ANEXO 2

ESPECIFICACIONES TECNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

El proponente acreditará que los servicios a prestar cumplen con las normas técnicas que son de obligatorio cumplimiento las cuales serán verificado por el Comité Técnico Evaluador.

A continuación se relacionan las especificaciones técnicas de obligatorio cumplimiento, según las necesidades:

ENDODONCIA						
ITEM	**CÓDIGO UNSPC**	**CÓDIGO CUPS**	**DESCRIPCIÓN CUPS**	**UNIDAD DE MEDIDA**	**CANTIDAD**	**CUMPLE / NO CUMPLE**
1	85122001	890218	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
2	85122001	890318	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
3	85122001	237200	APEXIFICACION (INDUCCIÓN DE APEXOGENESIS) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
4	85122001	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR (Incluye radiografías necesarias para la realización del tratamiento, inclusive la inicial)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
5	85122001	237302	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR (Incluye radiografías necesarias para la realización del tratamiento inclusive la inicial))	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
6	85122001	237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR (Incluye radiografías necesarias para la realización del tratamiento inclusive la inicial)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
7	85122001	237306	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
8	85122001	237401	CURETAJE APICAL CON APICECTOMIA Y OBTURACIÓN RETROGADA (CIRUGIA PERIRRADICULAR).	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
9	85122001	SIN CUPS	RETRATAMIENTO ENDODONTICO UNIRADICULAR (Incluye radiografías necesarias para la realización del tratamiento, inclusive la inicial)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
10	85122001	SIN CUPS	RETRATAMIENTO ENDODONTICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	

			BIRADICULAR (Incluye radiografías necesarias para la realización del tratamiento, inclusive la inicial)			
11	85122001	SIN CÓDIGO CUPS	RETRATAMIENTO ENDODONTICO MULTIRADICULAR(Incluye radiografías necesarias para la realización del tratamiento, , inclusive la inicial))	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
12	8512201	237501	PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN REABSORCION RADICULAR EXTERNA E INTERNA	PROCEDIMIENTO	SEGÚN NECESIDAD	
13	8512201	237502	PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN FRACTURA RADICULAR	PROCEDIMIENTO	SEGÚN NECESIDAD	
PERIODONCIA						
ITEM	**CÓDIGO UNSPC**	**CÓDIGO CUPS**	**DESCRIPCIÓN CUPS**	**UNIDAD**	**CANTIDAD**	
1	85122001	890221	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
2	85122001	890321	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
3	85122001	240300	ALISADO RADICULAR CAMPO CERRADO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
4	85122004	SIN CÓDIGO CUPS	INJERTO ÓSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO POR REBORDE ALVEOLAR.	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
5	85122004	242101	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
6	85122004	242102	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
7	85122004	242103	PLASTIA MUCOGINGIVAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
8	85122004	240400	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIODONTAL (CERRADO CON ALISADO RADICULAR) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
9	85122004	243400	GINGIVECTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
10	85122004	242201	CURETAJE A CAMPO ABIERTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
CIRUGIA ORAL						
ÍTEM	**CODIGOS UNSPC**	**CODIGOS CUPS**	**DESCRIPCIÓN**	**UNIDAD**	**CANTIDAD**	
1	85122004	890217	CONSULTA POR PRIMERA VEZ EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA ORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
2	85122004	890317	CONSULTA POR CONTROL POR LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA ORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
3	85122004	231303	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO O IMPACTADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	

