MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE POLICIA No. 6
598840807
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°6

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

GS-2023 **AREAD-GRUCO 29.25**

Envigado, 25 de septiembre de 2023

Señor teniente coronel
JAVIER ALEXANDER TORRES LEON
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N°6 (E)
Carrera 43ª 48 c sur 45

Asunto : Informe Interno

A CONTINUACIÓN, SE PRESENTA EL INFORME CONSOLIDADO DE EVALUACIÓN, ECONÓMICA Y FINANCIERA, TECNICA Y JURIDICA DE LA OFERTA RECIBIDA CON MOTIVO DEL PROCESO DESELECCIÓN PN RASES 6 CD IA 241-2023 PARA LA "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS, PARA EL PACIENTE PEDIATRICO, EN SERVICIOS DE CONSULTA AMBULATORIA, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROCEDIMIENTOS PROGRAMADOS, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS PARA LOS PROCEDIMIENTOS QUE LO REQUIERAN, INSUMOS Y ELEMENTOS QUE SEAN NECESARIOS PARA GARANTIZAR DE MANERA OPORTUNA LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 6."

ANÁLISIS Y CALIFICACIÓN DE LA(S) OFERTA(S).

Convenciones empleadas en el informe:

OK	= CUMPLE	N.C.	= NO CUMPLE	SUBS.	= SUBSANABLE	N.A.	= NO APLICA	N.O.	= NO OFERTA

Datos generales del proceso

PRESUPUESTO OFICIAL ASIGNADO	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		MODALIDAD DE CONTRATACIÓN
	SFI	SIIF	CONTRATACIÓN DIRECTA – CONTRATO INTERADMINISTRATIVO Ley 1150 de 2007 en su Artículo 2º numeral 4, literal C inciso 1 (modificado por el Artículo 92 de la ley 1474 de 2011) y Artículo 2.2.1.2.1.4.4. del Decreto 1082 de 2015.
2023 $ 80.000.000,00 2024 $65.000.000,00	585-586	75423-10723	

Fecha y hora de cierre del proceso: 14 de septiembre de 2023 a las 19:00 horas

A continuación, se relaciona la oferta recibida:

REF	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TELÉFONO	NIT
1	CORPORACION HOSPITAL INFANTIL CONCEJO DE MEDELLIN	3006385346	900625317-7

1.1 DE ORDEN ECONOMICO Y FINANCIERO.

1.1.1 DOCUMENTOS

CORPORACION HOSPITAL INFANTIL CONSEJO DE MEDELLIN	
Registro Único Tributario	CUMPLE en seis folios se aporta RUT del proponente
Certificación bancaria	CUMPLE en un folio se aporta la certificación bancaria del proponente
Datos básicos cuenta	CUMPLE en dos folios se aporta la certificación bancaria del proponente
Integridad de precios	CUMPLE en un folio se aporta la integridad de precios firmada por el representante legal
Sostenibilidad de los precios	CUMPLE en un folio se aporta la sostenibilidad de precios firmada por el representante legal
Oferta económica	CUMPLE en dos folios presenta oferta económica firmada por el representante legal
Identificación del Representante Legal	CUMPLE en un folio se aporta Identificación del Representante Legal del proponente

1.1.2 OFERTA ECONOMICA

PRECIO TECHO

OFERTA ECONOMICA

ITEM	SERVICIO	PRECIO TECHO	VALOR Y/O TARIFA A OFERTAR CON IVA (SI APLICA O NO)
1	Urgencias, Hospitalización UCE y UCI	Soat vigente - 15%	Soat vigente - 15%
2	Cx ambulatoria	Soat vigente - 15%	Soat vigente - 15%
3	Ayudas Diagnosticas Ambulatorias	Soat vigente - 30%	Soat vigente - 30%
4	Consulta externa especialista * Pediatría. * Ortopedia. * Otorrinolaringología.	78.000	78.000
5	Consulta externa subespecialista: * Cardiología. * Nefrología. * Neurología. * Infectología. * Neumología. * Hematología. * Neurocirugía. * Endocrinología. * Cirugía infantil.	78.000	78.000
6	Interconsultas Medicas Subespecialidades en urgencias, Hospitalización, UCE Y UCI * Cardiología. * Nefrología. * Neurología. * Infectología. * Neumología. * Hematología. * Neurocirugía * Endocrinología. * Cirugía infantil.	78.000	78.000
7	Oxígeno	$ 22 litro	$ 22 litro

Conclusión

De acuerdo a la verificación económica realizada al oferente, se puede concluir que cumple con lo establecido la invitación.

