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

Santiago de Cali, 08 de Junio de 2021

Señora Coronel
BEATRIZ SILVA MIRANDA
Gerente de Proyecto proceso de selección de Mínima Cuantía N°. **419-DIGSA/DMCAL-2021**

Asunto: Evaluación técnica del proceso de selección de Mínima Cuantía N°. **PROCESO DE SELECCIÓN DE MÍNIMA CUANTÍA N° 419-DIGSA/DMCAL-2021, CUYO OBJETO ES "LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN OFTALMOLOGIA ESPECIALIZADA, ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICOS AFINES CON LA ESPECIALIDAD, PARA LOS USUARIOS DE EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR GMCAB DE IPIALES".**

PARTICIPANTES:

FUNDACION OFTALMOLOGICA DE NARIÑO

NORMAS O ESPECIFICACIONES TECNICAS

El proponente acreditará que los bienes a adquirir cumplen con las normas técnicas que son de obligatorio cumplimiento y que corresponden al ítem ofertado, para tal efecto diligenciará correctamente el Anexo No. 2 "NORMAS TÉCNICAS, FICHAS Y/O ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO", el cual será verificado por el Comité Técnico Evaluador.

No	CODIGO DANE	CODIGOS UNSPCS	CODIGO CUPS	DESCRIPCION SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	CANT	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA								
1	93122	85121610	890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	SERVICIO	1	X	
2	93122	85121610	890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	SERVICIO	1	X	
3	93122	85121610	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - CORNEA RETINA GLAUCOMA OCULOPLASTIA OFTALMOPEDIATRIA Y ESTRABOLOGIA	SERVICIO	1	X	
4	93122	85121610	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS - CORNEA RETINA GLAUCOMA OCULOPLASTIA OFTALMOPEDIATRIA Y ESTRABOLOGIA	SERVICIO	1	X	
5	93122	85121610	890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA	SERVICIO	1	X	
6	93122	85121610	890307	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRÍA	SERVICIO	1	X	

7	93122	85121610	891100	TONOMETRÍA SOD	SERVICIO	1	X	
8	93122	85121610	950601	MEDICIÓN DE AGUDEZA VISUAL	SERVICIO	1	X	
9	93122	85121610	950101	EVALUACIÓN ORTÓPTICA	SERVICIO	1	X	
10	93122	85121610	950201	EVALUACIÓN PARA BAJA VISIÓN	SERVICIO	1	X	
11	93122	85121610	9502011	TERAPIA DE BAJA VISION	SERVICIO	1	X	
12	93122	85121610	953501	TERAPIA ORTÓPTICA	SERVICIO	1	X	
AYUDAS DIAGNOSTICAS								
13	93196	85121808	951202	ANGIOGRAFÍA OCULAR DE SEGMENTO ANTERIOR DEL OJO	SERVICIO	1	X	
14	93196	85121808	951203	ANGIOGRAFÍA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	SERVICIO	1	X	
15	93196	85121808	952001	BIOMETRÍA OCULAR	SERVICIO	1	X	
16	93196	85121808	950505	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFÉRICO COMPUTARIZADO	SERVICIO	1	X	
17	93196	85121808	951102	FOTOGRAFÍA A COLOR DE SEGMENTO ANTERIOR DEL OJO	SERVICIO	1	X	
18	93196	85121808	951103	FOTOGRAFÍA A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	SERVICIO	1	X	
19	93196	85121808	951501	TOPOGRAFÍA COMPUTADA CORNEAL SIMPLE	SERVICIO	1	X	
20	93196	85121808	952501	PAQUIMETRÍA	SERVICIO	1	X	
21	93196	85121808	951303	ECOGRAFÍA DE ÓRBITA MODO A Y B	SERVICIO	1	X	
22	93196	85121808	951302	ECOGRAFÍA OCULAR MODO A Y B	SERVICIO	1	X	
23	93196	85121808	951902	TOMOGRAFIA ÓPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	SERVICIO	1	X	
PROCEDIMIENTOS								
24	93122	85121610	81101	BIOPSIA EN PÁRPADO	SERVICIO	1	X	
25	93122	85121610	82101	RESECCIÓN DE CHALAZIÓN VÍA ANTERIOR	SERVICIO	1	X	
26	93122	85121610	82102	RESECCIÓN DE CHALAZIÓN VÍA POSTERIOR	SERVICIO	1	X	
27	93122	85121610	82301	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PÁRPADO, ESPESOR PARCIAL, UN TERCIO	SERVICIO	1	X	
28	93122	85121610	82302	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PÁRPADO, ESPESOR PARCIAL, DOS TERCIOS	SERVICIO	1	X	
29	93122	85121610	82304	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PÁRPADO, ESPESOR PARCIAL, MAYOR DE DOS TERCIOS	SERVICIO	1	X	