4	85122004	244103	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGENICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
5	85122004	252002	RESECCIÓN O ABLACIÓN PARCIAL DE LENGUA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
6	85122004	255006	PLASTIA DE FRENILLO LINGUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
7	85122004	262002	RESECCIÓN DE MUCOCELE DE GLÁNDULA SALIVAL.	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
8	85122004	243110	RECESION DE LESION DE ENCIA (HIPERPLASIA).	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
9	85122004	275903	PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR.	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
10	85122004	242300	PLASTIAS PREPROTÉSICAS (AUMENTO DE CORONA CLÍNICA) SOD.	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
11	85122004	274100	FRENILLECTOMIA LABIAL. REALIZADA POR CIRUGIA ORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
13	85122004	256100	FRENILLECTOMIA LINGUAL.	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
14	85122004	274305	RECESION DE LESION EN MUCOSA ORAL.	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
15	85122004	230101	EXODONCIA SIMPLE DE DIENTE PERMANENTE UNIRADICULAR,	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
16	85122004	230102	EXODONCIA SIMPE DE DIENTE MULTIRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
17	85122004	231100	EXODONCIA QUIRURGICA DE DIENTE UNIRRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
18	85122004	231200	EXODONCIA QUIRURGICA DE DIENTE MULTIRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
19	85122004	231301	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO EN POSICION ECTOPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
20	85122004	231302	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO EN POSICION ECTOPICA CON ABORDAJE EXTRAORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
21	85122004	243500	OPERCULECTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
22	85122004	245200	ALVEOLECTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
CIRUGIA MAXILOFACIAL						
ÍTEM	**CODIGOS UNSPC**	**CODIGOS CUPS**	**DESCRIPCIÓN**	**UNIDAD**	**CANTIDAD**	
1	85122004	890217	CONSULTA POR PRIMERA VEZ EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA MAXILOFACIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
2	85122004	890317	CONSULTA POR CONTROL POR LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA MAXILOFACIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
3	85122004	244109	RECESION DE LESION ODONTOGENICA.	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
4	85122004	275303	CIERRE DE FÍSTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
5	85122004		RETIRO DE MATERIAL DE OSTOSINTESIS INTERMAXILAR.	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	

6	85122004	275304	CIERRE DE FÍSTULA OROSINUSAL CON SINUSOTOMÍA, CON O SIN REMOCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL.	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	
7	85122004	255100	SUTURA DE LACERACION DE LENGUA7	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	

REHABILITACIÒN ORAL					
En caso que se requiera en la prestación de servicio de rehabilitación oral correspondiente a una acción constitucional previamente emitida la orden del profesional tratante no relacionada anteriormente y que el oferente está en capacidad y cuente con la habilitación para prestarlo, deberá realizarlo a las tarifas pactadas con el contratante, por intermedio y aval del supervisor del contrato, teniendo en cuenta lo establecido en el acuerdo 026 del 2003.					
ITEM	**CÓDIGO UNSPC**	**CÓDIGO CUPS**	**DESCRIPCIÓN CUPS**	**UNIDAD**	**CANTIDAD**
1	85122000	890224	CONSULTA DE PRIMERA VEZ O VALORACION POR REHABILITACION ORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
2	85122000	890324	CONSULTA DE CONTROL O VALORACION POR REHABILITACION ORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
3	85122000	234202	RECONSTRUCCIONES DE MUÑONES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
4	85122000	234401	CONFECCION CLINICA DE PRÒTESIS TOTAL MEDIO CASO (SUPERIOR O INFERIOR - EXCLUYE MODELO)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
5	85122000	234204	REPARACIÒN DE PRÒTESIS FIJA (Tarifa por cada unidad soporte y pónticos)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
6	85122000	234203	PATRÒN DE NÙCLEO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
7	85122000	234303	PRÒTESIS REMOVIBLES SUPERIOR O INFERIOR, NO INCLUYE MODELO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
8	85122000	234301	PRÒTESIS MUCOSOPORTADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
9	85122000	248200	AJUSTAMIENTO OCLUSAL (Sin otra denominación)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
10	85122000	893110	PLACA NEUROMIORELAJANTE, INCLUYE DESPROGRAMACIÒN.	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
11	85122000	234104	COLOCACIÒN Y REPARACIÒN DE CORONA ACRILICA (Tarifa por diente)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

IMÀGENES DIAGNOSTICAS ODONTOLÒGICAS					
ITEM	**CÓDIGO UNSPC**	**CÓDIGO CUPS**	**DESCRIPCIÓN CUPS**	**UNIDAD**	**CANTIDAD**
1	85121808	870451	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
2	85121808	870452	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
3	85121808	870454	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
4	85121808	870455	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
5	85121808	870440	RADIOGRAFIA INTRAORAL OCLUSALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

