MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B NORTE DE SANTANDER

No. GS-2026- 062954 **/DENOR - UPRES 3.1**

San José de Cúcuta, 20 de abril 2026

Señor (a) subintendente
FERNANDO ANDRES APARICIO DIAZ
Jefe contratos (E)
Regional De Aseguramiento En Salud N° 5
Transversal 154 # 24-145 local 10
El bosque Floridablanca

Asunto: Evaluación Técnica Proceso **PN RASES N°5 MIC 036 2026**

De manera respetuosa envio al señor Subintendente la evaluación técnica de la oferta presentada dentro del proceso **PN RASES N°5 MIC 036 2026** "PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS CONSULTA EXTERNA, PROCEDIMIENTOS DERIVADOS DE LA ESPECIALIDAD DE FISIATRIA, SERVICIOS INCLUIDOS EN EL ACUERDO N° 002 (ABRIL 27 DEL 2001) DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICIA NACIONAL, DIRIGIDOS A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 5 ZONIFICADOS EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA NORTE DE SANTANDER Y SU AREA METROPOLITANA"

Realizado la apertura de ofertas, dentro del portal único de contratación SECOP II, se procede a realizar la verificación de las condiciones técnicas del oferente:

Entidad. SOMEFYR S.A.S.
Nit. 900.229.038-9

1.3. TÉCNICOS.

1.3.1. CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS HABILITANTES.

ANEXO Nro. 1

ÍTEM	CÓDIGO CUPS	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	DESCRIPCIÓN	PN RASES N°5 MIC 036 2026
1	080101B	**DRENAJE DE COLECCIÓN POR BLEFAROTOMIA	POR BLEFAROTOMIA (CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, HONORARIOS MEDICOS)	CUMPLE
2	081101B	**BIOPSIA EN PARPADO	(CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA, HONORARIOS MEDICOS)	CUMPLE
3	082101B	**RESECCIÓN DE CHALAZIÓN VÍA ANTERIOR	(CONTROL POST QCO, DERECHOS DE SALA, VALORACION PREANESTESICA,	CUMPLE

ÍTEM	CÓDIGO CUPS	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	DESCRIPCIÓN	PN RASES N°5 MIC 036 2026
			HONORARIOS MEDICOS)	
1	952302B	POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MONOFOCALES	Estímulos luminosos y su actividad eléctrica como respuesta ocular	CUMPLE
2	891530B	POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES	Estimulo eléctrico a través de electrodos en la piel en la zona estudiada	CUMPLE
3	048201B	INYECCIÓN DE AGENTE ANESTÉSICO PARA NERVIO PERIFÉRICO	Aplicación de anestésico en zona de Inervación de nervio periféricos fuera de encéfalo y medula espinal	CUMPLE
4	053102B	BLOQUEO DE PLEJO BRAQUIAL	Aplicación de anestésico en la zona supra escapular, supra infra clavicular o axilar para bloquear zona sensitiva del miembro superior	CUMPLE
5	053105B	BLOQUEO DE UNION MIONEURAL	Aplicación de anestésico zona entre musculo y nervio afectado	CUMPLE
6	053106B	BLOQUEO PARACERVICAL BILATERAL	Aplicación de anestésico zona lateral bilateral zona cervical	CUMPLE
7	048301B	INYECCIÓN DE ANESTESIA EN NERVIO DE FACETA ARTICULAR VERTEBRAL CON FINES ANALGÉSICOS	Aplicación de anestésico zona lateral bilateral zona cervical	CUMPLE
8	930860B	ELECTROMIOGRAFÍA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)	Prueba para identificar estado de la fibra muscular	CUMPLE
9	891509B	NEUROCONDUCCIÓN (CADA NERVIO)	Prueba de velocidad eléctrica a través del nervio	CUMPLE
10	891511B	PRUEBA DE ESTIMULO REPETITIVO [LAMBERT]	Prueba de estímulos eléctricos recurrentes sobre el musculo de alguna	CUMPLE
11	891514B	ONDA F (POR NERVIO)	Estimulo luminoso intenso para verificar respuesta de musculo palpebral	CUMPLE
12	891515B	REFLEJO H (POR NERVIO)	Estimulo luminoso intenso para verificar respuesta de musculo palpebral	CUMPLE
13	930820B	ELECTROMIOGRAFIA EN CARA	Prueba para identificar estado de fibras musculares de la cara a través de estímulos eléctricos	CUMPLE
14	893601B	ELECTROMIOGRAFIA DE ESFINTER ANAL	Se inserta electrodo aguja en musculo de piso pélvico para evaluar el esfínter anal	CUMPLE
15	930810B	ELECTROMIOGRAFIA LARINGEA O DE CUELLO	Técnica a través de electrodo para identificar fibras musculares de la laringe y el cuello y determinar su estado	CUMPLE
16	839701B	**INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE TENDON	Aplicación de soluciones des inflamatorio corticoide aines o anestésico en zona de tendón del sitio afectado	CUMPLE
17	861411B	INYECCION DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA BOTULINICA) +	Aplicación de sustancia para detener los espasmos musculares de una zona a determinar	CUMPLE
18	890264B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	Consulta de primera vez por fisiatría	CUMPLE
19	890364B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	Consulta de control o seguimiento por fisiatría	CUMPLE
20	890502B	PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA O	Concepto médico de dos (2) o más	CUMPLE

