**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDA PRESTADORA DE SALUD CASANARE

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL
Unidad: _____
Radicado No: _____
Recibido por: _____
Fecha: _____ Hora: _____

**No. S-2021 / UPRES-GARCA– 29.25**

Yopal, 21 de mayo de 2021

Teniente Coronel
WILSON ANTONIO PEDROZA SANDOVAL
Jefe de RASES No.7
Villavicencio - Meta

Asunto: Evaluación Requisitos Técnicos proceso ***PN RASES No 7 MIC 076 2021***

De manera atenta me permito remitir, la evaluación técnica presentadas dentro del proceso de ***PN RASES No 7 MIC 076 2021***, cuyo objeto es la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE*.***

**CONDICIONES TÉCNICAS GENERALES**

| Nº | CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS | CUMPLE | |
|---|---|---|---|
| | | SI | NO |
| **1** | **Experiencia Proponente en producir o comercializar el bien y/o ofrecer el servicio**<br><br>Con el fin de garantizar la calidad de los servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere que el proponente acredite experiencia en proyectos con objetos iguales o similares al presente proceso **"*PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE"*,** tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos que acrediten la realización de proyectos cuya sumatoria sea igual o mayor al 70% del presupuesto asignado al presente proceso, con entidades públicas o privadas, para lo cual el oferente deberá presentar máximo tres (3) certificaciones.<br><br>Las certificaciones deberán acreditar los siguientes aspectos:<br><br>• Nombre o Razón Social del Contratante<br>• Nombre o Razón Social del Contratista<br>• Objeto Contractual<br>• Fecha de Inicio<br>• Fecha de Terminación<br>• Valor del Contrato<br>• Calificación del Servicio (La cual deberá ser mínimo buena, si la calificación otorgada a los contratistas es aceptable o mala no se tendrá en cuenta la experiencia)<br>• Nombre y datos de contacto de quien expide la certificación<br>• Fecha de expedición<br><br>En caso de no contar con las certificaciones de los contratos ejecutados, el proponente podrá presentar copia del contrato acompañada del acta terminación y/o de liquidación con el fin de que la entidad pueda verificar la información relacionada anteriormente.<br><br>Cuando se certifiquen contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o de Unión Temporal, la Unidad Prestadora de Salud Meta tomará para efectos de la verificación de este requisito habilitante, el porcentaje de participación del oferente en la ejecución del contrato. De acuerdo con lo anterior, el proponente deberá presentar el documento de conformación del Consorcio o de la Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes de la figura plural en la ejecución del contrato.<br><br>Además debe tenerse en cuenta que: | XX | |

Fiel copia del original
32347686

| | | | |
|---|---|---|---|
| | - No se admiten certificaciones de subcontrataciones o convenios.<br>- No se acepta ningún otro documento diferente a los enunciados para soportar la experiencia.<br>- No se tendrán en cuenta contratos en ejecución.<br>- No se aceptan certificaciones con enmendaduras y que no contengan como mínimo la información solicitada o que presenten inconsistencias.<br><br>**Justificación:** La experiencia específica del proponente es importante por cuanto le asegura a la entidad que el contrato será ejecutado por una firma con la suficiente experiencia en contratos de similares características, que garantice la calidad final de los bienes del contrato y el cumplimiento del tiempo de ejecución establecido para el mismo. | | |
| **2** | **Experiencia del personal**<br>El contratista deberá certificar que el personal cuenta con experiencia en Colombia y haber participado mínimo en un (1) contrato relacionado con el objeto del presente proceso; anexando los correspondientes soportes, expedidos por la empresa o entidad donde se desarrolló el mismo durante los últimos tres (3) años anteriores a la convocatoria, el personal deberá acreditar estudios profesionales en el ramo. | xx | |