598840807

1.2 DE ORDEN TÉCNICO

DESCRIPCION DE CONDICIONES TÉCNICAS MINIMAS	OFERENTE	
	CUMPLE	NO CUMPLE
El oferente presentó certificado de habilitación vigente para la prestación de los servicios ofertados según la complejidad de atención para lo ofertado, expedido por el ente de vigilancia y control competente.	OK	
El Oferente presentó la oportunidad en cita para la atención de pacientes ambulatorios ?	OK	
El oferente presentó los documentos que acreditan la experiencia.	OK	
Identifica la persona(s) contacto y teléfonos para los casos en los que se requiera (urgencias, citas, precisar información, códigos, procedimientos, etc.)	OK	
El oferente presenta la propuesta técnica en la que se compromete a cumplir cada una de las obligaciones contractuales y las condiciones técnicas mínimas para la prestación del servicio ofertado.	OK	
Presenta plan o protocolo de contingencia para los eventos en que no pueda prestar el servicio por sí mismo.	OK	
El oferente presentó el ***Anexo No. portafolio de servicios y/o tarifas propias*** con el porta folio de servicios con código (CUPS o Propio), descripción del procedimiento con inclusiones y exclusiones, valor en pesos, oportunidad y tarifa global que oferta	OK	
El oferente presenta una sede propia habilitada por la Seccional de Salud de Antioquia que garantice la atención de la presente contratación	OK	
El oferente presenta: línea telefónica exclusiva para los usuarios del subsistema de salud de la policía nacional	OK	
El oferente presenta formulario de inscripción de REPS	OK	
El oferente presenta modelo para la prestación de los servicios de salud.	OK	
El oferente presenta proceso de atención al usuario	OK	
CAPACIDAD OPERATIVA: El oferente deberá garantizar que el personal que prestara los servicios objeto del presente estudio cuenta con la idoneidad y conocimiento para la atención de pacientes conforme a lo señalado por la Secretaria de Salud	OK	
De la misma manera deberá garantizar que se encuentra habilitado para la atención extramural y /o domiciliaria conforme a lo señalado por la Secretaria de Salud	OK	
HABILITACIÓN DE CADA UNO DE LOS SERVICIOS A PRESTAR. El oferente deberá anexar el formulario de inscripción y cumplimiento de los requisitos de habilitación, lo cual será igualmente verificado por el comité técnico.	OK	
SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: el oferente deberá demostrar el cumplimiento de lo reglamentado en el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 1111 de 2017, Resolución 0312-2019; para cada uno de los profesionales requeridos y los documentos relacionados con el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el trabajo (SG-SST).	OK	
El servicio será prestado en el lugar y plazo establecido, de acuerdo a los términos de la invitación y de acuerdo a la oferta presentada, los cuales harán parte integral del proceso de contratación. El servicio deberá ser coordinado con el Líder de referencia y contrareferencia del RASES Nº 6, con el fin de atender la demanda del mismo.	OK	
Adoptar las políticas, estrategias y lineamientos formulados por la DIRECCIÓN DE SANIDAD – RASES Nº 6 para la formulación y suministro de medicamentos a nuestros usuarios y beneficiarios.	OK	
Brindar la atención a los pacientes, con la mejor calidad de atención posible mediante la aplicación de sus conocimientos profesionales, selección del cuerpo médico asociado y experiencia con la tecnología disponible.	OK	
Diligenciar en forma completa sin excepción el formato de referencia y contrareferencia el cual será revisado por auditoria y será soporte de cuenta, así mismo debe ser diligenciada la historia clínica, formatos institucionales que se deriven de la prestación del servicio así como el RIPS relacionado.	OK	