ÍTEM	CÓDIGO CUPS	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	DESCRIPCIÓN	PN RASES N°5 MIC 036 2026
		EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)	médicos especialistas dentro del proceso de toma de conductas de alguna patología	
21	931002B	TERAPIA CON ONDAS DE CHOQUE	El tratamiento de ondas de choque está basado en una acústica que lleva energía a los puntos dolorosos y tejidos musculoesquelético	CUMPLE
22	931701B	**MODALIDADES NEUMATICAS DE TERAPIA	Es un tipo de terapia el cual combina dos procesos para su ejecución. Mediante la utilización de un equipo compresor de aire se trabaja el área localizada mediante ráfagas de aire comprimido a cierta presión y por cierto tiempo luego de esto entra a trabajar la terapia física para ayudar con el drenaje linfático.	CUMPLE
23	930806B	ELECTROMIOGRAFIA DE PARAESPINALES	Estudio electromiografico local por niveles que pueden ser cervicales torácicos y lumbares con el fin de mejorar la sensibilidad especifica del estudio	CUMPLE
24	930401B	EVALUACION DE LA FUNCION OSTEOMUSCULAR	Destinadas a evaluar el estado de salud del sistema óseo muscular	CUMPLE
25	881701B	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS	Procedimiento mediante el que se toma una imagen con uso de un ecógrafo para guiar procedimientos intervencionistas en diferentes estructuras del cuerpo	CUMPLE
26	931600B	MODALIDADES MECANICAS DE TERAPIA SOD	actividades propias a ejecutar en los componentes sensorio-motores, cognoscitivos, socio afectivos y espirituales del desempeño; ejercicios terapéuticos, estimulación temprana mecanoterapia, medios físicos (hidroterapia, crio-terapia, calor húmedo)	CUMPLE

OTRAS CONDICIONES TECNICAS VERIFICABLES Y DE CUMPLIMIENTO

Nº	CARACTERÍSTICAS	PN RASES N°5 MIC 036 2026
26	Para la prestación del servicio se requiere que los posibles oferentes cumplan con los requisitos técnicos mínimos que se establecen a continuación, que se calificaran bajo el criterio de CUMPLE o NO CUMPLE.	
26	El Oferente deberá entregar formalmente junto con la propuesta los siguientes documentos: Constancia de Habilitación (vigente) en el Registro especial de prestadores de servicios de salud expedido por la Secretaría de Salud Departamental de Norte de Santander designada para tal fin y/o Constancia de Autoevaluación vigente para prestar los servicios de salud en la Ciudad de Cúcuta ó su Área Metropolitana. Según la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social.	CUMPLE
27	Anexar el Portafolios de servicios el cual deberá describir:	CUMPLE

Nº	CARACTERÍSTICAS	PN RASES N°5 MIC 036 2026
	a. Capacidad instalada por servicios (recursos logísticos, servicios operativos y físicos), Servicios ambulatorios (consulta especializada, numero de consultorios, procedimientos y/o servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico) b. Disciplinas generales, especializadas y supra especialidades con que se cuenta (horas profesionales disponibles o por disponibilidad requeridas), cobertura requerida y oportunidad de atención, incluyendo en este el modelo de atención y así como el listado del recurso humano asistencial por servicios. **Condiciones que se verificarán por el Comité Técnico Evaluador mediante visita.** c. MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD previamente definido por la entidad oferente	
28	El contratista se obliga a sostener las tarifas ofrecidas para la prestación de servicios de salud, procedimientos especiales y la práctica de procedimientos diagnósticos ofrecidos durante el tiempo que dure el contrato que se llegase a celebrar.	CUMPLE
29	**Experiencia Proponente en producir o comercializar el bien y/o ofrecer el servicio** El OFERENTE deberá certificar experiencia para lo cual deberá allegar, máximo tres (3) certificaciones o copias de contratos ejecutados, cuyo objeto sea igual o similar y cuya sumatoria sea igual o mayor al 70% del valor del presupuesto asignado para esta contratación. Las certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información básica: ✓ Fecha de inicio de la contratación ✓ Fecha de término de la contratación ✓ Valor de la contratación ✓ Objeto contractual ✓ Número del contrato ✓ Firma del representante legal contratante ✓ NIT del contratante ✓ Dirección del contratante ✓ Teléfono del contratante ✓ Membrete de la entidad que lo expide ✓ Cumplimiento. No serán tenidas en cuenta las Certificaciones que presenten incumplimiento. En el evento que el oferente haya celebrado contratos con la unidad prestadora de Salud Norte de Santander, o Regional de Aseguramiento en Salud Nº 5 no es obligatorio que anexe certificaciones, solamente con enunciarlos, se verificará la información, según lo señalado en el Decreto 019 de 2012. No se aceptan certificaciones con enmendaduras y que no contengan como mínimo la información solicitada anteriormente o que presenten inconsistencias.	CUMPLE
30	**COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS** Para la prestación de los servicios a contratar, es necesario que los oferentes CUMPLAN los requerimientos descritos a continuación: a) Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios. b) 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". c) Resolución 3100 del 25 de noviembre de 2019, "Por la cual se define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud. d) Decreto Reglamentario Único del Sector Salud 0780 de mayo de 2016. e) Demás normas vigentes expedidas por el Gobierno Nacional. El oferente presentará una certificación firmada por el Representante Legal donde manifieste el	CUMPLE