| **Nº** | **CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS** | **CUMPLE** | |
|---|---|---|---|
| | | **SI** | **NO** |
| 1 | **Capacidad Operativa**<br>**Capacidad de Instalaciones:** Se requiere que el proponente cuente con instalaciones ubicadas en el perímetro urbano de la ciudad de Yopal, que cuente con la infraestructura necesaria para la prestación de los servicios solicitados con las normas mínimas de seguridad industrial, debiendo anexar la documentación requerida para su funcionamiento.<br>Este servicio debe ser prestado por una entidad de salud debidamente habilitada para ello por la autoridad de salud competente. Se requiere del cumplimiento de las normas vigentes en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad expedidas por el Ministerio de Protección Social, los requisitos mínimos esenciales y las condiciones sanitarias, que fijen las autoridades competentes tanto del orden nacional como territorial. | **xx** | |
| 2 | **Recurso humano**: El Contratista mediante certificación suscrita por el representante legal deberá contar como mínimo con el siguiente personal asistencial durante toda la presentación de la propuesta y ejecución del contrato, para lo cual deberá diligenciar el formulario de Idoneidad del Recurso Humano ***(Anexo No.7),*** | **xx** | |

| ITEM | PERFIL | CANT |
|---|---|---|
| 1 | Odontólogo especializado en Endodoncia | 1 |
| 2 | Odontólogo especializado en Periodoncia | 1 |
| 3 | Odontólogo especializado en Cirugía Oral | 1 |
| 4 | Odontólogo especializado en Odontopediatria | 1 |
| 5 | Odontólogo especializado en Cirugía Maxilofacial | 1 |
| 6 | Auxiliar de Odontología | 1 |
| 7 | Funcionario de Asignación de citas | 1 |
| 8 | Funcionario Facturador | 1 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3 | **Servicio Mínimo Requerido:**<br><br>Se requiere que las entidades de salud oferentes, certifiquen mediante escrito que cuentan con la capacidad administrativa y operacional propia o contratada, necesaria para prestar los servicios ofertados en el portafolio de servicios en los siguientes horarios:<br><br>Lunes a viernes de 08:00 horas hasta las 12:00 horas y de las 14:00 horas hasta las 18:00 horas.<br><br>Sábado de 08:00 horas hasta las 12:00 horas. | **xx** | |
| 4 | **Oportunidad citas y procedimientos**<br><br>Se requiere que las entidades de salud oferentes, certifiquen mediante escrito que cuentan con la capacidad administrativa y operacional propia o contratada, necesaria para prestar los servicios ofertados en el portafolio de servicios con la siguiente oportunidad:<br><br>Oportunidad para la asignación de citas: de 1 a 8 días<br><br>Oportunidad para la programación de procedimientos: de 1 a 15 días | **xx** | |