30	93122	85121610	82403	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PÁRPADO, ESPESOR TOTAL, UN TERCIO	SERVICIO	1	X	
31	93122	85121610	82404	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PÁRPADO, ESPESOR TOTAL, DOS TERCIOS	SERVICIO	1	X	
32	93122	85121610	82405	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PÁRPADO, ESPESOR TOTAL, MAYOR DE DOS TERCIOS	SERVICIO	1	X	
33	93122	85121610	82406	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PÁRPADO, ESPESOR TOTAL CON CANTO	SERVICIO	1	X	
34	93122	85121610	82407	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PÁRPADO, ESPESOR TOTAL CON CANTO Y VÍA LAGRIMAL	SERVICIO	1	X	
35	93122	85121610	82504	ABLACIÓN DE LESIÓN DE PÁRPADOS	SERVICIO	1	X	
36	93122	85121610	83001	CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSIÓN FRONTAL CON SUTURA O TEJIDO	SERVICIO	1	X	
37	93122	85121610	83002	CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSIÓN FRONTAL CON DESLIZAMIENTO DEL MÚSCULO FRONTAL	SERVICIO	1	X	
38	93122	85121610	83003	CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCIÓN EXTERNA DEL ELEVADOR VÍA ANTERIOR	SERVICIO	1	X	
39	93122	85121610	83004	CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCIÓN EXTERNA DEL ELEVADOR VÍA CONJUNTIVAL	SERVICIO	1	X	
40	93122	85121610	83005	CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR CONJUNTIVO MULLERECTOMÍA VÍA CONJUNTIVAL CON O SIN TARSO	SERVICIO	1	X	
41	93122	85121610	83601	CORRECCIÓN DE ENTROPIÓN POR SUTURA (REINSERCIÓN DE RETRACTORES)	SERVICIO	1	X	
42	93122	85121610	83602	CORRECCIÓN DE ENTROPIÓN POR INJERTO	SERVICIO	1	X	
43	93122	85121610	83603	CORRECCIÓN DE ENTROPIÓN POR ACORTAMIENTO HORIZONTAL [CUÑA]	SERVICIO	1	X	
44	93122	85121610	83701	CORRECCIÓN DE ECTROPIÓN POR ACORTAMIENTO HORIZONTAL [CUÑA]	SERVICIO	1	X	
45	93122	85121610	83702	CORRECCIÓN DE ECTROPIÓN CON INJERTO	SERVICIO	1	X	
46	93122	85121610	83703	CORRECCIÓN DE ECTROPIÓN POR FIJACIÓN CANTAL	SERVICIO	1	X	
47	93122	85121610	83804	BLEFAROPLASTIA SUPERIOR	SERVICIO	1	X	
48	93122	85121610	83805	BLEFAROPLASTIA INFERIOR VÍA EXTERNA	SERVICIO	1	X	
49	93122	85121610	83806	BLEFAROPLASTIA INFERIOR VÍA CONJUNTIVAL	SERVICIO	1	X	
50	93122	85121610	83807	REFORMA DE PLIEGUE PALPEBRAL POR FIJACIÓN TARSAL	SERVICIO	1	X	
51	93122	85121610	83811	CORRECCIÓN DE EPICANTO	SERVICIO	1	X	
52	93122	85121610	86001	RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADOS CON COLGAJO	SERVICIO	1	X	