<table>
<tr><th>Nº</th><th>CARACTERÍSTICAS</th><th>PN RASES N°5 MIC 036 2026</th></tr>
<tr><td></td><td>cumplimiento de esta normatividad. El anterior se verificará en el Anexo COMPETENCIA DEL CONTRATISTA.</td><td></td></tr>
<tr><td>31</td><td>NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO:

Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano que se requiere para el cumplimiento del objeto del contrato, <u>EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL</u> de la entidad donde conste que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjetas profesionales y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual.

DEBERÁ DILIGENCIAR EL ANEXO NIVEL DE EDUCACION, ANEXO RELACION DE TALENTO HUMANO Y RELACIÓN DE SU EQUIPO DE TALENTO HUMANO.

ASÍ MISMO DEBERÁ ADJUNTAR CON LA PROPUESTA LAS HOJAS DE VIDA DE LOS PROFESIONALES QUE PRESTARAN LOS SERVICIOS A CONTRATAR CON EL FIN DE VERIFICAR SU IDONEIDAD.

<table>
<tr><th colspan="3">PERSONAL TÉCNICO Y PROFESIONAL</th></tr>
<tr><th>CARGO</th><th>CAN</th><th>REQUISITOS MÍNIMOS PARA DESEMPEÑAR CADA CARGO</th></tr>
<tr><td>MEDICO ESPECIALISTA EN FISIATRIA</td><td>1</td><td>Requisito: Profesional en medicina con especialización en fisiatría, expedido por una institución con registro vigente aprobada por el Ministerio de Educación del país, o título del extranjero (Debidamente homologado). El profesional debe encontrarse registrado en el RETHUS.

Experiencia Requerida: Certificar MÍNIMO UNO (1) AÑO contados a partir de la fecha de expedición de la Tarjeta Profesional</td></tr>
</table>

NOTA 1: El personal debe estar debidamente vinculado con el proponente bajo cualquier modalidad de contratación. Lo anterior a efectos de evitar que se indiquen profesionales que no están contratados o trabajando para el oferente.

NOTA 2: A través del Supervisor del contrato LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5, se reserva el derecho de confirmar la información suministrada a través de verificación personal y/o telefónica.

A través del supervisor designado, se reserva el derecho de solicitar el cambio de personal asignado para la ejecución del contrato, si no existe entera satisfacción acerca de la idoneidad y experiencia del mismo, previa notificación por escrito al contratista, debiendo éste asignar uno nuevo de las mismas o mejores condiciones académicas y de experiencia, en un término máximo de cinco (5) días calendario contados a partir de la notificación de la solicitud.

En caso que el cambio sea solicitado por el contratista, este contará con máximo cinco (5) días calendario para proveer el personal de las mismas o mejores condiciones académicas y de experiencia.

Cada uno de los perfiles corresponde a una determinada persona, esto es, no se podrá acreditar que una misma persona cumple con varios de los perfiles.</td><td>CUMPLE</td></tr>
<tr><td>32</td><td>CAPACIDAD OPERATIVA:</td><td>CUMPLE</td></tr>
</table>