598840807

La prescripción de medicamentos se realizara con estricta sujeción al manual de medicamentos y terapéutica del SSPN vigente, en forma genérica y respetando los múltiplos y la malla de pertinencia establecida. En caso de requerirse algún medicamento fuera de este, deberá ser plenamente justificado en el formato de medicamentos no POS de la Institución y de vigilancia farmacológica si es el caso, para ser incluido y solicitado al comité técnico científico de la DISAN.	OK	
Prestar según demanda en forma continua y permanente de acuerdo a lo coordinado con la oficina de referencia y contrareferencia de la RASES Nº 6, los servicios a todos los Usuarios y Beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional bajo los principios de eficacia, universalidad y solidaridad que así lo ameriten con base en la orden de servicio expedida por parte de los profesionales médicos de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.	OK	
Eventualmente según la necesidad del servicio se realizará procedimientos de la especialidad, que requieran los Usuarios y Beneficiarios del Subsistema de Salud de la PONAL en las instalaciones que designe el contratante; los cual será facturado al contrato vigente según tarifas o precios pactados.	OK	
Responder en los plazos que la POLICÍA NACIONAL establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.	OK	
El CONTRATISTA debe cumplir con la normatividad ambiental y de saneamiento básico vigente, ley 9 de 1979, decreto 2811 de 1974, decreto 1594 de 1984, decreto 351 de 2014, decreto 2184 del 2019, Resolución 1164 del 2002, las normas universales de bioseguridad conservación del medio ambiente, recursos naturales, participación activa en la prevención de la contaminación, uso racional del agua, la energía, realizar segregación adecuada de residuos hospitalarios y demás actividades que incluyan o relacione su actividad, además de las normas que modifique, reglamente y/o sustituya.	OK	
Prestar los servicios, durante el plazo de ejecución del contrato, conforme al acuerdo número 002 de 2001 "Por el cual se establece el plan de servicios de sanidad militar y policial", según la oferta presentada, la cual hace parte integral del Contrato.	OK	
El CONTRATISTA, debe prestar el servicio siempre y cuando el Usuario y/o Beneficiario presente la orden de servicio debidamente diligenciada y autorizada por el RASES Nº 6. La autorización debe contener la firma del paciente, anexando fotocopia del carné policial o constancia actualizada expedida por la oficina de Talento Humano, CASUR (Caja de Sueldos de Retiro) CAGEN (Caja General de Pensionados) o que indique que tiene derechos al servicio de sanidad policial y fotocopia del documento de identidad de quien reciba la atención.	OK	
Llevar registros de atención diaria de actividades, procedimientos o intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.	OK	
Atención prioritaria a menores de 5 años, mujeres embarazadas y adulto mayor	OK	
Reportar mensualmente en medio físico a garantía de calidad de RASES Nº 6 los eventos adversos y el seguimiento correspondiente, según la Resolución 256 de 2016 además de las normas que modifique, reglamente y/o sustituya..	OK	
La atención de los eventos adversos generados durante la atención entendido como "el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente", correrán por cuenta del prestador.	OK	
Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias.	OK	
Se obliga a que llegado el 60% de ejecución presupuestal se harán reportes por parte del contratista semanalmente, al supervisor del contrato. Para estudiar la viabilidad de adición presupuestal o realización del nuevo proceso contractual, diligenciando el siguiente formato:	OK	

598840807

Contratista:	Nombre o Razón Social		
Nro. del Contrato	Número asignado por contratación		
Valor del Contrato	Valor asignado incluye adiciones		
Fecha del reporte	Fecha en que se hace el corte (dd/mm/aaaa)		
Valor ejecutado	Valor de las actividades que ya se han realizado a la fecha del corte.		
Valor Programado	Valor de remisiones que han recibido pero no se han atendido a la fecha del corte		
Saldo	Valor total del contrato menos (valor ejecutado más valor programado)		
Suministrar información estadística de conformidad con lo establecido en el decreto 3374 de 2000 (R.I.P.S) o las demás normas que la adicionen o modifiquen.		OK	
Contar con capacidad operativa para la recolección y el envío en medio magnético de la información correspondiente a atenciones en salud de los Usuarios y Beneficiarios del Subsistema (RIPS).		OK	
El servicio debe cumplir con las condiciones de calidad esperadas por la POLICÍA NACIONAL RASES Nº 6, como son: Accesibilidad: Calificada como la facilidad que tiene el usuario para acceder a los servicios. Oportunidad: Disponibilidad en términos de tiempo, medida entre la fecha de la solicitud del servicio y la fecha de la atención. Continuidad: Característica que evalúa el seguimiento que se le ha dado a la atención brindada, con el fin de garantizar que se dé al usuario el servicio requerido al momento oportuno y en la secuencia establecida. Seguridad: Características de la institución, que permiten garantizar la atención al usuario con todos los medios técnicos, equipos, insumos y personal humano requerido. Pertinencia: Cumplimiento de los guías de manejo, adoptadas por la institución contratada.		OK	
Facilitar los indicadores de calidad en la prestación SOGCS.		OK	
Realizar incapacidades médicas según la directiva de la Policía Nacional 003 de 2023 en cuanto a necesidad de establecer si es incapacidad parcial o total.		OK	
Cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y la protección social y las normas sanitarias vigentes.		OK	
Aplicación de protocolos aceptados en salud para el manejo de los pacientes.		OK	
Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Jefatura de la USP o el ordenador del gasto.		OK	
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.		OK	
Emitir los conceptos que se le requieran, incluidos los solicitados por el Área de Medicina Laboral sobre patologías y posibles secuelas de los Usuarios y Beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.		OK	
Utilizar las guías de manejo acordadas.		OK	
Entregar formalmente al contratante el Modelo de prestación de servicios definido por el posible prestador, junto con la propuesta.		OK	
Recibir y conocer el modelo de atención en salud, definido por la Policía Nacional		OK	

CERTIFICACION DE EXPERIENCIA DEL PRESTADOR

Nota: Se realiza revisión de documentos anexados, se solicita mediante oficio GS-2023-019954-REGI6 el diligenciamiento del formulario de experiencia del proponente y el anexo de las certificaciones con los requisitos establecidos en el pliego de condiciones. Este requisito fue subsanado en el SECOP II.

