PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL
ETAPA PRECONTRACTUAL INFORME DE EVALUACIÓN TÉCNICÓ
54_186 CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL SMA DE LA REGIONAL NORTE DE SANTANDER QUE SOLICITEN Y LO REQUIERAN, COMPRENDIDOS EN EL PLAN INTEGRAL DE SALUD Y QUE SEAN AUTORIZADOS POR EL MEDICO ASESOR.

San José de Cúcuta, 04 de mayo de 2026

Doctora
DENNIS CRISTAL BARRERA COTAMO
Director Regional

Asunto: Evaluación Técnica Proceso de Contratación de Mínima Cuantía No. MC-NDS-0013-2025

Con toda atención me dirijo, con el propósito de presentar la evaluación de carácter técnica en el marco del proceso del asunto, así:

FECHA DE CIERRE: 27 DE ABRIL DE 2026

ITEM	REQUISITO TÉCNICO	RESULTADO IPS MEDCARE	RESULTADO CÓDIGO AZUL
1	**Experiencia Especifica** Para acreditar la experiencia objeto de este requisito el proponente interesado deberá presentar máximo UN (01) contrato que cumpla con las siguientes características: ✓ El objeto del contrato debe estar relacionado de forma directa con el objeto contractual del presente proceso. ✓ El contrato deberá dar como resultado un valor igual o superior al 100% del valor del presupuesto oficial definido en el presente proceso.	CUMPLE	CUMPLE

	La información sobre experiencia será verificada de acuerdo con la información relacionada en las certificaciones expedidas por las entidades contratantes las cuales deberán contener como mínimo: a. Nombre de la empresa contratante (Dirección y teléfono) b. NIT c. Nombre del contratista Si se trata de un Consorcio o de una Unión Temporal, se debe señalar el nombre de quienes lo conformaron, adicionalmente se debe indicar el porcentaje de participación de cada uno de sus miembros. De no informarse dicho porcentaje la certificación no será tenida en cuenta. d. Número del contrato (si lo tiene) e. Objeto del contrato f. Valor del contrato (si está en ejecución valor a la fecha) g. Fecha de suscripción h. Nombre y firma de quien expide certificación. **Advertencia:** No será considerada la experiencia que se pretenda acreditar con contratos de administración delegada. **Acreditación de Experiencia con Entidades Privadas:** Si el Proponente pretende acreditar la experiencia con contratos celebrados con Entidades Privadas, dicha certificación deberá cumplir con los requisitos anteriormente señalados, **adicionalmente aportará:** 1. **Factura(s) de Venta(s)** 2. **Resolución de la expedida por la DIAN de la vigencia fiscal** Cada contrato, acta de liquidación o certificación de contrato se analizará por separado; en caso de presentar certificaciones que incluyan contratos adicionales al principal, el valor adicional se sumará al valor del contrato u orden principal, quedando esta como una sola certificación.		
2	**Modelo de Prestación de Servicios de Salud** De acuerdo con lo establecido en el Decreto 4747 de 2007, el proponente deberá incluir dentro de la propuesta técnica **EL MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** que la IPS ha definido para la prestación de los servicios requeridos y que está ofertando. Dicho modelo deberá contener como mínimo:	CUMPLE	CUMPLE

	• El portafolio de servicios • Descripción de la capacidad instalada y disponible para la atención de la población objeto de la presente selección. • Descripción de la capacidad de oferta (Recurso Humano) y disponibilidad para la atención de la población objeto de la presente selección. • Descripción del sistema de referencia y contrarreferencia (si aplica): Procesos de remisión a otras especialidades o servicios. • Proceso de atención al usuario. • Estrategias de cobertura: Se debe indicar la oportunidad definida por la IPS para consulta externa, Programación quirúrgica, ayudas diagnósticas, etc.		
3	**Certificación de Oportunidad en las citas y atención preferencial** El proponente deberá suscribir constancia que se encuentre firmada por el representante legal, en donde manifieste que se compromete a asignar las citas de manera oportuna y preferencial para la atención a los usuarios designados por el SENA dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la solicitud	CUMPLE	CUMPLE
4	**Certificación de habilitación: Registro especial de prestadores de Salud** Certificación expedida por la autoridad de salud competente, de acuerdo con el decreto Único reglamentario 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, la cual reemplaza la Resolución 2003 de 2014 expedida por el Ministerio de Protección Social y/o (Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander para el servicio médico ofertado, mediante acto administrativo). La presente certificación deberá demostrar que cuenta con los servicios requeridos en el presente proceso y que estos están habilitados por el órgano competente para su prestación. **Alianza Comercial:** Para el presente proceso contractual se permitirá la alianza comercial con un proveedor del suministro de oxígeno al ser un elemento médico de venta especializada, sometido a parámetros normativos que garantizan las prácticas de calidad y seguridad conforme la reglamentación en NTC-ISO10083, Decreto 465 de 2021 y el Decreto 1672 de 2021 como sus normas concordantes y modificadas.	CUMPLE	CUMPLE
5	**Establecimiento de Comercio Abierto al Público** El proponente deberá acreditar la disponibilidad de un establecimiento de comercio abierto al público, debidamente constituido y en funcionamiento, desde el cual se presten de manera directa los servicios de atención domiciliaria integral a los usuarios y beneficiarios del servicio médico asistencial SMA de la Regional Norte de Santander que soliciten y lo requieran, comprendidos en el plan integral de salud.	CUMPLE	CUMPLE