6	85121808	870450	RADIOGRAFIA INTRAORAL PERIAPICALES MILIMETRADAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
7	85121808	870453	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
8	85121808	870456	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
9	85121808	870460	RADIOGRAFIAS INTRAORALES CORONALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
10	85121808	870114	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MAXILARES, SUPERIOR E INFERIOR (ORTOPANTOMOGRAFIA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD
11	87121808	879990	TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DENTAL COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS DENTALES Y DIAGNOSTICOS.	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD

Nombre: _____

Documento de identidad

VARIABLES TÉCNICAS ADICIONALES A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

El OFERENTE deberá acreditar mediante documento suscrito por el representante legal, cada uno de los aspectos que se relacionan a continuación **según corresponda**, los cuales se verificaran y evaluarán como **CUMPLE/ NO CUMPLE**, y que son de obligatorio cumplimiento por lo que no pueden obviarse.

ITEM	DESCRIPCION	CUMPLE / NO CUMPLE
1.	El oferente certificara por escrito que los servicios prestados serán con personal profesional de acuerdo a cada especialidad y no estudiantes o rurales.	
2.	El oferente deberá contar con infraestructura en la ciudad de Ibagué- Tolima habilitada por la Secretaria de Salud para el objeto del presente contrato, **PARA LO CUAL DEBERÁ APORTAR EL RESPECTIVO REGISTRO MERCANTIL.**	
3.	El oferente deberá certificar que las citas serán asignadas según la resolución 00001552 /2013 que regula la oportunidad de cita (en consulta especializada **será de 05 días hábiles posteriores a la solicitud por parte del usuario en la IPS)**.	
4.	**EL OFERENTE** deberá adjuntar los documentos soportes que acrediten que posee Suficiencia Técnico, Científica, Administrativa y financiera - que garantice la prestación de los servicios objeto del proceso, a los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerza Militares, para lo cual deberá presentar: **HABILITACIÓN ANTE LA SECRETARÍA DE SALUD RESPECTIVA:** El oferente debe anexar a la propuesta el certificado que dé cuenta que se encuentra debidamente habilitado ante el ente regulador en el Departamento del Tolima, según la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, y demás normatividad vigente. Certificado vigente que presente sus respectivos distintivos de habilitación para prestar el servicio ante la secretaría de salud del Tolima de los siguientes servicios: ✓ **Odontología** ✓ **Periodoncia.** ✓ **Cirugía Oral.** ✓ **Cirugía Maxilofacial** ✓ **Rehabilitación oral.** ✓ **RADIOLOGIA ODONTOLOGICA.** **CONSTANCIA DE AUTOEVALUACIÓN:** Se debe aportar constancia de autoevaluación de	

<table>
<tr><td></td><td>acuerdo a lo relacionado con el Sistema Único de Habilitación según la resolución 3100 de 2019 de del Ministerio de Salud y Protección Social.</td><td></td></tr>
<tr><td>5.</td><td>CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO: El representante legal en documento escrito debidamente firmado debe garantizar y presentar copia del certificado de capacidad de almacenamiento y acondicionamiento (CCAA) vigente, expedido por el INVIMA, acorde al DECRETO 4725 DE 2005- PARA LOS DISPOSITIVOS ODONTOLÓGICOS.</td><td></td></tr>
<tr><td>6.</td><td>El oferente deberá presentar las certificaciones del mantenimiento correctivo y/o, preventivo y/o de los equipos biomédicos, el plan de mantenimientos a realizar durante la ejecución del contrato, así como las hojas de vida de los mismos, para lo cual deberá presentar una descripción detallada de los equipos que se emplearán en la ejecución del objeto del presente proceso, acordes con lo establecido en la Ley 1011 2006 y Resolución 3100 de 2019; LOS CUALES SERÁN VERIFICADOS EN LA VISITA DE EVALUACIÓN TÉCNICA.</td><td></td></tr>
<tr><td>7.</td><td>El oferente deberá certificar que cuenta con sistema de garantía de calidad y auditoria médica, que aseguren la correcta, eficiente y trasparente utilización de los recursos para la prestación de los servicios.</td><td></td></tr>
<tr><td>8.</td><td>El oferente certifica que cuenta con consultorios amplios que garantice la privacidad del paciente en el momento de la atención LOS CUALES SERÁN VERIFICADOS EN LA VISITA DE EVALUACIÓN TÉCNICA.</td><td></td></tr>
<tr><td>9.</td><td>El oferente certifica que dispone de una <u>línea telefónica</u> la cual deberá ser atendida por personal idóneo para garantizar el acceso a la información necesaria y así resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre procedimientos, quejas, programaciones y en general, para la atención de los pacientes del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</td><td></td></tr>
<tr><td>10.</td><td>El oferente certifica que dispone de una <u>persona que será la encargada de la Coordinación del contrato</u>, con línea telefónica directa que garantice el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre procedimientos, tratamientos, quejas, programaciones y en general para la atención de los usuarios, para lo cual adjuntara la respectiva hoja de vida.

