MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES
EJERCITO NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO
DISPENSARIO MEDICO DE CALI

Santiago de Cali, 22 de abril de 2020

Señora Coronel
BEATRIZ SILVA MIRANDA
Gerente de Proyecto proceso 302-DMCAL-2020

Asunto: Evaluación técnica del proceso de Contratación Directa N° 302/DMCAL/2020 cuyo objeto es "**LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ATENCIÓN DOMICILIARIA, HOSPITALIZACIÓN EN CASA, SERVICIOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES DEL DISPENSARIO MEDICO DE POPAYÁN, SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA DIRECTIVA PERMANENTE N° 1733 DE 2014 Y RESOLUCION N° 1438 DEL 2011 DE LA DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO – PARA LA VIGENCIA DE 2020**".

PARTICIPANTE:

UFO

5.1. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO.

El oferente deberá presentar el cumplimiento de especificaciones técnicas excluyentes de los bienes y/o servicios que ofrece, conforme a la descripción de las mismas en el **numeral 2.1 del Anexo 2** "Especificaciones Técnicas", que son de obligatorio cumplimiento, para lo cual debe diligenciar correcta y completamente el Formulario 11 "Especificaciones Técnicas."

CATALOGO PRESUPUESTAL	CÓDIGO SAP: ISH-20000000000000	DESCRIPCIÓN			CUMPLE	NO CUMPLE
A 02-02-02-009-003	SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES					
A 02-02-02-009-003-02	SERVICIOS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL PARA PERSONAS MAYORES Y CON DISCAPACIDAD					
ATENCIÓN DOMICILIARIA						
ITEMS	CODIGO UNSPSC	CODIGO CUPS	OBSERVACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	
1	85101600	890101	ATENCION DOMICILIARIA. POR MEDICINA GENERAL	SERVICIO	1	X	

Calle 5 No 83-00 Cantón Militar pichincha
Correo. precontractualhomro3015@gmail.com
Cali – valle del cauca
Tel. 3240578

2	85101600	890102	ATENCION DOMICILIARIA. POR MEDICINA ESPECIALIZADA (DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS MEDICINA FISICA Y REHABILITACION, MEDICINA INTERNA, ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA, HABILITADOS)	SERVICIO	1	X	
3	85101600	890111	ATENCION DOMICILIARIA. POR FISIOTERAPIA	SERVICIO	1	X	
4	85101600	890110	ATENCION DOMICILIARIA. POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA	SERVICIO	1	X	
5	85101600	890113	ATENCION DOMICILIARIA. POR TERAPIA OCUPACIONAL	SERVICIO	1	X	
6	85101600	890106	ATENCION DOMICILIARIA. POR NUTRICION Y DIETETICA	SERVICIO	1	X	
7	85101600	890108	ATENCION DOMICILIARIA. POR PSICOLOGIA	SERVICIO	1	X	
8	85101600	890115	ATENCIÓN DOMICILIARIA POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGÍA CON ENFASIS EN NEURODESARROLLO	SERVICIO	1	X	
9	85101600	890115	ATENCIÓN DOMICILIARIA POR FISIATRIA	SERVICIO	1	X	
10	85101600	890115	ATENCIÓN DOMICILIARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL CON ENFASIS EN NEURODESARROLLO	SERVICIO	1	X	
11	85101600	890115	ATENCIÓN DOMICILIARIA POR TERAPIA FISICA CON ENFASIS EN NEURODESARROLLO (contar con la especialidad en neurorrehabilitación)	SERVICIO	1	X	
12	85101600	890109	ATENCIÓN DOMICILIARIA POR TRABAJO SOCIAL	SERVICIO	1	X	
13	85101600	933300	HIDROTERAPIA (Contar con contrato vigente de piscina climatizada y personal con capacitacion en Hidroterapia).	SERVICIO	1	X	
14	85101600	931101	TERAPIA DE REHABILITACIÓN DE PISO PÉLVICO (debe contar con personal entrenado en esta especialidad)	SERVICIO	1	X	
15	85101600	890112	ATENCION DOMICILIARIA. POR TERAPIA RESPIRATORIA (incluido insumos (Guantes, tapabocas, aplicadores, baja lenguas, bolsa para recolección de residuos hospitalarios)	SERVICIO	1	X	
16	85101600	933500	TERAPIA DE REHABILITACION PULMONAR	SERVICIO	1	X	
17	85101600	890115	TERAPIA ENTEROSTOMAL POR ENFERMERA CON ESPECIALIDAD EN HERIDAS Y OSTOMIA (Incluye insumos y apósitos especiales) (debe contar con personal especialista en esta área).	SERVICIO	1	X	
18	85101600	890105	CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 2 HORAS	SERVICIO	1	X	
19	85101600	890105	CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 4 HORAS	SERVICIO	1	X	