<table>
<tr><td></td><td>El establecimiento deberá encontrarse legalmente habilitado, cumplir con la normatividad vigente expedida por las autoridades competentes en materia de salud, y contar con la infraestructura física y técnica necesaria para garantizar la prestación oportuna, continua, segura y de calidad de los servicios ofertados a los beneficiarios del servicio médico de la Regional Norte de Santander.

Para efectos de la acreditación, el proponente deberá aportar:
• Certificado de existencia y representación legal o registro mercantil vigente, en el cual conste la actividad relacionada con los servicios de salud objeto del contrato.
• Certificación de existencia y representación legal donde se acredite el establecimiento, el cual deberá estar abierto al público.

La entidad contratante se reserva el derecho de verificar la información suministrada y constatar las condiciones reales de operación del establecimiento.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>6</td><td>Acreditación de Personal Profesional Idóneo
El proponente deberá acreditar la disponibilidad del talento humano mínimo requerido para la adecuada prestación de los servicios médicos de atención domiciliaria integral a los usuarios y beneficiarios del servicio médico asistencial SMA de la Regional Norte de Santander que soliciten y lo requieran, comprendidos en el plan integral de salud, objeto del presente proceso, conforme a lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 y demás normas concordantes:

<table>
<tr><th>No</th><th>Profesional de la Salud</th><th>Acreditación Académica</th><th>Acreditación Experiencia</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Psicólogo</td><td>Título Profesional expedido por una entidad pública o privada avalado por el Ministerio de Educación.</td><td>Mínimo (02) dos años de experiencia laboral en el área de la salud.</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Fonoaudiólogo</td><td>Título Profesional expedido por una entidad pública o privada avalado por el Ministerio de Educación.</td><td>Mínimo (02) dos años de experiencia laboral en el área de la salud.</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Médico General</td><td>Título Profesional expedido por una entidad pública o privada avalado por el Ministerio de Educación.</td><td>Mínimo (03) tres años de experiencia laboral en el área de la salud.</td></tr>
</table>
</td><td>CUMPLE</td><td>NO CUMLE</td></tr>
</table>

	4	**Nutricionista**	Título Profesional expedido por una entidad pública o privada avalado por el Ministerio de Educación.	Mínimo (02) dos años de experiencia laboral en el área de la salud.		
	5	**Fisioterapeuta**	Título Profesional expedido por una entidad pública o privada avalado por el Ministerio de Educación.	Mínimo (02) dos años de experiencia laboral en el área de la salud.		
	6	**Terapeuta Ocupacional**	Título Profesional expedido por una entidad pública o privada avalado por el Ministerio de Educación.	Mínimo (02) dos años de experiencia laboral en el área de la salud.		
	7	**Enfermero**	Título técnico o tecnólogo expedido por una entidad pública o privada avalada por el Ministerio de Educación.	Mínimo (02) dos años de experiencia laboral en el área de la salud.		
	Nota: El proponente deberá acreditar los requisitos solicitados en la presentación de su oferta so pena de rechazo bajo la causal de mejoramiento de la oferta conforme los parámetros señalados por el Consejo de Estado y Colombia Compra Eficiente.					

NOTA: El proponente IPS MEDCARE ya anexa el MODELO DE PRESTACION DEL SERVICIO, por tanto, se da por subsanado la no conformidad. El proponente IPS CODIGO AZUL no anexa el listado del personal profesional idóneo.

FIRMA EVALUADOR TÉCNICO

DANIEL GIOVANNY GUTIERREZ SILVA