NOTA: ESTA LÍNEA SERÁ DE USO POR PARTE DE LOS AUDITORES Y PERSONAL DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR.</td><td></td></tr>
<tr><td>11.</td><td>REGISTRO ESPECIAL NACIONAL DEL MINISTERIO DE LA SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL.

Dando cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 de 2015, las personas naturales o jurídicas que presten servicios de salud, deberán anexar a la oferta el certificado de inscripción en el Registro Especial Nacional del Ministerio de Salud y la Protección Social de conformidad con la Ley 100 de 1990, para lo cual deberá anexar el Formulario de Inscripción en Registro Especial de prestadores de servicios de salud.</td><td></td></tr>
<tr><td>12.</td><td>El Oferente Certifica que el Talento Humano Científico Técnico reúne los requisitos definidos por resolución de habilitación 3100 de 2019.

<u>PERSONAL MÍNIMO REQUERIDO:</u> El oferente deberá demostrar que el talento humano asistencial y administrativo con que cuenta para la ejecución del objeto contractual, se encuentra debidamente capacitado, por ello debe indicar la educación recibida en entidades educativas debidamente reconocidas ante el Ministerio de Educación. Asociada a los niveles técnica, tecnológica, profesional-universitaria, especializaciones, maestrías y doctorados.

El Oferente deberá contar con el siguiente personal:
<table>
<tr><th>TALENTO HUMANO</th><th>CANT</th></tr>
<tr><td>ODONTÓLOGO ENDODONCISTA</td><td>1</td></tr>
<tr><td>ODONTÓLOGO CIRUJANO ORAL</td><td>1</td></tr>
<tr><td>ODONTÓLOGO CIRUJANO MAXILOFACIAL</td><td>1</td></tr>
<tr><td>ODONTÓLOGO PERIODONCISTA</td><td>1</td></tr>
</table></td><td></td></tr>
</table>