Nº	CARACTERÍSTICAS	PN RASES N°5 MIC 036 2026
	La entidad debe ofrecer los medios, instalaciones, elementos y recursos necesarios en Ciudad de San José Cúcuta o su área metropolitana, para llevar a cabo las consultas, procedimientos y atenciones que requieran los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional que hagan uso del servicio que se va a contratar. La entidad deberá garantizar e identificar la capacidad de instalaciones, equipos, recurso humano, cobertura requerida y oportunidad de atención, y/o todos aquellos aspectos que hacen parte esencial para el cumplimiento del presente objeto contractual, esta se podrá constatar en el portafolio de servicios de la entidad y en las especificaciones técnicas mínimas. De acuerdo con lo anterior debe presentar el certificado de Registro en el Sistema Único de Habilitación vigente expedido por la secretaria de Salud del Departamento Norte de Santander 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, contar con una (01) sala de espera mínimo para cinco (05) personas que cumpla con los requisitos mínimos de habilitación, un (01) baño género femenino, un (01) baño género masculino, (04) consultorios para atención de usuarios, (01) recepcionista, un (01) área para residuos biológicos. Para lo anterior, deberá diligenciar y presentar anexo CAPACIDAD OPERATIVA de la presente invitación." firmada por el representante legal de la entidad oferente.	
33	El oferente deberá adjuntar a su propuesta los siguientes documentos relacionados con el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el trabajo (SG-SST): a) El OFERENTE deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo • Diligenciar FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST firmado por el Representante Legal de la entidad oferente. • 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 "COMPROMISO DE BUENAS NORMAS AMBIENTALES" firmada por el Representante Legal de la entidad oferente Los proponentes o proveedores, deberán entregar certificado de recolección, transporte, tratamiento y adecuada disposición final de residuos sólidos peligrosos, a la Unidad Prestadora de Salud del Departamento Norte de Santander, máximo 15 días, posteriores a la entrega de los residuos.	**CUMPLE**
34	Diligenciar y adjuntar a su propuesta el anexo HOJA DE VIDA EQUIPOS de la presente invitación que corresponde a CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL relacionada con la Hoja de vida de los equipos utilizados para el manejo de las diferentes patologías y procedimientos, los cuales deben estar debidamente calibrados.	**CUMPLE**
35	OPORTUNIDAD EN PROCEDIMIENTO Y CONSULTAS. El ofertante deberá anexar certificación escrita firmada por el representante legal donde certifique la oportunidad en los procedimiento y consulta especializada conforme al Anexo OPORTUNIDAD EN PROCEDIMIENTO Y CONSULTAS	**CUMPLE**
36	El servicio se prestará ininterrumpidamente desde el inicio hasta la finalización del contrato sin excepción, en el horario de atención de 7:00 am a 12:00 pm y de 2:00 pm a 6:00 pm de lunes a viernes y sábados de 8:00 a 1:00 pm.	**CUMPLE**

N°	CARACTERÍSTICAS	PN RASES N°5 MIC 036 2026
37	Designar coordinador en forma permanente, para que de solución a las necesidades y posibles inconvenientes que se puedan presentar a los usuarios de la Policía. Lo cual debera ser implementado previamente a la notificación del oficio de inicio del contrato.	CUMPLE
38	Para la asignación de citas, el oferente deberá allegar junto con su propuesta el número _____ del call center junto con la información de la plataforma para la asignación de las citas, para lo cual se realizará una prueba de manera simulada	CUMPLE

Que una vez analizados los documentos de la oferta presentada por el oferente **SOMEFYR S.A.S.** con NIT: 900.229.038-9 y mediante soportes aportados por la entidad en el portafolico de servicios MODELO DE ATENCIÒN CAPACIDAD INSTALADA Horario de Atención se evidencian los Teléfonos: 5891720-58919-3008521200, por lo anterior se procedio arealizar prueba de manera simulada al Call center abonado **5891720** el dia 14 de abril a las 10:59 horas, donde se pudo comprobar que el numero corresponde efectivamente al call center del proponente, asi mismo se anexa acta de visita numero 023 UPRES GUSAP del 14 de abril de 2024 en cumplimiento de los lineamientos establecidos en la Resolución 3100 de 2019 y en el marco de la verificación de condiciones mínimas de calidad, donde se llevó a cabo visita técnica a la entidad prestadora de servicios de salud ubicada en la calle 15 #3AE-06 barrio caobos de la ciudad de Cúcuta, con el fin de constatar la capacidad instalada y operativa para la prestacion de servicios medicos consulta externa, procedimientos derivados de la especialidad de fisiatria, por lo anterior en calidad como evaluadores se emite concepto **CUMPLE** con los requisitos de orden técnico solicitados en la invitación pública **PN RASES N°5 MIC 036 2026**.