Fiel copia del original Juan Pablo

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5 | **Certificado de Inscripción o Habilitación.** El oferente debe adjuntar la certificación de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Salud de Acuerdo a lo estipulado en el Decreto 780 del 06 de Mayo de 2016 y Resolución No. 2003 de 2014. | **xx** | |
| 6 | El contratista deberá informar al jefe de la unidad prestadora de salud Casanare y al supervisor del contrato, mensualmente sobre la ejecución del contrato y cuando el mismo se encuentre en un cincuenta 50%, un setenta (70%), un noventa (90%) y un cien (100%) por ciento, con el fin de no sobre ejecutar el contrato. | **xx** | |
| 7 | El contrista garantizara el contacto permanente con el supervisor designado por la Unidad Prestadora de Salud Casanare, con el fin de favorecer el cumplimiento del objeto del contrato, para lo cual deberá asignara un empleado con capacidad de toma de decisiones, con acceso a línea telefónica directa y disponible, que servirá para el intercambio de comunicación y solución de problemas, en el mínimo de tiempo. Por lo tanto se deberá diligenciar el formato de idoneidad del personal y en caso de cambio se deberá dar previo aviso al superviso y garantizar la actualización de este formato. | **xx** | |
| 8 | El oferente debe tener el manual de bioseguridad, manual de limpieza y desinfección y manual de manejo de desechos, esta documentación será verificada por el médico de garantía de la calidad de la Unidad Prestadora de Salud Casanare antes de adjudicar el contrato, ya que el no tener estos procesos prioritarios, representa un riesgo en la atención de los usuarios. Si la entidad oferente es una I.P.S deberá tener el PAMEC, este documento será verificado por el médico de garantía de la calidad de la Unidad Prestadora de Salud Casanare antes de adjudicar el contrato, ya que el no tenerlo, representa un riesgo en la atención de los usuarios. (**ESTA INFORMACION SE DEBE SUBIR AL SECOP II PARA QUE EL AUDITOR MEDICO DE CALIDAD LA PUEDA REVISAR)** | **xx** | |
| 9 | EL SERVICIO DEBE SER PROPORCIONADO BAJO RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR CONTRATADO, con cumplimiento de Requisitos según lo contemplado por el Ministerio de la Protección Social, en el Decreto 1011 del 2006; Resolución 3100 del 2019 y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares de calidad en prestación de servicios de salud. Estos pueden ser verificados en cualquier momento por parte de grupo de Auditores de la Unidad Prestadora de Salud Casanare, incluyendo "*LA ATENCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS GENERADOS DURANTE EL MANEJO DEL PACIENTE ENTENDIDO COMO "EL DAÑO NO INTENCIONAL CONSECUENCIA DEL CUIDADO MÉDICO O TODO AQUEL DERIVADO DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y NO DE LA ENFERMEDAD MISMA DEL PACIENTE, SITUACIÓN QUE CORRERÁ POR CUENTA DEL CONTRATISTA PREVIO ANALISIS DEL CASO ENTRE AUDITORIA DE ENTIDADES, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA SERA ASUMIDA BAJO ORDEN JUDICIAL QUE ASI LO DETERMINE",* dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-006 REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS. Que se adjunta al presente estudio previo. | **xx** | |
| 10 | Etapa precontractual, celebración y ejecución del contrato: la documentación que se relaciona a continuación deberá presentarse al momento radicar la propuesta frente al pliego de condiciones según cronograma<br><br>Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato | | **xx** |
| 11 | El oferente deberá diligenciar el Formulario de compromiso firmado por el representante legal de la entidad, de acuerdo al anexo No. 8. | | **xx** |
| 12 | El oferente deberá cumplir con las condiciones descritas en el Anexo 5 | **xx** | |
| 13 | El oferente deberá diligenciar el anexo No. 9. SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL firmado por el representante legal de la entidad. | | **xx** |
| 14 | El oferente deberá diligenciar el anexo No 10 DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN, firmado por el representante legal de la entidad. | | **xx** |