Calle 5 No 83-00 Cantón Militar pichincha
Correo. precontractualhomro3015@gmail.com
Cali – valle del cauca
Tel. 3240578

20	85101600	890105	CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 6 HORAS	SERVICIO	1	X	
21	85101600	890105	CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 8 HORAS	SERVICIO	1	X	
22	85101600	890105	CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 12 HORAS	SERVICIO	1	X	
23	85101600	890105	CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA POR 24 HORAS	SERVICIO	1	X	
24	85101600	869500	CURACIÓN DE LESIÓN EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD, aplica únicamente para las quemaduras de segundo y tercer grado en área especial o general (328) (incluido insumos)	SERVICIO	1	X	
25	85101600	869500	CURACION NIVEL I INCLUIDO INSUMOS (Guantes estéril, jeringas, torundas de algodón, gasas estériles, antiséptico, micropore, espadrapo, solución salina, bolsa para recolección de residuos hospitalarios).	SERVICIO	1	X	
26	85101600	869500	CURACION NIVEL II INCLUIDO INSUMOS (Guantes estéril, jeringas, torundas de algodón, gasas estéril, antiséptico, micropore, espadrapo, solución salina, bolsa para recolección de residuos hospitalarios)	SERVICIO	1	X	
27	85101600	869500	CURACION NIVEL III INCLUIDO INSUMOS (Guantes estéril, jeringas, torundas de algodón, gasas estéril, antiséptico, micropore, espadrapo, solución salina, hidrocel, acuacel, tegaderm, duoderm, bolsa para recolección de residuos hospitalarios).	SERVICIO	1	X	
28	85101600	869500	CURACION NIVEL IV INCLUIDO INSUMOS (Guantes estéril, jeringas, torundas de algodón, gasas estéril, antiséptico, micropore, espadrapo, solución salina, hidrocel, acuacel, tegaderm, duoderm, bolsa para recolección de residuos hospitalarios)	SERVICIO	1	X	
29	85101600	890105	CAMBIO DE BOLSA DE COLOSTOMÍA INCLUIDO INSUMOS (Guantes, gasas estériles, solución salina, bolsa para recolección de residuos hospitalarios), incluye bolsa de colostomía.	SERVICIO	1	X	
30	85101600	903883	GLUCOMETRÍA INCLUIDO INSUMOS (Lancetas y tirillas)	SERVICIO	1	X	
31	85101600	960600	INSERCIÓN DE SONDA VESICAL SOD, incluye insumos (sonda, bolsa de drenaje, guantes, gasas estériles, solución salina, bolsa para recolección de residuos hospitalarios, sylocaina).	SERVICIO	1	X	
32	85101600	890105	PASO DE SONDA NASOGASTRICA INCLUIDO INSUMOS (sonda, guantes, gasas estériles, jeringas, bolsa para recolección de residuos hospitalarios).	SERVICIO	1	X	
33	85101600	862801	DESBRIDAMIENTO NO INCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO HASTA 5% DE SUPERFICIE CORPORAL (incluye curación de nivel I e insumos)	SERVICIO	1	X	

Calle 5 No 83-00 Cantón Militar pichincha
Correo. precontractualhomro3015@gmail.com
Cali – valle del cauca
Tel. 3240578