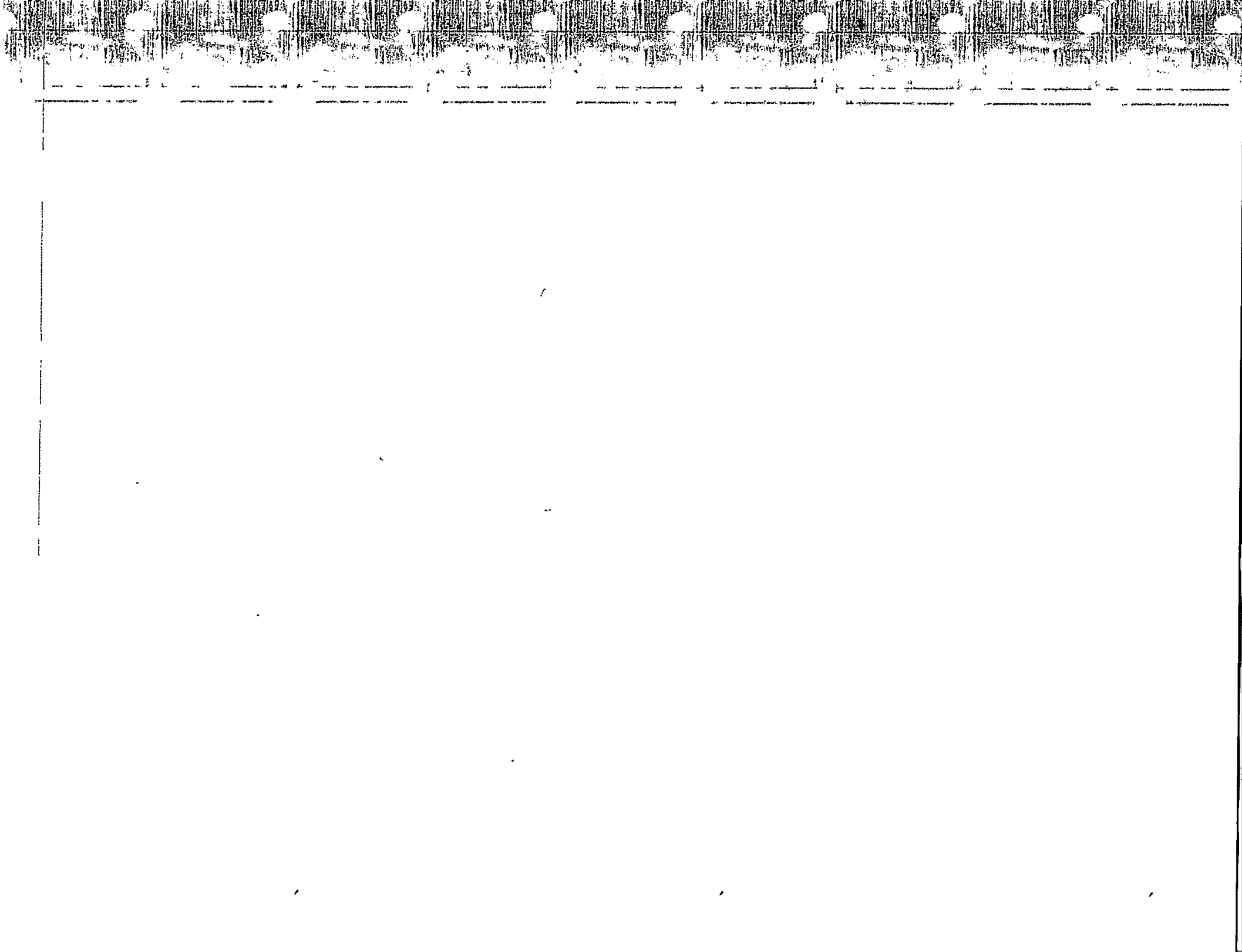
Atentamente,

Intendente jefe **DARWIN LEONARDO GOMEZ PAEZ**
Integrante comité técnico

TS- 27 **JAVIER YAMID GÓMEZ VILLAMIZAR**
Integrante comité técnico

Calle 22 # 2-03 barrio tasajero
Teléfono: 3505851048
denor.upres@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B NORTE DE SANTANDER
REHABILITACION

Fecha:	Cúcuta, 14 de abril 2026		
Hora de inicio:	07:30 horas.	**Hora de finalización:**	08:30 horas.
Lugar:	Instalaciones SOMEFYR S.A.S		

ACTA- Nro. – 023 -UPRES - GUSAP - 2.4

QUE TRATA DE LA VERIFICACIÓN DE CONDICIONES TECNICAS MINIMAS A LA ENTIDAD SOMEFYR S.A.S, SOBRE LA INVITACIÓN PÚBLICA A PRESENTAR OFERTA AL PROCESO DE MINIMA CUANTÍA PN RASES N°5 MIC 036 2026 – CUYO OBJETO ES ""PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS CONSULTA EXTERNA, PROCEDIMIENTOS DERIVADOS DE LA ESPECIALIDAD DE FISIATRIA, SERVICIOS INCLUIDOS EN EL ACUERDO N° 002 (ABRIL 27 DEL 2001) DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICIA NACIONAL, DIRIGIDOS A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 5 ZONIFICADOS EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA NORTE DE SANTANDER Y SU AREA METROPOLITANA".

ORDEN DEL DÍA

1- Verificación de Quórum.
2- Lectura del acta anterior.
3- Verificación de los compromisos.
4- Temas a tratar.

DESARROLLO

1. Verificación de Asistentes

Intendente jefe DARWIN LEONARDO GOMEZ PAEZ
Integrante comité técnico
TS- 27 JAVIER YAMID GÓMEZ VILLAMIZAR
Integrante comité técnico
GREISSY ESNEDY ANAVE AFANADOR
Por SOMEFYR S.A.S

2. Lectura del acta anterior

No aplica.