Este documento es copia del original que reposa en los archivos de la Unidad

## OTRAS CONDICIONES TECNICAS MÍNIMAS HABILITABLES

| ITEM | CODIGO C.U.P.S | CONDICIONES TECNICAS MINIMAS | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 40705 | NEURECTOMIA DE NERVIO PERIFERICO EN CABEZA O CUELLO Incluye: NERVIOS INFRAORBITARIO, OPTICO CILIAR, BUCAL, LINGUAL, MAXILAR SUPERIOR, MENTONERO; POR TUMOR U OTRA LESION | X | |
| 2 | 230101 | EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR | X | |
| 3 | 230102 | EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR | X | |
| 4 | 230201 | EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR | X | |
| 5 | 231100 | EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR SOD | X | |
| 6 | 231200 | EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR SOD | X | |
| 7 | 231303 | EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO | X | |
| 8 | 234101 | COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES) | X | |
| 9 | 234102 | COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES) | X | |
| 10 | 235100 | REIMPLANTE DE DIENTE SOD | X | |
| 11 | 236100 | IMPLANTE ALOPLASTICO CERAMICO SOD | X | |
| 12 | 236200 | IMPLANTE ALOPLASTICO METALICO SOD | X | |
| 13 | 236300 | IMPLANTE DENTAL ALOPLASTICO (OSEOINTEGRACION) SOD | X | |
| 14 | 237301 | TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR | X | |
| 15 | 237302 | TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR | X | |
| 16 | 237303 | TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR | X | |
| 17 | 237305 | TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR | X | |
| 18 | 237401 | CURETAJE APICAL CON APICECTOMIA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGIA PERIRRADICULAR) | X | |
| 19 | 237702 | RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR) MULTIPLE | X | |
| 20 | 237902 | EXPLORACION Y MOVILIZACION DE NERVIO DENTARIO INFERIOR | X | |
| 21 | 240300 | ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD | X | |
| 22 | 242101 | PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS) | X | |
| 23 | 242102 | PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE | X | |
| 24 | 242201 | CURETAJE A CAMPO ABIERTO | X | |
| 25 | 243103 | ESCISION DE LESION BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCIA HASTA DE TRES CENTIMETROS | X | |
| 26 | 243104 | ESCISION DE LESION BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCIA DE MAS DE TRES CENTIMETROS | X | |
| 27 | 243105 | ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCION DE ESTRUCTURAS VECINAS U OSEAS | X | |
| 28 | 243106 | ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO | X | |
| 29 | 243301 | ENUCLEACION DE QUISTE EPIDERMOIDE, VIA INTRAORAL | X | |
| 30 | 243302 | ENUCLEACION DE QUISTE EPIDERMOIDE, VIA EXTRAORAL | X | |
| 31 | 243400 | GINGIVECTOMIA SOD | X | |
| 32 | 243502 | OPERCULECTOMIA | X | |
| 33 | 244101 | ENUCLEACION DE QUISTE ODONTOGENICO HASTA DE TRES CENTIMETROS DE DIAMETRO | X | |
| 34 | 244103 | RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGENICO | X | |
| 35 | 244104 | RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGENICO Y RECONSTRUCCION INMEDIATA CON INJERTO OSEO LIBRE | X | |
| 36 | 244108 | MARSUPIALIZACION DE QUISTE ODONTOGENICO | X | |
| 37 | 245100 | REGULARIZACION DE REBORDES SOD | X | |

Fiel copia del original juan cuellar

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 38 | 247401 | FERULIZACION RIGIDA (SUPERIOR O INFERIOR) | X | |
| 39 | 249100 | CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRURGICA SOD | X | |
| 40 | 252001 | RESECCION DE LENGUA EN CUÑA | X | |
| 41 | 254001 | GLOSECTOMIA RADICAL SOD | X | |
| 42 | 255101 | SUTURA DE LACERACION DE LENGUA (GLOSORRAFIA) VIA ABIERTA | X | |
| 43 | 255001 | GLOSOPLASTIA CON INJERTO CUTANEO O MUCOSO | X | |
| 44 | 255002 | GLOSOPEXIA ANTERIOR | X | |
| 45 | 255003 | GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ABIERTA | X | |
| 46 | 255004 | GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ENDOSCOPICA | X | |
| 47 | 260101 | SIALOLITOTOMIA VIA ABIERTA | X | |
| 48 | 260201 | EXPLORACION DE GLANDULA SALIVAL VIA ABIERTA | X | |
| 49 | 260301 | DRENAJE DE GLANDULA SALIVAL VIA ABIERTA | X | |
| 50 | 262001 | MARSUPIALIZACION DE LA RANULA | X | |
| 51 | 262002 | RESECCION DE MUCOCELE DE GLANDULA SALIVAL | X | |
| 52 | 263102 | SIALOADENECTOMIA PARCIAL | X | |
| 53 | 263201 | PAROTIDECTOMIA TOTAL Incluye: AQUELLA POR RECIDIVA TUMORAL, ENTRE OTRAS | X | |
| 54 | 263206 | SIALOADENECTOMIA DE GLANDULAS SALIVALES MENORES | X | |
| 55 | 264001 | CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO VIA ABIERTA | X | |
| 56 | 264002 | CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO VIA ENDOSCOPICA | X | |
| 57 | 264003 | CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL SIN INJERTO VIA ABIERTA | X | |
| 58 | 264004 | CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL SIN INJERTO VIA ENDOSCOPICA | X | |
| 59 | 264201 | CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO | X | |
| 60 | 264007 | SIALOPLASTIA (REPARACION DEL CONDUCTO) VIA ABIERTA | X | |
| 61 | 270101 | INCISION Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL | X | |
| 62 | 270102 | INCISION Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL | X | |
| 63 | 273105 | ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION SUPERFICIAL DE PALADAR OSEO | X | |
| 64 | 273201 | ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION PROFUNDA DE PALADAR OSEO | X | |
| 65 | 274101 | FRENILLECTOMIA LABIAL VIA ABIERTA | X | |
| 66 | 274305 | RESECCION DE LESION EN MUCOSA ORAL | X | |
| 67 | 274901 | REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA | X | |
| 68 | 275201 | ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MENOS DE CINCO CENTIMETROS | X | |
| 69 | 275301 | RESECCION INTRAORAL DE FISTULA DE BOCA | X | |
| 70 | 275302 | RESECCION EXTRAORAL DE FISTULA DE BOCA | X | |
| 71 | 275303 | CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL | X | |
| 72 | 275304 | CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL CON SINUSOTOMIA, CON O SIN REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO O COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL | X | |
| 73 | 275802 | PROFUNDIZACION DE PISO DE BOCA | X | |
| 74 | 275903 | PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR | X | |
| 75 | 275902 | PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR CON INJERTO CUTANEO | X | |
| 76 | 276209 | CORRECCION DE PALADAR FISURADO | X | |
| 77 | 276206 | INJERTO OSEO DE PALADAR O ALVEOLAR | X | |
| 78 | 277201 | RESECCION PARCIAL DE UVULA | X | |