598840807

1. **Nivel de educación o Nivel académico:** Se solicita mediante oficio GS-2023-019954-REGI6 certificado de experiencia del nivel de educación o nivel académico como lo exige el pliego de condiciones. Este requisito fue subsanado en el SECOP II.

Medellín, 13 de septiembre de 2023

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°6
Ciudad.

Referencia: Certificado de capacidad técnica del proceso de Contratación Directa, Número PN RASES 6 CD IA 041-2023 cuyo objeto es: **PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS, PARA EL PACIENTE PEDIATRICO, EN SERVICIOS DE CONSULTA AMBULATORIA, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PROCEDIMIENTOS PROGRAMADOS, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS PARA LOS PROCEDIMIENTOS QUE LO REQUIERAN, INSUMOS Y ELEMENTOS QUE SEAN NECESARIOS PARA GARANTIZAR DE MANERA OPORTUNA LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 6.**

Nombre del socio y/o profesional	Profesión	N° de matricula profesional	Número y año del Contrato laboral o de prestación de servicios profesionales	Vigencia del Contrato
LUIS FERNANDO CARVAJAL	CARDIOLOGO	5247401	396-2023	1 AÑO CON CONTINUIDAD
HORACIO GOMEZ GOMEZ	PEDIATRA CUIDADO INTENSIVO	05-0168/95	376-2023	1 AÑO CON CONTINUIDAD
MARIA VICTORIA LOPERA CAÑAVERAL	ENDOCRINOLOGIA	05-2799/2003	401-2023	1 AÑO CON CONTINUIDAD
CARLOS ARTURO CAMPO TERNERA	NEUROLOGIA	47-4793-07	379-2023	1 AÑO CON CONTINUIDAD
CLAUDIA PATRICIA VALENCIA ECHEVERRI	NEUMOLOGIA	05-1134	380-2023	1 AÑO CON CONTINUIDAD
JULIETA CORREA RESTREPO	CIRUGIA	5-3987-13	391-2023	1 AÑO CON CONTINUIDAD

El proponente

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del proponente CORPORACION HOSPITAL INFANTIL CONCEJO DE MEDELLIN
Identificación (NIT o C.C.) C.C. o NIT 900626317-7
Nombre Representante Legal CARLOS MARIO CORREA ZULUAGA
Identificación (C.C. o C.E.) C.C. 71274455

2. **Capacidad Operativa.** Se solicita mediante oficio GS-2023-019954-REGI6 certificacion firmada por representante legal donde soporta que cuentan con la suficiencia tecnica y administrativa administrativa para prestar los servicios de salud a contratar, estimada a partir de la capacidad instalada (recursos logísticos, operativos y físicos) portafolio de servicios, disciplinas generales, especializadas con que se cuenta, cobertura requerida y oportunidad de atención, servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico frente a las necesidades expresadas por la Regional de Aseguramiento en Salud N°6. Este requisito fue subsanado en el SECOP II.

Medellín, 13 de Septiembre de 2023

Señores
MINSITERIO DE DEFENSA NACIONAL
REGION DE POLICIA NRO 6
REGIONAL DE ASEGRUAMIENTO EN SALUD NRO 6

Asunto: Suficiencia para la prestación del servicio y certificación de la capacidad instalada y disponible para IPS con habilitación.

Cordial Saludo,

Por medio de la presente comunicación certifico a **POLICIA NACIONAL** que nuestra Compañía cuenta con la suficiencia para prestar los servicios objeto del contrato a los usuarios afiliados, estimada a partir de la capacidad instalada, operativa, logística y de gestión disponible asociada a los servicios habilitados, tal y como se evidencia a continuación:

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO
INTERNACIÓN	102	GENERAL PEDIÁTRICA
INTERNACIÓN	106	CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO
INTERNACIÓN	109	CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO

598840807

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO
QUIRURGICOS	203	CIRUGIA GENERAL
QUIRURGICOS	206	CIRUGIA NEUROLOGICA
QUIRURGICOS	207	CIRUGIA ORTOPEDICA
QUIRÚRGICOS	209	CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA
QUIRÚRGICOS	212	CIRUGÍA PEDIÁTRICA
QUIRÚRGICOS	213	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA
QUIRÚRGICOS	245	NEUROCIRUGÍA
CONSULTA EXTERNA	301	ANESTESIA
CONSULTA EXTERNA	306	CIRUGÍA PEDIÁTRICA
CONSULTA EXTERNA	308	DERMATOLOGÍA
CONSULTA EXTERNA	310	ENDOCRINOLOGÍA
CONSULTA EXTERNA	321	HEMATOLOGÍA
CONSULTA EXTERNA	323	INFECTOLOGÍA
CONSULTA EXTERNA	332	NEUROLOGÍA
CONSULTA EXTERNA	340	OTORRINOLARINGOLOGÍA
CONSULTA EXTERNA	342	PEDIATRÍA
CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGÍA
CONSULTA EXTERNA	348	REUMATOLOGÍA
CONSULTA EXTERNA	361	CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA
CONSULTA EXTERNA	369	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO
CONSULTA EXTERNA	384	NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA
CONSULTA EXTERNA	386	NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA
CONSULTA EXTERNA	387	NEUROCIRUGÍA
CONSULTA EXTERNA	388	NEUROPEDIATRÍA
CONSULTA EXTERNA	409	ORTOPEDIA PEDIÁTRICA
URGENCIAS	501	SERVICIO DE URGENCIAS
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓ N TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLÍNICO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓ N TERAPÉUTICA	710	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓ N TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓ N TERAPÉUTICA	713	TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓ N TERAPÉUTICA	714	SERVICIO FARMACÉUTICO