3. Verificación de los compromisos

No aplica

4. Temas a tratar.

En la ciudad de Cúcuta, la Intendente jefe DARWIN LEONARDO GOMEZ PAEZ el señor TS- 27 JAVIER YAMID GÓMEZ VILLAMIZAR, designados como integrantes del comité evaluador técnico mediante comunicación oficial GS-2026-048917-DENOR; por parte SOMEFYR S.A.S la doctora GREISSY ESNEDY ANAVE AFANADOR asistente de gerencia – Líder de calidad, con el fin de realizar verificación de condiciones mínimas técnicas para el proceso de mínima cuantía PN RASES N°5 MIC 036 2026 "PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS CONSULTA EXTERNA, PROCEDIMIENTOS DERIVADOS DE LA ESPECIALIDAD DE FISIATRIA, SERVICIOS INCLUIDOS EN EL ACUERDO N° 002 (ABRIL 27 DEL 2001) DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICIA NACIONAL, DIRIGIDOS A LOS USUARIOS Y

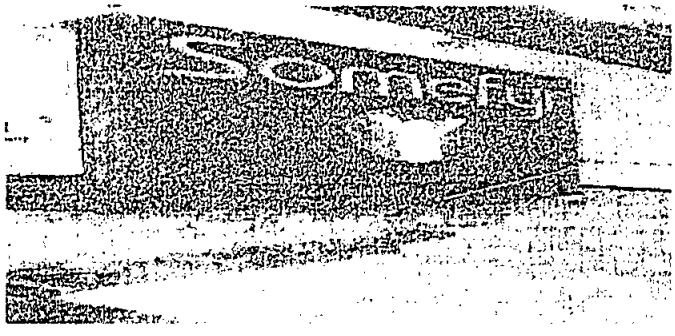
BENEFICIARIOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 5 ZONIFICADOS EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA NORTE DE SANTANDER Y SU AREA METROPOLITANA".

En cumplimiento de los lineamientos establecidos en la Resolución 3100 de 2019 y en el marco de la verificación de condiciones mínimas de calidad, se llevó a cabo visita técnica a la entidad prestadora de servicios de salud ubicada en la ciudad de Cúcuta, con el fin de constatar la capacidad instalada y operativa para la prestación de los servicios de salud.

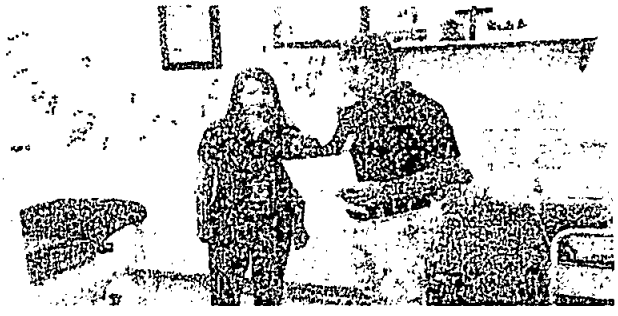
1. Portafolio de servicios:
- Capacidad instalada por servicios (recursos logísticos, servicios operativos y físicos)
- Disponibilidad de talento humano

N°	ITEM	CUMPLE	NO CUMPLE
27	Anexar el Portafolios de servicios el cual deberá describir: a. Capacidad instalada por servicios (recursos logísticos, servicios operativos y físicos), Servicios ambulatorios (consulta especializada, numero de consultorios, procedimientos y/o servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico) b. Disciplinas generales, especializadas y supra especialidades con que se cuenta (horas profesionales disponibles o por disponibilidad requeridas), cobertura requerida y oportunidad de atención, incluyendo en este el modelo de atención y así como el listado del recurso humano asistencial por servicios. **Condiciones que se verificarán por el Comité Técnico Evaluador mediante visita**. MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD previamente definido por la entidad oferente	**CUMPLE**	
32	**CAPACIDAD OPERATIVA:** La entidad debe ofrecer los medios, instalaciones, elementos y recursos necesarios en Ciudad de San José Cúcuta o su área metropolitana, para llevar a cabo las consultas, procedimientos y atenciones que requieran los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional que hagan uso del servicio que se va a contratar. La entidad deberá garantizar e identificar la capacidad de instalaciones, equipos, recurso humano, cobertura requerida y oportunidad de atención, y/o todos aquellos aspectos que hacen parte esencial para el cumplimiento del presente objeto contractual, esta se podrá constatar en el portafolio de servicios de la entidad y en las especificaciones técnicas mínimas. De acuerdo con lo anterior debe presentar el certificado de Registro en el Sistema Único de Habilitación vigente expedido por la secretaria de Salud del Departamento Norte de Santander 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, contar con una (01) sala de espera mínimo para cinco (05) personas que cumpla con los requisitos mínimos de habilitación, un (01) baño género femenino, un (01) baño género masculino, (04) consultorios para atención de usuarios, (01) recepcionista, un (01) área para residuos biológicos. Para lo anterior, deberá diligenciar y presentar anexo CAPACIDAD OPERATIVA de la presente invitación." firmada por el representante legal de la entidad oferente.	**CUMPLE**	
38	Para la asignación de citas, el oferente deberá allegar junto con su propuesta el número _____ del call center junto con la información de la plataforma para la asignación de las citas, para lo cual se realizará una prueba de manera simulada		