34	85101600	890105	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HORARIO DIURNO INCLUIDO INSUMOS (Guantes, jeringas, torundas de algodón, alcohol, micropore, espadrapo, solución salina, equipo de macro o micro goteo, buretrol, jelco, bolsa para recolección de residuos hospitalarios), excepto medicamento. De acuerdo a dosis del paciente (1, 2, 3 y 4 dosis).	SERVICIO	1	X	
35	85101600	890105	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HORARIO NOCTURNO INCLUIDO INSUMOS (Guantes, jeringas, torundas de algodón, alcohol, micropore, espadrapo, solución salina, equipo de macro o micro goteo, buretrol, jelco, bolsa para recolección de residuos hospitalarios), excepto medicamento. De acuerdo a dosis del paciente (1, 2, 3 y 4 dosis)	SERVICIO	1	X	
36	85101600	940701	ADMINISTRACION DE PRUEBAS NEUROPSICOLOGICAS (debe contar con personal especialista en Neuropsicología)	SERVICIO	1	X	
37	85101600	944301A	TERAPIA NEUROPSICOLÓGICA	SERVICIO	1	X	
38	85101600	930860	ELECTROMIOGRAFIA DE EXTREMIDADES (Este ítem incluye: 1 Extremidad con Neuroconducción, Reflejo H y Onda F)	SERVICIO	1	X	
39	85101600	890466	ATENCION DOMICILIARIA POR MEDICINA INTERNA	SERVICIO	1	X	
40	85101600	890394	ATENCION DOMICILIARIA POR UROLOGIA	SERVICIO	1	X	
ALQUILER DE EQUIPOS							
41	85101600	932400	ALQUILER DIARIO DE ASPIRADOR DE SECRECIONES A DOMICILIO	UNIDAD	1	X	
42	85101600	932400	ALQUILER DIARIO DE PULSOXIMETRO LECTURA CONTINUA DOMICILIO	UNIDAD	1	X	
43	85101600	932400	ALQUILER MONITOR DE SIGNOS VITALES DÍA	UNIDAD	1	X	
44	85101600	932400	ALQUILER DIARIO DE CAMA MANUAL DÍA	UNIDAD	1	X	
45	85101600	932400	ALQUILER DIARIO DE CAMA ELECTRICA DÍA	UNIDAD	1	X	
46	85101600	932400	CAMA HOSPITALARIA 2 NIVELES ALQUILER DÍA	UNIDAD	1	X	
47	85101600	932400	ALQUILER DE NEBULIZADOR DÍA	UNIDAD	1	X	
48	85101600	932400	ALQUILER BOMBA DE INFUSION POR DÍA INCLUYE SET PARA BOMBA	UNIDAD	1	X	
49	85101600	932400	ALQUILER DE PULSOXIMETRO PORTATIL DÍA	UNIDAD	1	X	
50	85101600	932400	ALQUILER DE PULSOXIMETRO NEONATAL DÍA	UNIDAD	1	X	
51	85101600	932400	ALQUILER DE VENTILADOR MECANICO DIA	UNIDAD	1	X	

Calle 5 No 83-00 Cantón Militar pichincha
Correo. precontractualhomro3015@gmail.com
Cali – valle del cauca
Tel. 3240578

52	85101600	932400	ALQUILER DE CONCENTRADOR DE OXIGENO DIA	UNIDAD	1	X		
53	85101600	932400	ALQUILER DIARIO DE CILINDRO Y REGULADOR DE OXIGENO MAS CONTENIDO DE OXIGENO	UNIDAD	1	X		
PACIENTE CRONICO CON VENTILACION MECANICA								
N° ITEM	CODIGO UNSPSC	CODIGO CUPS	DESCRIPCION	ESPECIFICACION DEL SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	CANT.	CUMPLE	NO CUMPLE
	85101600	890105 890112 890112 890111 890110 890106 890101 932400	PAQUETE DE VENTILACION MECANICA DE PACIENTE CRONICO CON VENTILADOR	AUXILIAR DE ENFERMERIA 24 HORAS POR DIA (ATENCION POR UN MES) TERAPIA RESPIRATORIA 1 SESION POR DIA(MANEJO POR UN MES) TOTAL 30 SESIONES AL MES TERAPIA FISICA 20 SESIONES POR MES TERAPIA FONOAUDIOLOGICA DE DEGLUCION 20 SESIONES POR MES NUTRICION 1 VISITA AL MES VISITA MEDICA 2 VISITAS AL MES VENTILADOR MECANICO 1 POR MES UPS 1 X MES ASPIRADOR DE SECRECIONES 1 X MES PULSOXIMETRO 1 X MES CAMA HOSPITALARIA DE 3 NIVEL X MES NEBULIZADOR X MES ATRIL X MES PAQUETE DE TRAQUEOSTOMIA PACIENTE HIPERSECRETOR QUE INCLUYE AL MES: GASA ESTERIL PAQUETE X 2/ 140 UNIDADES SOLUCION SALINA BOLSA POR 500CC- 4 BOLSAS JERINGAS DE 10 CC, 60 UNIDADES SONDAS DE SUCCION- 100 UNIDADES GUANTES LIMPIOS 50 PARES PAQUETE ALIMENTACION POR SONDA QUE INCLUYE AL MES: JERINGA DESECHABLE 50CC PUNTA CATETER CANTIDAD 4 BOLSA NUTRICION ENTERAL CANTIDAD 4 GUANTES LIMPIOS 50 PARES GASA ESTERIL PAQUETE POR 2- UNIDADES 30	VALOR / MES	1	X	