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓ N TERAPÉUTICA	719	ULTRASONIDO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓ N TERAPÉUTICA	729	TERAPIA RESPIRATORIA
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓ N TERAPÉUTICA	732	ECOCARDIOGRAFÍA
PROCESOS	950	PROCESO ESTERILIZACIÓN

En virtud de lo anterior, cualquier modificación o actualización de esta capacidad, será reportada oportunamente a POLICIA NACIONAL.

El proponente:

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: CORPORACION HOSPITAL INFANTIL CONCEJO DE MEDELLIN
Identificación (NIT X☐ C C ☐ C E ☐): 900026317-7
Nombre Representante Legal: CARLOS MARIO CORREA ZULUAGA
Identificación (C.C X☐ C.E. ☐): 71774485

598840807

3. **Personal enlace**: La entidad anexa certificacion firmada por representante legal de la persona enlace para gestion de tramites.

Corporación Hospital Infantil

Alcaldía de Medellín

CERTIFICADOS PERSONAS ENLACE

Para efectos de notificaciones, observaciones o solicitudes referentes a la prestación de servicios ponemos a disposición de ustedes los siguientes contactos:

Nombre: Luis Armando Caballero Enamorado
Teléfono: 4446425 ext. 7001
Celular: 300 2834771
Correo: cuentas@corporacionhicm.org

Nombre: Doctor Luis Fernando Zapata Correa
Teléfono: 4446425 ext. 7000
Celular: 314 6801720
Correo: dirmedica@corporacionhicm.org

Nombre: OSCAR ALEBRTO RESTREPO RESTREPO
Teléfono: 4446425 ext. 7003
Celular: 3182574014
Correo: diradministrativa@corporacionhicm.org

Dado en la Ciudad de Medellín, a los 13 días, del mes Septiembre, de 2023.

Nombre y firma del Representante Legal

GC-FO-19. V06

1 de 1

4. **Oportunidad en la atencion**: La entidad anexa certificacion firmada por representante legal con la oportunidad en la atencion ambulatoria y hospitalaria.

Hospital Infantil

Alcaldía de Medellín

Medellín, 13 de septiembre de 2023

Señores
MINISTERIO DE DEFENSA NACIOANL
POLICIA NACIOANL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO 6

OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN SALUD

El oferente debe estar en condiciones de prestar los servicios con la oportunidad mínima a continuación detallada: consulta externa y apoyo diagnostico hasta 20 días calendario, otros procedimientos y cirugías hasta 15 días y urgencias en las primeras 24 horas y en todos los casos igual o menor a la oferta presentada, oportunidad estipulada en las Resoluciones, 1446 de mayo 8 de 2006 y Resolución 1552 de mayo 14 de 2013 MINPROTECCION y circular única título II de SUPERSALUD.
http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=wCkTy84Cv8I=&tabid=103

Declaro bajo la gravedad de juramento, y comprometiendo la responsabilidad Institucional de la persona jurídica que represento que la información antes consignada es totalmente cierta, y puede ser verificada.

NOMBRE DEL PROPONENTE : HOSPITAL INFANTIL CONCEJO DE MEDELLIN
NIT o C.C. 900 525 317-7 : CORPORACION
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL : CARLOS MARIO CORREA ZULUAGA
C.C. 71.774.485 De MEDELLIN
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

DIRECCIÓN : CALLE 72 A 48 A 70
TELÉFONO : 3146201829

598840807

5. **Registro Especial Nacional del Ministerio de la Protección social:** Se solicita mediante oficio GS-2023-019954-REGI6 constancia de inscripción al REPS y constancia de habilitación vigente. Este requisito fue subsanado en el SECOP II.