UBICACIÓN RAZÓN SOCIAL



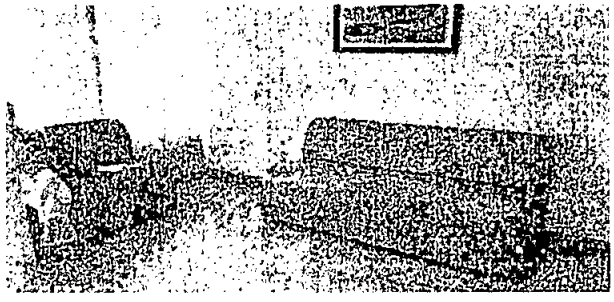
VERIFICACIÓN DE CONSULTORIOS Y CAPACIDAD OPERATIVA

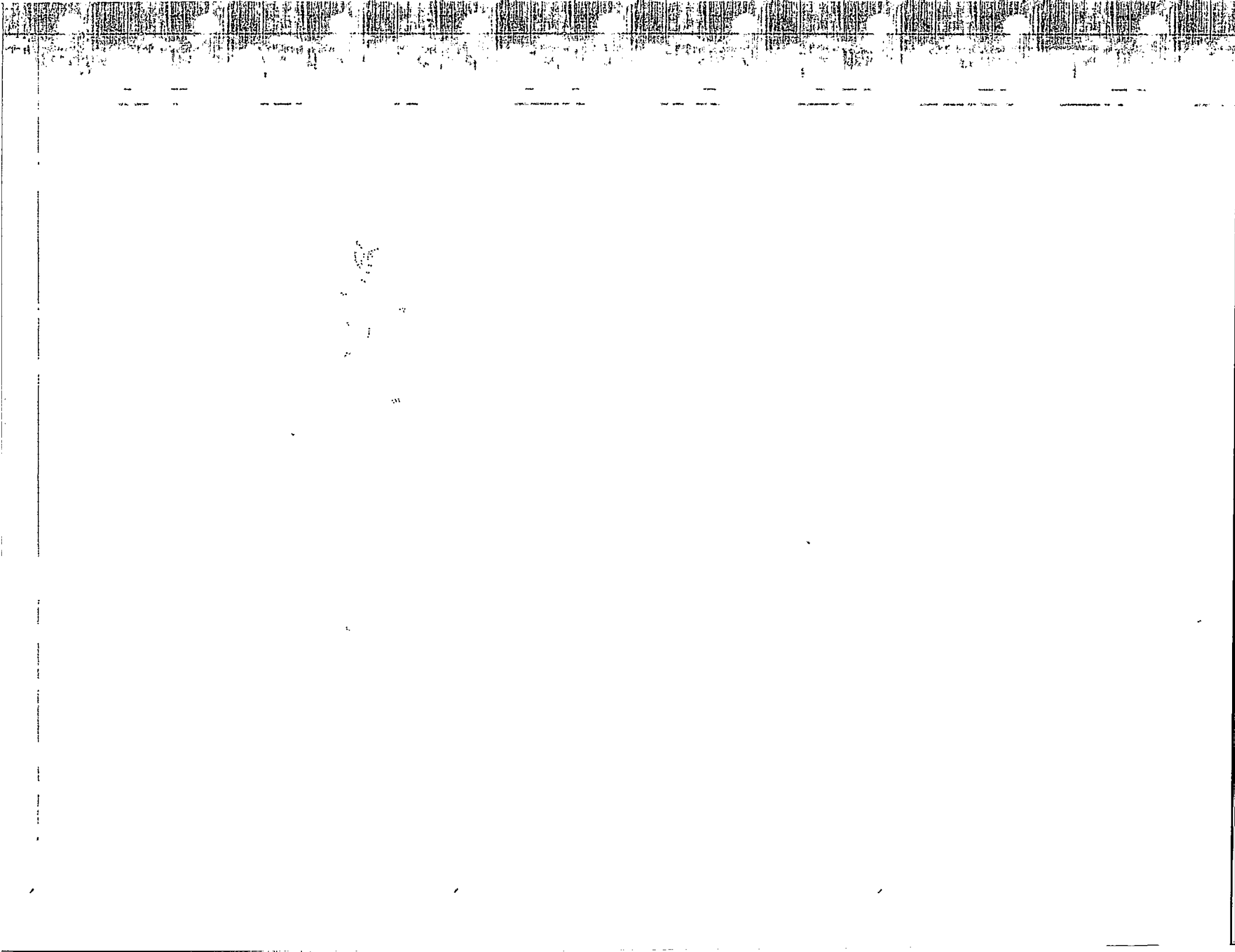


SALAS DE ESPERA

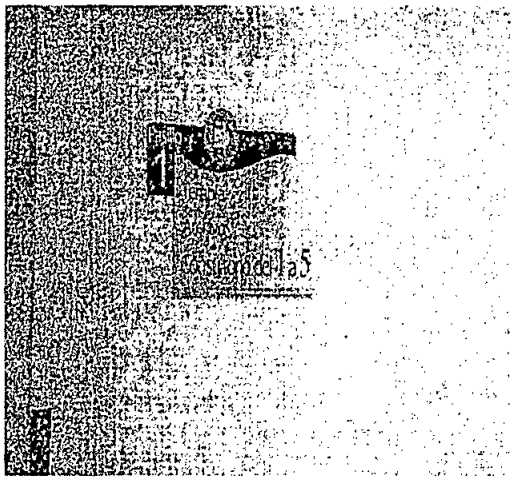


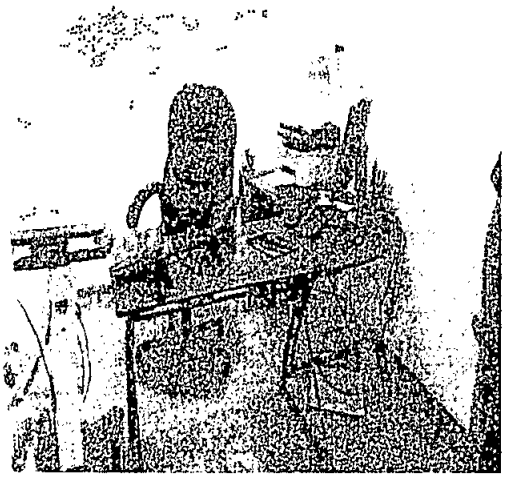




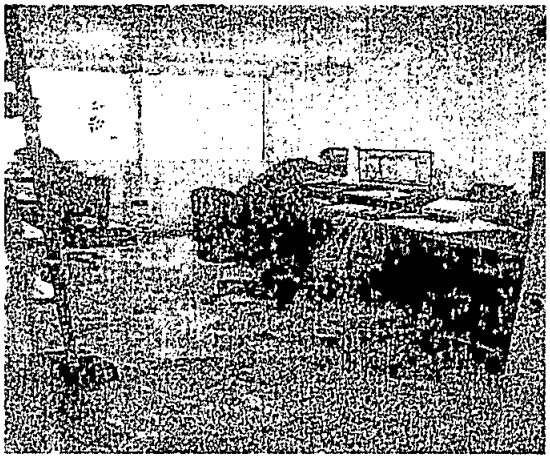


CONSULTORIOS





CALL CENTER JUNTO CON LA INFORMACIÓN DE LA PLATAFORMA PARA LA ASIGNACIÓN DE LAS CITAS





Atentamente,

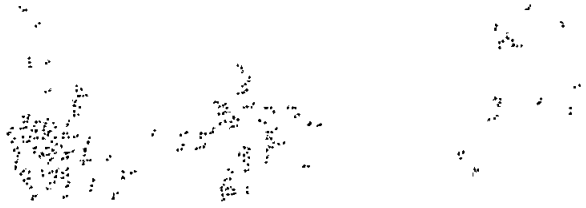
Intendente jefe **DARWIN LEONARDO GOMEZ PAEZ**
Comité técnico

TS- 27 JAVIER YAMID GOMEZ VILLAMIZAR
Comité técnico

Fecha de elaboración: 14/04/2026
Ubicación: D:\JAVIER 2026\EVALUACIONES CONTRATOS

Calle 22 N° 2-03 Urbanización Tasajero
denor.upres@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACION CONFIDENCIAL



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER
PLANEACIÓN

Fecha:	San José de Cúcuta, 14 de abril 2026		
Hora de inicio:	07:30	**Hora de inicio:**	08:30
Lugar:	Instalaciones SOMEFYR S.A.S		

ACTA- Nro. – **-UPRES - GUSAP - 2.4**