Calle 5 No 83-00 Cantón Militar pichincha
Correo. precontractualhomro3015@gmail.com
Cali – valle del cauca
Tel. 3240578

				MICROPORE UN ROLLO BOLSA SOLUCION SALINA 500CC- 2 UNIDADES				
				NARIZ DE CAMELLO 4 UNIDADES POR MES				
				MANGUERA DE CONEXIÓN DE OXIGENO 1 UNIDAD POR MES				
				MANGUERA DE MICRONEBULIZADOR 1 UNIDAD POR MES				
				MASCARA DE TRAQUEOSTOMIA 1 UNIDAD POR MES				
				SISTEMA DE VENTURY 1 UNIDAD POR MES				
				FILTRO ANTIBACTERIAL 4 UNIDADES POR MES				

5.2 ESPECIFICACIONES TECNICAS ADICIONALES

Debe certificarse en documento independiente el cumplimiento a la totalidad de las especificaciones técnicas adicionales, conforme a la descripción de las mismas. Estos aspectos técnicos adicionales son de estricto cumplimiento que no pueden obviarse por lo tanto serán evaluados como CUMPLE o NO CUMPLE.

ITEM	ESPECIFICACIONES	CUMPLE	NO CUMPLE
1	La Institución prestadora de servicios de salud debe presentar junto con la propuesta el certificado de habilitación de conformidad con el artículo 58 de la ley 1438 de 2011, articulo 118 del decreto 019 de 2012, artículo 60 del decreto 1510 de 2013, artículo 2.2.1.2.1.2.21 del decreto 1082 de 2015, así también, en observancia a las resoluciones 2003 de 2014, resolución 3678 de 2014, resolución 226 de 2015, circular 0036 de 2015, resolución 1416 de 2016 / resolución 5158 de 2015, decreto 1011 de 2006, resolución 4445 de 1996	X	
2	La entidad contratante debe verificar que oferente se encuentre inscrito en el reps y ha realizado la autoevaluación de la totalidad de los servicios habilitados con su correspondiente declaración en el reps, dentro del término legalmente previsto y en consecuencia ha obtenido constancia de su inscripción en el registro especial nacional del ministerio de la protección social y efectuado la autoevaluación de su cumplimiento en los servicios, en consonancia con lo estipulado en las resoluciones antes descritas.	X	
3	Certificación donde el oferente se compromete a realizar el procedimiento de pasar los RIPS por la malla validadora M.P.S., sin errores de estructura obteniendo el certificado o reporte de "0" errores almacenando la información en medio físico y magnético, conforme la (resolución 3374 de 2000) y normatividad vigente aplicable).	X	
4	La institución prestadora de servicios de salud cuenta con la generación del distintivo de habilitación de los servicios, emitido y autorizado por la entidad departamental o distrital de salud y/o entidad competente en el reps, expedido conforme la normatividad vigente, debidamente descargado, impreso y publicado como corresponde. SISTEMA DE LA GARANTIA DE LA CALIDAD.	X	