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD

Entidad Territorial de Salud:	SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA				
Código y Nombre del Prestador:	0500113131 - CORPORACIÓN HOSPITAL INFANTIL CONCEJO DE MEDELLÍN				
NI:Nit / CC:Cédula	NI 900625317-7	Nombre o razón social:	CORPORACIÓN HOSPITAL INFANTIL CONCEJO DE MEDELLÍN		
Fecha de inscripción:	2013/09/25	Fecha de vencimiento:	2023/04/30	Clase de prestador:	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PRIVADA	Nivel de Atención del Prestador:	
Empresa Social del Estado:				Carácter Territorial de la Entidad:	
Representante Legal:	CARLOS MARIO CORREA ZULUAGA			Dirección administrativa:	CL 72A # 48A-20
Telefono:	4446425	Fax:		Email:	direjecutivo@corporacionhicm.org
Municipio:	MEDELLÍN			Departamento:	ANTIOQUIA

ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

NOMBRE ACTO	NUMERO ACTO	FECHA ACTO	ENTIDAD QUE EXPIDE	CIUDAD QUE EXPIDE
RESOLUCIÓN	007909	20130924	SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA	MEDELLÍN

FORMATO: FECHA ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD (AAAAMMDD)

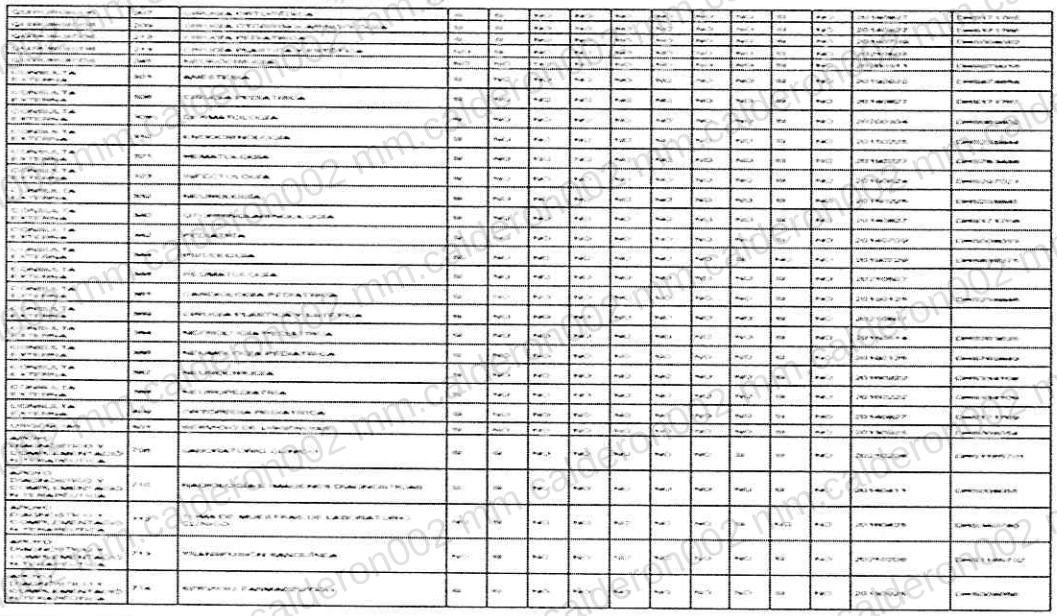
SEDE PRINCIPAL ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD

Código y Nombre Sede Principal:	0500113131101 - CORPORACIÓN HOSPITAL INFANTIL CONCEJO DE MEDELLÍN				
Dirección:	CL 72A # 48A-20			Barrio:	CAMPO VALDES
Telefono:	4446425	Fax:		Email:	direccion@corporacionhicm.org
Gerente:	CARLOS MARIO CORREA ZULUAGA			Fecha de Apertura:	2013/09/25
Municipio:	MEDELLÍN			Departamento:	ANTIOQUIA

SEDE ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD

Código y Nombre Sede:	0500113131101 - CORPORACIÓN HOSPITAL INFANTIL CONCEJO DE MEDELLÍN				
Dirección:	CL 72A # 48A-20			Barrio:	CAMPO VALDES
Telefono:	4446425	Fax:		Email:	direccion@corporacionhicm.org
Gerente:	CARLOS MARIO CORREA ZULUAGA			Fecha de Apertura:	2013/09/25
Municipio:	MEDELLÍN			Departamento:	ANTIOQUIA

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	AMB	HOSP	MOVI	DOM	OTRA	CR	IR	BAJA	MEDI	ALTA	FECHA APERTURA (AAAAMMDD)	DISTINTIVO
INTERNACIÓN	102	GENERAL PEDIÁTRICA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20130925	DHS008050
INTERNACIÓN	106	CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20140411	DHS009051
INTERNACIÓN	109	CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20150210	DHS236842
QUIRÚRGICOS	203	CIRUGÍA GENERAL	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20140827	DHS171764
QUIRÚRGICOS	206	CIRUGÍA NEUROLÓGICA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20160412	DHS338317



598840807

APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	719	ULTRASONIDO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20140709	DHSG08057
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	729	TERAPIA RESPIRATORIA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20170922	DHS519238
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	732	ECOCARDIOGRAFIA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20150225	DHS238648
PROCESOS	950	PROCESO ESTERILIZACIÓN	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20130925	DHSG08058

SERVICIOS CERRADOS TEMPORALMENTE, POR EL PRESTADOR, CON FECHA DE CIERRE DEL SERVICIO, INFERIOR A UN AÑO A LA FECHA DE IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

No se encontraron servicios cerrados, por el prestador, con fecha de cierre del servicio, inferior a un año a la fecha de impresión de este documento.