	ODONTÓLOGO REHABILITADOR | **1** **El oferente deberá anexar la siguiente documentación que permitirá a la entidad verificar la idoneidad y experiencia:** - Hoja de vida - Antecedentes Fiscales y disciplinarios - Fotocopia de la cedula de ciudadanía - Vigencia de la Tarjeta profesional de Identificación Única del - Certificado de estar inscritos en el ReTHUS - Certificados de experiencia profesional mínima de un (01) año. - Diplomas y actas de grado de entidades educativas debidamente reconocidas ante el Ministerio de Educación. **Las certificaciones de experiencia profesional deben contener como mínimo los siguientes aspectos:** • Nombre de la persona natural o jurídica contratada, con identificación • Objeto del contrato. • Fecha de iniciación y de terminación del contrato (día, mes, año) • Firma del funcionario competente. • Indicación de la dirección comercial y teléfono del contratante. **NOTA 1: Dado el caso que la certificación laboral no contenga la información requerida, el oferente puede aportar el acta de liquidación del contrato donde se evidencie los parámetros mencionados.** **La anterior información, la registrara en hoja Excel que incluya:** • Nombre del Profesional • Número de Identificación • Número Tarjeta Profesional • Cargo • Título que ostenta • Especialidad (En caso que aplique) • Nombre de la Universidad que es egresado • Tiempo de Experiencia específica **NOTA 2: En caso de que los estudios sean realizados en otro país deberá adjuntar los documentos respectivos de homologación).** **NOTA 3: El oferente debe presentar las cartas de intención firmadas por cada profesional que haga parte del equipo mínimo ofertado.**	
13.	**PORTAFOLIO DE SERVICIOS ACTUALIZADO** El oferente adjuntara a su propuesta el portafolio de servicios de manera detallada por cada servicio que preste, insumos, la totalidad de los procedimientos ofrecidos por la entidad , para lo cual se debe aportar el portafolio de servicios actualizado con sus respectivos códigos CUPS, basados en la Resolución 3495 del 2019. El oferente debe presentar su propuesta tomando como base la siguiente tabla para la presentación de los servicios: **NOMBRE DE LA IPS** **CODIGO UPGD (unidad primaria de generadora de datos) SI APLICA** **NIT DE LA IPS**	

	<table><tr><td>**CORREO ELECTRONICO IPS**</td><td></td></tr><tr><td>**PERSONA DE CONTACTO IPS**</td><td></td></tr><tr><td>**TELÉFONO PARA AGENDAMIENTO**</td><td></td></tr><tr><td>**CORREO ELECTRONICO**</td><td></td></tr><tr><td>**FAX**</td><td></td></tr><tr><td>**DIRECCION**</td><td></td></tr><tr><td>**NIVEL DE COMPLEJIDAD**</td><td></td></tr></table><table><tr><td colspan="6">**TARIFAS DE SERVICIOS Y/O PROCEDIMIENTOS**</td></tr><tr><td>**ITEM**</td><td>**SERVICIO Y/O ESPECIALIDAD**</td><td>**CODIGO CUPS DEL SERVICIO Y/O PROCEDIMIENTO**</td><td>**NOMBRE DEL SERVICIO Y/O PROCEDIMIENT Y/O INSUMO**</td><td>**TARIFA (SOAT/ISS/ PROPIA)**</td><td>**VALOR**</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>**NOTA 1:** Los servicios que no se encuentran relacionados en el listado de las especificaciones técnicas, aplican a las tarifas en pesos o tarifas en % (EN CASO DE QUE APLIQUE) de la entidad ofertante relacionados en su portafolio de servicios valorizado de conformidad con la anterior tabla. **NOTA 2:** El portafolio de servicios deberá contar con el listado propio de insumos, dispositivos odontológicos y material de odontología y en caso que resulte adjudicatario del contrato que se derive de este proceso, se tendrán en cuenta los precios relacionados en su portafolio de servicios valorizado de conformidad con la anterior tabla, los cuales estarán sujetos a verificación por parte de la auditoria médica. **NOTA 3:** El portafolio de servicios deberá contar con el listado de los servicios de odontología e imágenes diagnósticas y en caso de que resulte adjudicatario del contrato que se derive de este proceso, se tendrán en cuenta los relacionados en su portafolio de servicios valorizado de conformidad con la anterior tabla, los cuales estarán sujetos a verificación por parte de la auditoria médica.	
14.	En cumplimiento a la normatividad que sobre gestión ambiental, manejo y destinación final de los residuos generados, de acuerdo a la normatividad que se encuentre vigente, **el oferente deberá presentar copia del contrato suscrito con la entidad competente respecto al manejo y destinación final de residuos hospitalarios, el cual se debe encontrar vigente.**	
15.	El oferente junto con su oferta deberá presentar los documentos soportes de la implementación y ejecución del respectivo programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud (PAMEC).	
16.	El oferente deberá presentar el **Protocolo del Plan de contingencia RUTA COVID – 19** de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social con la respectiva aprobación de la secretaria de salud departamental.	

Atentamente,
Nombre: _____

Documento de identidad