5	El oferente debe aportar portafolio de servicio actualizado.	X	
6	El oferente deberá allegar Manual de Procedimientos y Protocolos de Manejo aceptados en salud para el manejo de los pacientes y manual de procesos y protocolos de enfermería en atención domiciliaria de acuerdo a los procedimientos más frecuentes en el servicio.	X	
7	La Institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos infecciosos o de riesgo biológico y de dispositivos médicos en el ámbito domiciliario.	X	
8	El oferente debe hacerse responsable del manejo, recolección y transporte de los residuos producidos por la atención médica y paramédica de los usuarios pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria del Ejército (PADE). El oferente debe presentar una **CERTIFICACIÓN SUSCRITA POR EL REPRESENTANTE LEGAL**, donde queden registrados el cumplimiento de los siguientes puntos obligatorios por parte de la empresa gestor o receptor de desechos o residuos peligrosos así: 1. Transportar residuos generados en la atención en salud y otras actividades que estén debidamente clasificados, embalados, envasados y etiquetados de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, deberán presentar los procedimientos para la actividad. 2. Entregar la totalidad de los residuos o desechos peligrosos al gestor autorizado para el almacenamiento, tratamiento, aprovechamiento y/o disposición final que sea definido por el generador, se verificaran actas desactivación final. 3. Asumir el costo del almacenamiento, tratamiento, y/o disposición final de los residuos peligrosos generados en la atención en salud y otras actividades, que se encuentre transportando, si una vez efectuada la verificación de la autoridad competente, no se encuentra en capacidad de demostrar quién es el remitente y/o propietario de los mismos, se verificaran acta de compromiso 4. Entregar al generador un comprobante de recolección de los residuos o desechos peligrosos con riesgo biológico o infeccioso. Se verificaran manifiestos de recolección residuos hospitalarios. 5. Cumplir con las disposiciones establecidas en el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras actividades. Se verificara PGHRS en medio magnético. 6. Para transporte de riesgo biológico se deberá realizar en bolsas rotuladas y con la capacidad adecuada correspondiente a la normatividad aplicable.	X	
8	Certificado que soporte la suficiencia para prestar los servicios que se contratan (capacidad instalada vs población a atender) suscrito por el representante legal que cumpla con los requisitos mínimos de habilitación definidos en el Decreto 1011 y anexo técnico uno (1) de la resolución 1043 del Ministerio de Protección Social de 2006.	X	
9	Certificado por escrito por parte de la entidad que garantice que el personal profesional asistencial posee la idoneidad y la experiencia en el servicio requerido, debiendo ofertar mínimo un profesional por cada especialidad solicitada.	X	

10	Hojas de Vida del personal profesional y técnico, anexando copia de tarjeta profesional, experiencia mínima de 1 año certificada en cuidado de paciente domiciliario y copia de diploma respectivo, adscrito a la entidad y que va a prestar el servicio al ESM. • 1 Médico internista • 1 Médico especialista en Medicina Física y rehabilitación • 1 Médico especialista en Ortopedia y Traumatología • 1 Médico especialista en Urología • 1 Médico general • 2 Terapeuta ocupacional • 2 Terapeuta de lenguaje – Fonoaudióloga • 2 Terapeuta respiratoria • 2 Fisioterapeuta • 3 Auxiliar de enfermería • 1 Nutricionista • 1 Psicólogo (a) • 1 Trabajador social • 1 Jefe de enfermería con Especialidad en Cuidado de Heridas y Ostomías o Terapia Enterostomal • 1 Profesional con Especialidad en Neuropsicología	X	
11	Certificado de compromiso a diligenciar a través de sus especialistas los formatos establecidos por la Dirección de Sanidad para justificar procedimientos que requieran aprobación por parte del Comité Técnico Científico del Nivel Central.	X	
12	El oferente se compromete a realizar el registro en la Historia clínica de todas las actividades, procedimientos e intervenciones efectuadas al paciente de acuerdo con los lineamientos para el diligenciamiento de la historia clínica emitidos en la Resolución 1995 de 1999.	X	
13	El oferente debe manifestar por escrito que el tiempo de asignación del personal idóneo domiciliario para la prestación del servicio requerido luego de la autorización por parte del ESM no será mayor a un día.	X	
14	El oferente se compromete a presentar informe mensual sobre los avances, estado, tratamiento, cumplimiento de deberes de los cuidadores y familiares y recomendaciones dadas a los pacientes a el Coordinador del Programa en medio magnético y / o físico.	X	
15	El oferente debe presentar certificación de cumplimiento de la Normatividad Sistema de gestión de Seguridad y Salud en el trabajo. (Salud ocupacional y jornada de trabajo.) Y manifestar por escrito que los turnos de 12 horas, será la jornada máxima para cada profesional del área asistencial.	X	
16	El oferente debe presentar permiso del ministerio de trabajo donde su empresa haya sido autorizada para laborar horas extras.	X	
17	El oferente debe presentar documento debidamente firmado por la autoridad competente, certificado de que la empresa no posee sanciones y multas a la fecha en la oficina del ministerio de trabajo	X	
18	El oferente deberá presentar certificación firmada por el representante legal en donde dispondrá de una persona exclusiva encargada de la coordinación y una linea telefónica directa para garantizar el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades (Codigo azul) sobre procedimientos, tratamientos, quejas, programaciones y en general para la atención de los pacientes	X	