CONVENCIONES:

AMB: Intramural Ambulatorio — HOSP: Intramural Hospitalario

MOVI: Extramural Móvil — DOMI: Extramural Domiciliario — OTRA: Extramural Otras

CR: Telemedicina Centro Referencia — IR: Telemedicina Institución Remitente

BAJA: Complejidad Baja — MEDI: Complejidad Media — ALTA: Complejidad Alta

6. **Infraestructura**: Se realiza revisión de los documentos anexados por la entidad se evidencia que la entidad tiene sus instalaciones en el valle de aburra.

- **Visita técnica:** Se realiza visita técnica a las instalaciones de la Entidad CORPORACION "HOSPITAL INFANTIL CONCEJO DE MEDELLIN. y se deja registrada en Acta Nº 56

ACTIVIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
Cuenta con las sedes habilitadas	OK	
Cuenta con consultorios para atención	OK	
Cuenta con personal para atención al usuario	OK	
Cuenta con todos los medios técnicos, equipos, insumos y personal humano necesario para garantizar la atención al usuario	OK	

7. **Verificación de documentos de ficha anexo técnico:** Se realiza revisión de documento, se solicita mediante oficio GS-2023-019954-REGI6 los documentos pendientes: proceso de atención al usuario e instructivo o protocolo de referencia de paciente, línea de atención exclusiva para usuarios del presente proceso, modelo de atención y anexo técnico diligenciado y firmado por representante legal. Estos requisitos fueron subsanados en el SECOP II.

8. **Verificacion de Documentos Adicionales:** Se realiza verificacion de documentos, el prestador presenta documento de compromiso de buenas normas ambientales, acuerdo de confidencialidad.

Conclusión

Se concluye que la Entidad CORPORACION "HOSPITAL INFANTIL CONCEJO DE MEDELLIN. cumple con los requisitos técnicos solicitados dentro del proceso **PN RASES 6 CD IA 241-2023** Prestación de servicios de salud hospitalarios, procedimientos diagnósticos y terapéuticos de mediana y alta complejidad, en las diferentes especialidades y/o subespecialidades médicas y quirúrgicas, para el paciente pediátrico, en servicios de consulta ambulatoria, urgencias, hospitalización, unidad de cuidados intensivos y procedimientos programados, así como el suministro de medicamentos intrahospitalarios para los procedimientos que lo requieran, insumos y elementos que sean necesarios para garantizar de manera oportuna las atenciones que requieran los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional de la Regional de Aseguramiento en Salud No 6.

598840807

1.3 REQUISITOS DE ORDEN JURIDICO.

REFERENCIA		CORPORACION "HOSPITAL INFANTIL CONCEJO DE MEDELLIN"	
		¿CUMPLE?	FOLIO(S)
A	Carta de presentación	O.K.	X
B	Certificado de existencia y representación legal	O.K.	X
C	Certificación Contraloría	O.K.	X
D	Decreto de Nombramiento	O.K.	X
E	Acta de Posesión	O.K.	X
F	Compromiso Anticorrupción	O.K.	X
G	Cedula de Ciudadanía Representante Legal	O.K.	X
H	Certificación Procuraduría	O.K.	X
I	Certificaciones Parafiscales	O.K.	X
J	Antecedentes Judiciales	O.K.	X
K	Certificación RNMC	O.K.	X
L	Autorización Consulta Antecedentes Delitos Sexuales	O.K.	X
M	Acuerdo de Confidencialidad	O.K.	X
N	Inhabilidades e Incompatibilidades	O.K.	X
O	Certificación REDAM	O.K	X
P	Certificación ARL o Autoevaluación	O.K.	X
Q	Registro Único Tributario	O.K.	X
R	Origen Licito de los Recursos	O.K.	X
RESULTADO		HABILITADO	

- Mediante Oficio GS-2023-019998-REGI6del 15/09/2023, se requirió al oferente para que presentara CERTIFICADO DE EXISTENCIAY REPRESENTACION LEGAL, ACTA DE POSESIÓN GERENTE, Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) y COMPROMISO ANTICORRUPCION y dentro del término concedido lo presentó

CONCLUSION.

El oferente cumple con los requisitos establecidos en la ley 80 de 1993, artículo 23 de la ley 1150 de 2007, y artículo 2.2.1.2.1.4.4. del Decreto 1082 de 2015.

