la posterior verificación del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (**REPS**) de las entidades consorciadas permiten concluir que **no existe doble habilitación** para los servicios requeridos en el marco de este proceso contractual, por las siguientes razones:

Responsabilidad Única del Servicio: Se verifica que los servicios de salud que serán ejecutados y facturados en virtud del presente contrato son prestados por **uno solo de los miembros del Consorcio**, quien asume la responsabilidad total de su habilitación y de los estándares de calidad correspondientes.

cc.vasquez004

REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS

Si conoce algún dato digítelo para hacer más especifica 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: 900436223 - 2
Naturaleza Jurídica:

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador: - Clase de Prestador:
Empresa Social del Estado: Nivel Atención Prestador: Carácter Territorial:

DATOS DE LA SEDE

Departamento: Municipio:
Código de la Sede: -
Nombre de la Sede:

SERVICIO

Grupo: Numero Distintivo de Habilitación del Servicio:
Servicio:
Horarios:
Modalidades: Intramural / Extramural / Telemedicina / Telemedicina Prestador de Referencia / Telemedicina Prestador de Remisor
Especificidades:
Complejidad:
Fecha apertura del servicio: 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: miércoles 03 de diciembre de 2025 (9:40 a.m.)

Excel | Word | Texto

(33) registros encontrados

1

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Quindio	ARMENIA	6300101171	01	NEUROCONEXION	327 -MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	[illegible]
Quindio	ARMENIA	6300101171	01	NEUROCONEXION	332 -NEUROLOGÍA	DHSS0334635
Quindio	ARMENIA	6300101171	01	NEUROCONEXION	344 -PSICOLOGÍA	DHSS0334638
Quindio	ARMENIA	6300101171	01	NEUROCONEXION	345 -PSIQUIATRÍA	DHSS0334639
Quindio	ARMENIA	6300101171	01	NEUROCONEXION	356 -OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	[illegible]
Quindio	ARMENIA	6300101171	01	NEUROCONEXION	388 -NEUROPEDIATRÍA	DHSS0334642
Quindio	ARMENIA	6300101171	01	NEUROCONEXION	728 -TERAPIA OCUPACIONAL	DHSS0334643
Quindio	ARMENIA	6300101171	01	NEUROCONEXION	739 -FISIOTERAPIA	[illegible]
Quindio	ARMENIA	6300101171	01	NEUROCONEXION	740 -FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	[illegible]

REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS

Si conoce algún dato digítelo para hacer más especifica 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: 900825125 - [illegible]
Naturaleza Jurídica:

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador: - Clase de Prestador:
Empresa Social del Estado: Nivel Atención Prestador: Carácter Territorial:

DATOS DE LA SEDE

Departamento: Municipio:
Código de la Sede: -
Nombre de la Sede:

SERVICIO

Grupo: Numero Distintivo de Habilitación del Servicio:
Servicio:
Horarios:
Modalidades: Intramural / Extramural / Telemedicina / Telemedicina Prestador de Referencia / Telemedicina Prestador de Remisor
Especificidades:
Complejidad:
Fecha apertura del servicio: 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: miércoles 01 de diciembre de 2025 (9:19 a.m.)

Excel | Word | Texto

(9) registros encontrados

1

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Quindio	ARMENIA	6300101698	01	Ortoconexion Norte	311 -ENDODONCIA	DHSS0357550
Quindio	ARMENIA	6300101698	01	Ortoconexion Norte	334 -ODONTOLOGÍA GENERAL	DHSS0357551
Quindio	ARMENIA	6300101698	01	Ortoconexion Norte	338 -ORTODONCIA	DHSS0357552
Quindio	ARMENIA	6300101698	01	Ortoconexion Norte	[illegible] -PERIODONCIA	DHSS0357553
Quindio	ARMENIA	6300101698	01	Ortoconexion Norte	347 -REHABILITACIÓN ORAL	DHSS0357554
Quindio	ARMENIA	6300101698	01	Ortoconexion Norte	356 -OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	DHSS0357555
Quindio	ARMENIA	6300101698	01	Ortoconexion Norte	[illegible] -ODONTOPEDIATRÍA	DHSS0357556
Quindio	ARMENIA	6300101698	01	Ortoconexion Norte	410 -CIRUGÍA ORAL	DHSS0357557
Quindio	ARMENIA	6300101698	01	Ortoconexion Norte	411 -CIRUGÍA MAXILOFACIAL	DHSS0357558