	garantizando la disponibilidad las 24 horas del día los 7 días de la semana.		
19	El oferente debe certificar por escrito y entregar junto con la propuesto en único documento que se compromete a lo siguiente: • En caso de fallecimiento del paciente la entidad no debe facturar ni cobrar las órdenes no ejecutadas, debe informar inmediatamente al Comité de atención domiciliaria y hace llegar copia de las órdenes de servicio no realizadas a la coordinación del programa de atención domiciliaria. • Se debe garantizar el manejo de la historia clínica de cada paciente, con sus respectivos registros profesionales, evolución y manejo. • No se debe hacer sesiones dobles de ninguna terapia solo en caso de autorizados por el comité técnico científico de atención domiciliaria y el supervisor del contrato. • Las terapias respiratorias deben ser realizadas por el profesional en Terapia Respiratoria. • Las enfermeras y demás profesionales deben tener sus equipos básicos para el manejo de signos vitales. • Formular, de acuerdo a las políticas y criterios establecidos mediante Acuerdo 052 de 2013 del Consejo Superior de Sanidad Militar y Policial o normas que lo modifiquen. Directiva Permanente 0041 del 2016. • El Auxiliar de enfermería asignado deberá realizar Capacitación a cuidador encargado del paciente. • Previa realización de las curaciones la Enfermera Jefe debe hacer un Diagnóstico de la lesión y presentar el plan de tratamiento a el coordinador del programa para su autorización • De no contar con la presencia de cuidador familiar en el domicilio del paciente el servicio de auxiliar de enfermería no será prestado eventualmente y debe ser informado de inmediato al coordinador del programa del DMCAL. • Los cateterismos vesicales, la colocación de enema las curaciones de baja y mediana complejidad, la toma de glucómetros así como la administración de medicamentos a horario hacen parte de las funciones a realizar por el Auxiliar de enfermería durante su turno y no deben ser cobrados como evento.	X	
20	Certificado por escrito del compromiso a diligenciar los formatos establecidos por la Dirección de Sanidad para el reporte trimestral de los pacientes inscritos al programa, los servicios que reciben actualmente y los costos generados. Los cuales deben ser enviados los cinco (5) primeros dias de Enero, Abril, Julio y Octubre	X	
21	El oferente debera certificar mediante oficio que las ordenes medicas requeridas por cada paciente inscrito al programa de Atencion Domiciliaria, deberan ser autorizadas antes de las prestacion de los servicios, es decir en ningun caso se deberan prestar los servicios si no se cuenta con la autorizacion respectiva del DMCAL, para ello la entidad contratada debera radicar las ordenes medicas que requieran autorizacion los 25 dias de cada mes para que el area de auditoria del DMCAL pueda realizar el tramite pertinente para la autorizacion y de esta manera la entidad contratada pueda prestar los servicios a partir del primer dia del mes siguiente	X	
22	La entidad adjudicada será responsable de elevar mediante oficio la solicitud de ambulancia al DMCAL, cuando un paciente requiera traslado para cumplimiento de citas en la Red Externa, siempre y cuando sea pertinente y este justificado mediante Historia Clinica.	X	
23	La institución contratista estará en la obligación de solucionar en forma oportuna e inmediata todas las urgencias que se presenten con el paciente atendido en el domicilio.	X	

Calle 5 No 83-00 Cantón Militar pichincha
Correo. precontractualhomro3015@gmail.com
Cali – valle del cauca
Tel. 3240578