Fiel copia del original Juan Cuellar

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 79 | 277301 | UVULORRAFIA | X | |
| 80 | 295101 | FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARINGEO | X | |
| 81 | 760103 | SECUESTRECTOMIA INTRAORAL O EXTRAORAL | X | |
| 82 | 760102 | SECUESTRECTOMIA EXTRAORAL CON FIJACION INTERNA | X | |
| 83 | 760901 | OSTEOTOMIA MAXILAR PARA EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO | X | |
| 84 | 760902 | DECORTICACION O CURETAJE OSEO EN HUESO FACIAL | X | |
| 85 | 761201 | ARTROCENTESIS DIAGNOSTICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR | X | |
| 86 | 762101 | ENUCLEACION, RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MENOS DE TRES CMS, VIA TRANSMUCOSA | X | |
| 87 | 762105 | ELIMINACION DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR | X | |
| 88 | 762201 | RESECCION DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR | X | |
| 89 | 763101 | MANDIBULECTOMIA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL | X | |
| 90 | 763901 | RESECCION PARCIAL MAXILAR SIN RECONSTRUCCION | X | |
| 91 | 763902 | CONDILECTOMIA DE LA MANDIBULA | X | |
| 92 | 764302 | RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO | X | |
| 93 | 764401 | RESECCION PARCIAL MAXILAR CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA | X | |
| 94 | 765202 | MENISECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR CON COLGAJO | X | |
| 95 | 765301 | REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR, CON INJERTO | X | |
| 96 | 766203 | OSTEOTOMIA DE RAMA MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA O VIA TRANSCUTANEA | X | |
| 97 | 766201 | OSTEOTOMIA DE RAMA MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA CON FIJACION INTERNA | X | |
| 98 | 766205 | CORONOIDECTOMIA | X | |
| 99 | 766301 | OSTEOTOMIA DE CUERPO MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA CON FIJACION INTERNA | X | |
| 100 | 766403 | OSTEOTOMIA DE MENTON CON FIJACION INTERNA | X | |
| 101 | 766501 | OSTEOTOMIA LEFORT I SEGMENTARIA, CON FIJACION INTERNA | X | |
| 102 | 766602 | OSTEOTOMIA SUBAPICAL CON FIJACION INTERNA | X | |
| 103 | 766603 | OSTEOTOMIA LEFORT II CON FIJACION INTERNA | X | |
| 104 | 766604 | OSTEOTOMIA LEFORT III CON FIJACION INTERNA | X | |
| 105 | 766605 | CORTICOTOMIA TIPO LEFORT I (DISYUNCION PALATINA) | X | |
| 106 | 766902 | OSTEOTOMIA DESLIZANTE (VISERA) | X | |
| 107 | 766903 | OSTEOPLASTIA SIMULTANEA DE VARIOS HUESOS FACIALES | X | |
| 108 | 767202 | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO | X | |
| 109 | 767203 | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MALAR, CON REDUCCION PISO DE ORBITA INJERTO O FIJACION INTERNA | X | |
| 110 | 767301 | REDUCCION CERRADA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION | X | |
| 111 | 767304 | REDUCCION CERRADA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION | X | |
| 112 | 767402 | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERNA | X | |
| 113 | 767403 | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERNA | X | |
| 114 | 767502 | REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR | X | |
| 115 | 767603 | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACION INTERNA | X | |
| 116 | 767702 | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE HASTA TRES DIENTES, CON FIJACION | X | |
| 117 | 767802 | REDUCCION CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES, CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACION | X | |
| 118 | 767908 | REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS MULTIPLES DE HUESOS FACIALES, CON IMPLANTE O INJERTO DEL PISO ORBITARIO | X | |