1

Por lo anterior para la licitación de la <u>**UNIDAD PRESTADORA DE SALUD QUINDÍO:**</u>

ANALISIS OFERENTE:

Se realiza visita por parte del comité evaluador el día 19/03/2065 a las 09:30 am en las instalaciones del oferente en la Carrera 14 # 18N-40, quien recibe la visita son las señoras: MELISSA PALOMINO Cargo: LIDER ASISTENCIAL y ADRIANA LUCIA OCAMPO GALVIS LIDER

2653643858

DE CONTRATACION DE LA ENTIDAD, con el fin de verificar las instalaciones del oferente y condiciones técnicas:



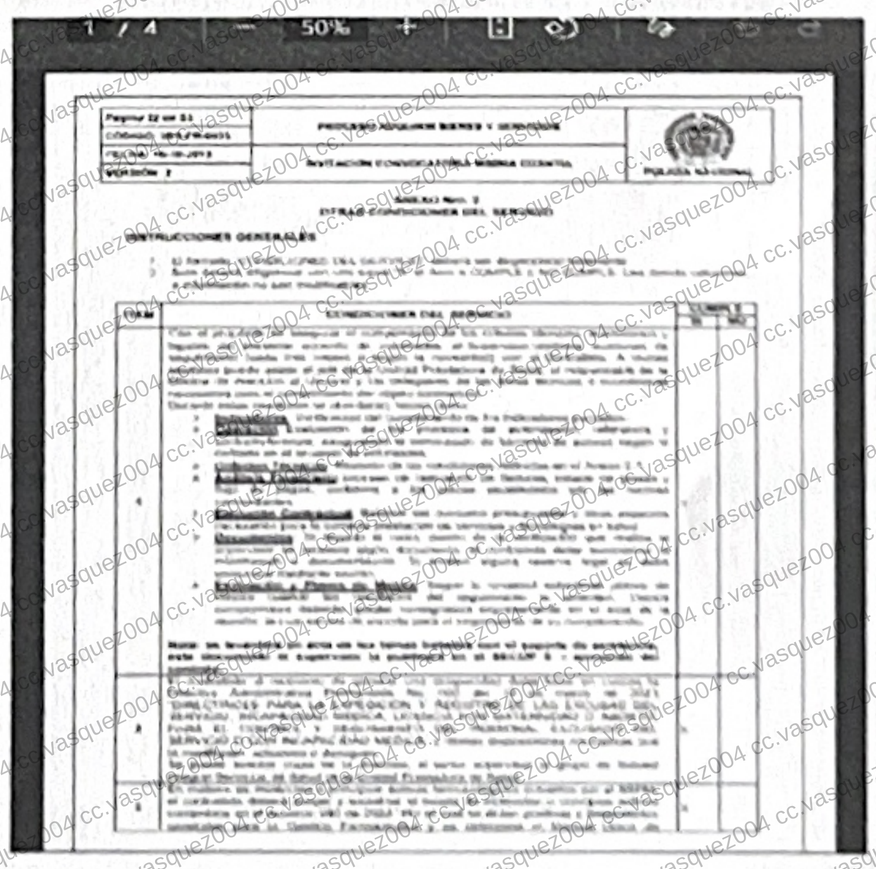




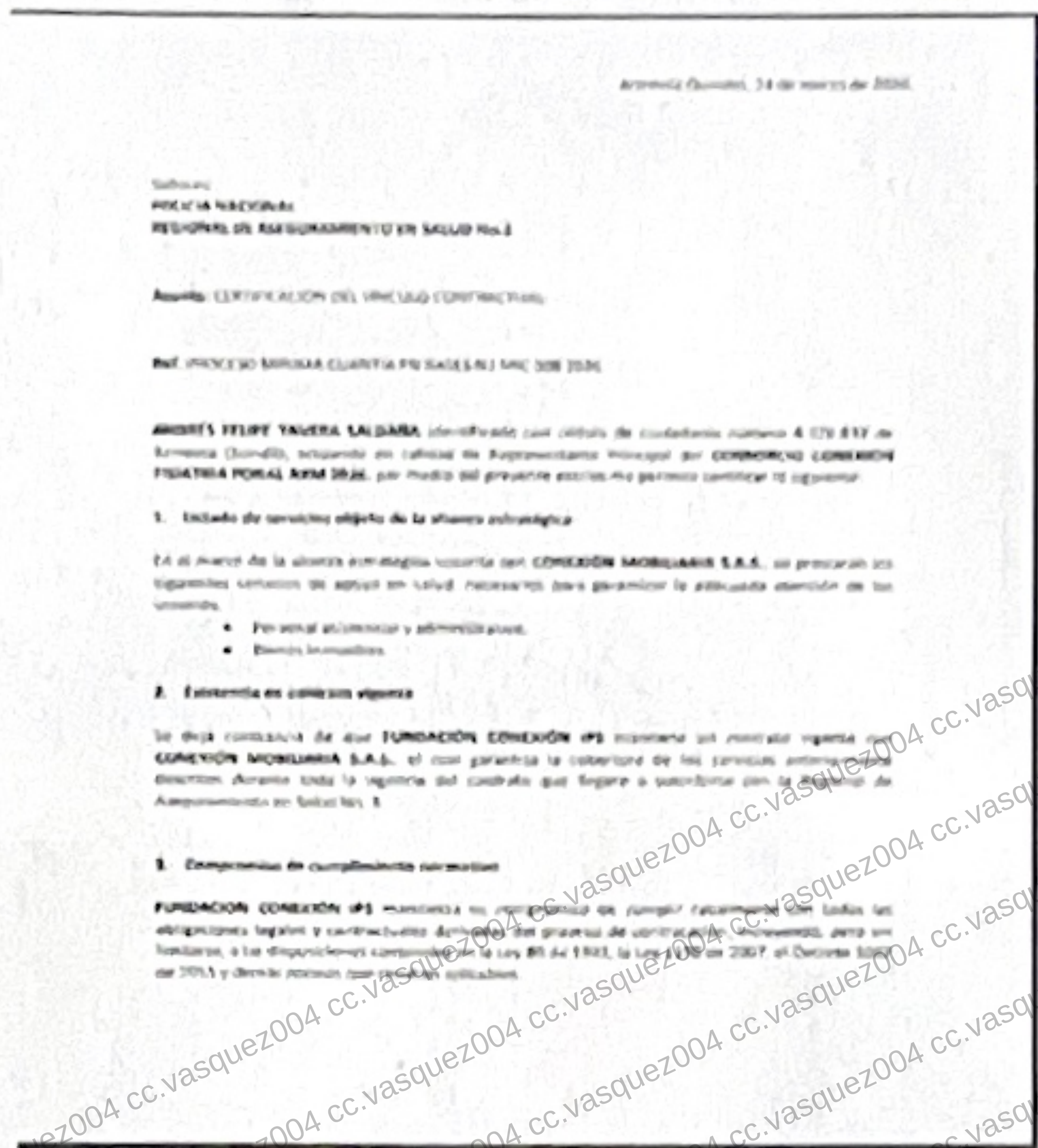




La entidad CONSORCIO CONEXIÓN FISIATRIA PONAL AXM 2026 con CC 4.376.832, **CUMPLE** con las condiciones técnicas requeridas dentro del proceso de licitación, ya que realiza el diligenciamiento completo del Anexo 2- OTRAS CONDICIONES DEL SERVICIO, se evidencia que SUBSANA la primera hoja del anexo correspondiente a los ítems 1 a 3.



El oferente CUMPLE con el requisito establecido en la invitacion tecnica relacionado con la presentacion del documento "Certificación del vínculo contractual" el cual adjunta y subsana:



En conclusión, la entidad CONSORCIO CONEXIÓN FISIATRIA PONAL AXM 2026 con CC 4.376.832, **CUMPLE** con la totalidad de los requisitos exigidos en la invitación.

Atentamente;

SM 126 **CAROLINA VASQUEZ RIASCOS**
Fisioterapeuta UPRES Quindío

CPS **PAOLA ANDREA BAYONA SALAZAR**
Terapeuta Ocupacional Unidad Prestadora de Salud Quindio
Apoyo Evaluación

Elaboró: SM 126 Carolina Vásquez Riascos
Fisioterapeuta UPRES Quindío

Fecha de elaboración: 25/03/2026
Ubicación: Documentos\Oficios 2026

carrera 13ª No. 1ª – 117 Edificio López
Tels. (606) 7368926 extensión 8022
dequi.upres@correo.policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACION PUBLICA

cc.vasquez004
2653643868