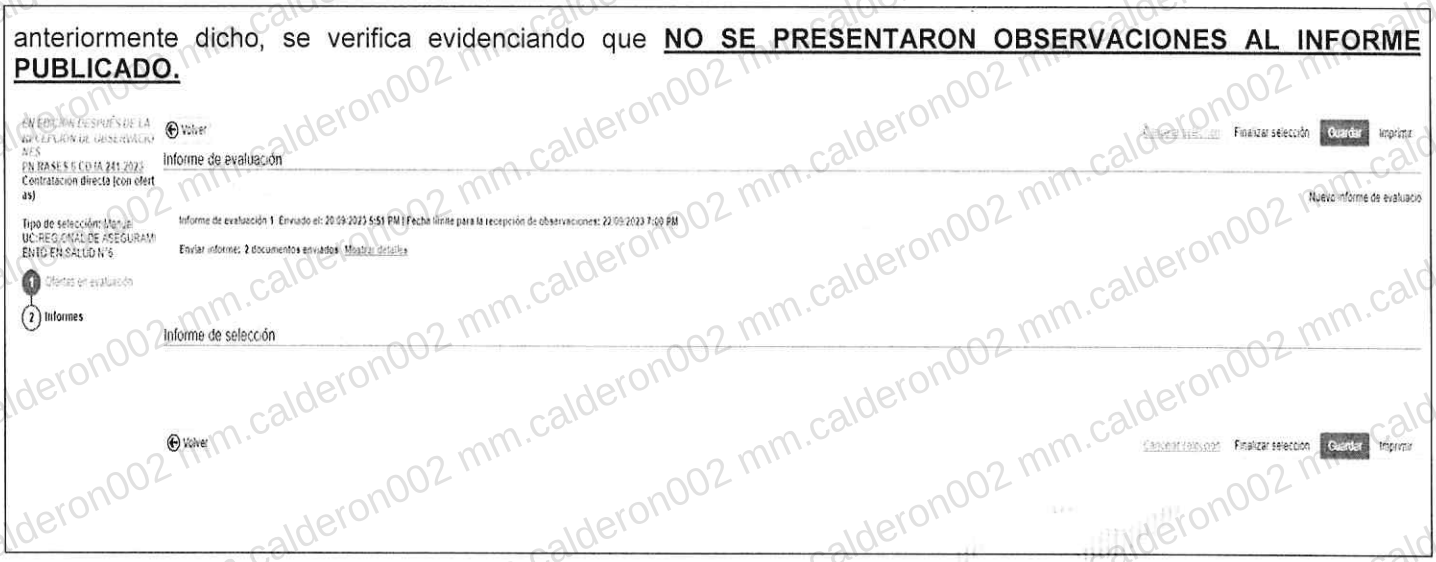
RESUMEN EVALUACION

OFERENTE	ECONOMICO	TECNICO	JURIDICO
CORPORACION HOSPITAL INFANTIL CONCEJO DE MEDELLIN	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE

- **OBSERVACIONES PRESENTADAS AL INFORME DE EVALUACION**

El informe de evaluación 1 de la oferta fue publicado en el expediente electrónico del SECOP II Colombia compra eficiente así: informe de evaluación Enviado el: 20/09/2023 05:51 PM | Fecha límite para la recepción de observaciones:22/09/2023 7:00 PM, ID del documento emitido por SECOP II CC24B10E1DB262A43E57C39359B461D637ED58925C1B32C7366AABECF4C4C87F, luego de cumplido el plazo

anteriormente dicho, se verifica evidenciando que **NO SE PRESENTARON OBSERVACIONES AL INFORME PUBLICADO.**



CONCLUSION FINAL: Fundamentos: evaluación inicial, comité de adquisiciones, informe de evaluación final y teniendo en cuenta que ha sido revisado el proceso y las evaluaciones y que estos se encuentran conformes a las normas contractuales y la invitación del proceso, a criterio del comité evaluador se recomienda adjudicar el contrato a la entidad CORPORACION HOSPITAL INFANTIL CONCEJO DE MEDELLIN Identificado con NIT 900625317-7

COMITÉ EVALUADOR

Abogado. RUBEN DARIO HINCAPIE A.
Evaluador Jurídico

Contador Público ELISABETH CORDOBA HURTADO
Evaluador económico

Medico DIANA BADILLO ALVAREZ
Evaluador Técnico

Revisó: COMITÉ EVALUADOR RASES.

Revisó: COMITÉ EVALUADOR RASES.

Fecha de elaboracion:25/09/2023
Ubicación : D/Procesos 2023/HOSPITAL CONCEJO

Carrera 43ª 48 c sur - 45 Envigado
Teléfono: 3396600
Deant.rases-asc@policia.gov.co
www.policia.gov.co

Humana

INFORMACIÓN PÚBLICA

598840807