Firma oficial juan.cuellar

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 119 | 768110 | INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO POR REBORDE ALVEOLAR | X | |
| 120 | 768301 | REDUCCION CERRADA DE LUXACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR | X | |
| 121 | 768302 | REDUCCION CERRADA DE LUXACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR CON FIJACION INTERMAXILAR | X | |
| 122 | 768801 | ARTRECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR | X | |
| 123 | 830231 | MIOTOMIA DEL TEMPORAL | X | |
| 124 | 830232 | MIOTOMIA PTERIGOIDEO | X | |
| 125 | 830233 | MIOTOMIA DE MASETERO | X | |
| 126 | 890217 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL | X | |
| 127 | 890218 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA | X | |
| 128 | 890220 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA | X | |
| 129 | 890221 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA | X | |
| 130 | 890236 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL | X | |
| 131 | 890317 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL | X | |
| 132 | 890318 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA | X | |
| 133 | 890320 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA | X | |
| 134 | 890321 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA | X | |
| 135 | 890336 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL | X | |
| 136 | 893101 | IMPRESION DE ARCO DENTARIO SUPERIOR O INFERIOR, CON MODELO DE ESTUDIO Y CONCEPTO | X | |
| 137 | 893105 | MASCARA FACIAL DIAGNOSTICA | X | |
| 138 | 997105 | APLICACION DE RESINA PREVENTIVA | X | |
| 139 | 997301 | DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL | x | |

Realizada la evaluación técnica de la documentación presentada por el oferente en el proceso ***PN RASES No 7 MIC 076 2021***, **NO *CUMPLE*** con los parámetros establecidos, de acuerdo a las condiciones técnicas establecidas por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 7.

En atención al *numeral 2.1.3.3.1* de la *resolución 00090 del 15 de enero de 2018*, pongo en consideración la presente evaluación de observaciones, para ser analizada por el comité de adquisiciones de la Seccional de Sanidad, para fines pertinentes dentro del proceso ***PN RASES No 7 MIC 076 2021***

Atentamente,

CPS 04. **JUAN CARLOS CUELLO ROMERO**
Comité evaluador Técnico

Elaborado Por: CPS 04.Juan Carlos Cuello Romero
Revisado por: : CPS 04.Juan Carlos Cuello Romero
Fecha de Elaboración: 21/05/2021
Archivo: C/Sanidad 2021/ oficios

Diagonal 15 No. 13B-05 Yopal
Teléfono: 6344700 ext. 328150
decas.upres@policia.gov.co
**www.policia.gov.co**

INSPIRADOS EN USTED

Fiel copia del original Juan.cuellor

32347686

Fiel copia del original juan.cuellor



32347686