QUE TRATA DE LA VERIFICACIÓN DE CONDICIONES TECNICAS MINIMAS A LA ENTIDAD SOMEFYR S.A.S, SOBRE LA INVITACIÓN PÚBLICA A PRESENTAR OFERTA AL PROCESO DE MINIMA CUANTÍA PN RASES N°5 MIC 036 2026 – CUYO OBJETO ES ""PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS CONSULTA EXTERNA, PROCEDIMIENTOS DERIVADOS DE LA ESPECIALIDAD DE FISIATRIA, SERVICIOS INCLUIDOS EN EL ACUERDO N° 002 (ABRIL 27 DEL 2001) DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICIA NACIONAL, DIRIGIDOS A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 5 ZONIFICADOS EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA NORTE DE SANTANDER Y SU AREA METROPOLITANA"".

ASISTENTES

GR.	NOMBRES Y APELLIDOS	UNIDAD O DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	CEDULA DE CIUDADANÍA	TELÉFONO	FIRMA
1	Grassy Andrea Alonso	Gerencia	gerencia@somefyr.com	1093783432	3144870430	
SI	David Leonardo Gomez	ESPEC.	[illegible]	88.259.615	3249219682	
PS2	Javier David Gomez V.	GUSAP	javier.gomez028@ejercito.mil.co	88.160.306	3202548888	

Calle 22N No 2-03 Barrio tasajero
Teléfono: 3505851030
Denor.upres-pla@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PUBLICA CLASIFICADA