24	Si eventualmente, no se tiene la disponibilidad de los servicios contratados por la demanda, el contratista deberá asegurar el servicio que oferte; si es del caso deberá recurrir a otras instituciones de su propia red de servicios para cumplir con la oportunidad establecida, deberá ceñirse a lo regulado por la Superintendencia Nacional de Salud mediante circular 066 de 2010 o normas que la modifiquen evitando practicas inseguras por subcontratación o intermediación. En todo caso garantizando igual o mejores condiciones de calidad, oportunidad y pertinencia a las ofertadas y respondiendo integralmente de la prestación de esos servicios ante la DIRECCÍÓN DE SANIDAD EJERCITO - DISPENSARIO MEDICO DE POPAYAN	X	
25	Permitir a los funcionarios designados por EL DISPENSARIO MEDICO DE POPAYAN , efectuar todas aquellas actividades de auditoría, conducentes a supervisar la ejecución del contrato y el avance en la recuperación de los pacientes	X	
26	El oferente informará al supervisor del contrato dentro de los primeros 5 (cinco) días del mes, el consumo mensual con el porcentaje de ejecución del contrato	X	
27	El oferente debera anexar el listado de precios de los insumos medicos quirurgcos ofertados para la prestacion del servicio que requieran los pacientes inscritos al programa de atencion domiciliaria del DISPENSARIO MEDICO DE POPAYAN	X	
28	**CERTIFICACIÓN DE COBERTURA GEOGRÁFICA** el oferente deberá presentar con su oferta CERTIFICACIÓN DE COBERTURA GEOGRÁFICA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA AREA RURAL, URBANA y firmada por Representante Legal.	X	
29	El oferente certificara por escrito mediante oficio firmado por el representante Legal que realizara auditorias domiciliarias mensuales a los procesos y procedimientos realizados por el personal asistencial, a los pacientes crónicos con ventilación mecánica y a los casos especiales reportados por el comité de atención domiciliaria del Dispensario Medico sin que genere ningún sobre costo al DMCAL. DISMED-POPAYAN	X	
30	En caso de defunciones la Ips debe llenar el certificado, el cual lo solicita en urgencias DISMED-POPAYAN, debe hacerlo llegar máximo 72 horas.	X	
31	El contractante de hacer llegar el acta de los insumos	X	
32	El oferente debe certificar la recolección de los residuos y desechos de forma semanal por escrito	X	
33	El oferente permite a la auxiliar de enfermería realizar acompañamiento a las citas médicas programadas y si es necesario urgencias dentro de su horario laboral. No aplica cuando el paciente este hospitalizado.	X	
34	El oferente será el encargado de llenar la solicitud de insumos, KIT GLUCOMETRIA.	X	
35	Se debe aplicar el protocolo de deshospitalizacion la entidad debe desplazar profesional de area de la salud (medico) para que realice el egreso seguro del paciente y determine, los servicios que requiere paciente en domicilio, egreso seguro del paciente determine servicio activar	X	

	Nota. Sin que genere sobrecosto a la institución.		
36	El oferente debe realizar entregade insumos al paciente en el Domicilio	X	
37	El oferente debe realizar formulación de envase al acuerdo 052/2013 SSFM	X	
38	El oferente debe garantizar, que puede hacerse cargo de paciente con nutriciones parenterales en casos necesarios y además suministrar dichos insumos para alimentación	X	
39	El oferente debe realizar la remisión del paciente y comentarlo en referencia si es necesario. Para poder hacer el trámite administrivo.	X	
40	El oferente debe certificar mediante documentos firmado por el representante legal que cuentan con el manejo de Nutrición parenteral. (TPN) suministrando la nutrición	X	
41	El oferente debe aportar certificado, de disponibilidad según requerimientos de paciente.	X	

5.3 SE DEBE TENER EN CUENTA EN EL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

- La frecuencia de la visita por médico general se realizara de manera semestral y/o mensual según patología y criterio médico.
- El paciente en el programa de visita domiciliaria, que al mismo tiempo se encuentre inscrito en otro protocolo de riesgo, la frecuencia de visitas la marcará este protocolo.
- El paciente de domiciliaria debe permanecer en casa ya que no puede desplazarse al ESM si permanece fuera del domicilio no cumple criterio para ingreso al programa y no puede estar vinculado a otro tipo de programas.
- El seguimiento podrá hacerse por vía telefónica, teleconferencia o mediante visita física según las circunstancias.
- En todo caso, el criterio será individualizado y flexible.
- La asignación y/o programación de citas, controles, chequeos de especialidades, supra especialistas, deben ser realizados por la familia.
- La formulación de medicamentos estará regida por el acuerdo vigente para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y los que se encuentren fuera de la norma deberán tramitarse por el Comité

Calle 5 No 83-00 Cantón Militar pichincha
Correo. precontractualhomro3015@gmail.com
Cali – valle del cauca
Tel. 3240578

Técnico Científico correspondiente, bajo lo regulado para el SSFM. Acuerdos 002 y 010 de 2001del CSSMP.

- El servicio de ambulancia para el traslado de pacientes, tanto al servicio de urgencias como a su domicilio o lugar de institucionalización, no se encuentran dentro de la cobertura de servicios que se brindan dentro del programa o transporte por sus propios medios junto con el cuidador. Para este caso se recomienda que el paciente esté afiliado a un servicio de ambulancia domiciliaria particular. Los insumos de higiene serán asumidos por el usuario o su familia, en ningún momento serán asumidos por el SSFM.

5.4. Verificación por parte de la entidad contratante en el Registro especial de Prestadores de Servicios de Salud, esto con el fin de establecer que los posibles oferentes se encuentren debidamente habilitados y certificados para la prestación de los servicios que serán objeto del presente proceso de contratación.

CUMPLE

5.5. Certificado de compromiso a diligenciar a través de sus especialistas los formatos establecidos por la Dirección de Sanidad para justificar procedimientos que requieran aprobación por parte del Comité Técnico Científico del Nivel Central.

CUMPLE

5.6. Certificado que soporte la suficiencia para prestar los servicios que se contratan (capacidad instalada vs población a atender) suscrito por el representante legal que cumpla con los requisitos mínimos de habilitación definidos en el Decreto 1011 y anexo técnico uno (1) de la resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Protección Social.

CUMPLE

5.7. VERIFICACIÓN DE LA EXPERIENCIA HABILITANTE

La Entidad requerirá como experiencia un mínimo de condiciones, que van desde requerimientos generales hasta requerimientos específicos, los cuales son adecuados y proporcionales al objeto del contrato a ejecutar, a la magnitud y a la finalidad de la Entidad, la cual busca un contratista que cuente con la experiencia suficiente en la realización de labores iguales o similares al objeto contractual. Se busca que quienes formulen propuesta, sean oferentes que gracias a su experiencia cuenten con solidez, posicionamiento y permanencia en el mercado.

El proponente debe acreditar el haber celebrado y ejecutado a la fecha del cierre del proceso contratos que en la sumatoria de este o de los allegados su valor sea igual o superior al setenta por Ciento (70%) del Presupuesto oficial del presente proceso de contratación cuyo objeto se relacione con el objeto del presente proceso de contratación es decir "**LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ATENCIÓN DOMICILIARIA, HOSPITALIZACIÓN EN CASA, SERVICIOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES DEL DISPENSARIO MEDICO DE POPAYÁN , SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA DIRECTIVA PERMANENTE N° 1733 DE 2014 Y RESOLUCION N° 1438 DEL 2011 DE LA DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO –**

PARA LA VIGENCIA DE 2020" Lo anterior se verificara a través de certificaciones que deben contener como mínimo la siguiente información.

Nombre o razón social de la empresa o persona contratante del servicio.
NIT de la empresa contratante.
Cargo de quien expide la certificación.
Fecha de la certificación.
Nombre o razón social del contratista.
Objeto del contrato.
Fecha de terminación del contrato o plazo del contrato.
Valor del Contrato.

La Entidad se reserva el derecho de verificar la información suministrada por los oferentes a través del documento soporte. Si se advierten discrepancias entre dicha información y lo establecido por el DMCAL, la propuesta será objeto de rechazo, sin perjuicio de las demás actuaciones que se promuevan. Los documentos soportes en su contenido deben ser totalmente legibles.

En caso de requerir aclaraciones sobre los datos contenidos en los documentos soportes, el DMCAL las podrá solicitar al proponente, quien contará con el término establecido en el cronograma del proceso para suministrarlas.

NOTA. NO se aceptan auto certificaciones.

CUMPLE

CONCLUSION DE LA EVALUACION TECNICA:

Una vez verificados los requisitos de orden técnico solicitados en los estudios previos para el proceso de Contratación directa N° 302/DMCAL/2020 se puede establecer que la entidad **UNIDAD FISIOTERAPEUTICA DE OCCIDENTE SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADAS CUMPLE** Técnicamente con lo solicitado, razón por la cual se habilita técnicamente y se le recomienda al Gerente del Proyecto que continúe con el proceso de adjudicación.

.

SV. MARTINEZ ALEZANDER ROJAS
Comité Técnico Evaluador Proceso No. 302-DMCAL-2020

ORIGINAL DEBIDAMENTE FIRMADO