53	93122	85121610	86002	RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADOS CON INJERTO	SERVICIO	1	X	
54	93122	85121610	86003	RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADOS POR LIBERACIÓN DE COLGAJO	SERVICIO	1	X	
55	93122	85121610	88201	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA ÚNICA DE PÁRPADO	SERVICIO	1	X	
56	93122	85121610	88202	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA MÚLTIPLE DE PÁRPADO	SERVICIO	1	X	
57	93122	85121610	88401	SUTURA PROFUNDA DE HERIDA ÚNICA DE PÁRPADO	SERVICIO	1	X	
58	93122	85121610	88402	SUTURA PROFUNDA DE HERIDA MÚLTIPLE DE PÁRPADO	SERVICIO	1	X	
59	93122	85121610	88403	SUTURA DE PÁRPADO Y RECONSTRUCCIÓN CON INJERTO O COLGAJO	SERVICIO	1	X	
60	93122	85121610	89104	ABLACIÓN DE PESTAÑAS (SUPERIOR O INFERIOR)	SERVICIO	1	X	
61	93122	85121610	90101	DRENAJE EN LA GLÁNDULA LAGRIMAL	SERVICIO	1	X	
62	93122	85121610	91101	BIOPSIA DE LA GLÁNDULA LAGRIMAL	SERVICIO	1	X	
63	93122	85121610	91201	BIOPSIA DE LA VÍA LAGRIMAL	SERVICIO	1	X	
64	93122	85121610	92001	DACRIOADENECTOMÍA PARCIAL	SERVICIO	1	X	
65	93122	85121610	92002	DACRIOADENECTOMÍA TOTAL	SERVICIO	1	X	
66	93122	85121610	94101	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL SACO LAGRIMAL	SERVICIO	1	X	
67	93122	85121610	94201	SONDEO Y LAVADO DE LAS VÍAS LAGRIMALES VÍA EXTERNA	SERVICIO	1	X	
68	93122	85121610	94202	SONDEO Y LAVADO DE LAS VÍAS LAGRIMALES VÍA ENDOSCÓPICA	SERVICIO	1	X	
69	93122	85121610	95001	DRENAJE DEL SACO LAGRIMAL	SERVICIO	1	X	
70	93122	85121610	95002	DRENAJE DEL CANALÍCULO LAGRIMAL	SERVICIO	1	X	
71	93122	85121610	96101	DACRIOCISTECTOMÍA	SERVICIO	1	X	
72	93122	85121610	97101	PLASTIA EN CANALÍCULOS LAGRIMALES	SERVICIO	1	X	
73	93122	85121610	97201	PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL SIMPLE	SERVICIO	1	X	
74	93122	85121610	97301	PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL MODIFICADA CON SUTURAS	SERVICIO	1	X	
75	93122	85121610	98101	DACRIOCISTORRINOSTOMÍA VÍA ABIERTA	SERVICIO	1	X	

76	93122	85121610	98102	DACRIOCISTORRINOSTOMÍA TRANSNASAL VÍA ENDOSCÓPICA	SERVICIO	1	X	
77	93122	85121610	98105	DACRIOCISTORRINOSTOMÍA REVISIONAL VÍA EXTERNA	SERVICIO	1	X	
78	93122	85121610	98106	DACRIOCISTORRINOSTOMÍA REVISIONAL VÍA ENDOSCÓPICA	SERVICIO	1	X	
79	93122	85121610	98201	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMÍA SIMPLE VÍA EXTERNA	SERVICIO	1	X	
80	93122	85121610	98202	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMÍA SIMPLE TRANSANASAL VÍA ENDOSCÓPICA	SERVICIO	1	X	
81	93122	85121610	98301	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMÍA CON DISPOSITIVO VÍA EXTERNA	SERVICIO	1	X	
82	93122	85121610	98302	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMÍA CON DISPOSITIVO VÍA ENDOSCÓPICA	SERVICIO	1	X	
83	93122	85121610	99001	CIERRE DEL PUNTO LAGRIMAL CON SUTURA	SERVICIO	1	X	
84	93122	85121610	99002	CIERRE TEMPORAL DE PUNTOS LAGRIMALES CON DISPOSITIVO	SERVICIO	1	X	
85	93122	85121610	99003	CIERRE DE PUNTOS LAGRIMALES ASISTIDO	SERVICIO	1	X	
86	93122	85121610	100101	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUBCONJUNTIVAL	SERVICIO	1	X	
87	93122	85121610	102101	BIOPSIA DE CONJUNTIVA	SERVICIO	1	X	
88	93122	85121610	103101	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA	SERVICIO	1	X	
89	93122	85121610	103102	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA CON INJERTO	SERVICIO	1	X	
90	93122	85121610	103103	RESECCIÓN SIMPLE DE PTERIGION (NASAL O TEMPORAL)	SERVICIO	1	X	
91	93122	85121610	103104	RESECCIÓN DE PTERIGION (NASAL O TEMPORAL) CON INJERTO	SERVICIO	1	X	
92	93122	85121610	103105	RESECCIÓN DE PTERIGION REPRODUCIDO (NASAL O TEMPORAL) CON INJERTO	SERVICIO	1	X	
93	93122	85121610	103106	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE CONJUNTIVA CON INJERTO	SERVICIO	1	X	
94	93122	85121610	103107	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE CONJUNTIVA SIN INJERTO	SERVICIO	1	X	
95	93122	85121610	103108	PERITOMÍA TOTAL	SERVICIO	1	X	
96	93122	85121610	103204	ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CONJUNTIVA	SERVICIO	1	X	
97	93122	85121610	104001	REPARACIÓN SIMPLE DE SIMBLÉFARON	SERVICIO	1	X	
98	93122	85121610	104002	REPARACIÓN DE SIMBLÉFARON CON INJERTO LIBRE EN CONJUNTIVA	SERVICIO	1	X	

99	93122	85121610	104003	REPARACIÓN DE SIMBLÉFARON CON INJERTO DE TEJIDO EXTRAOCULAR	SERVICIO	1	X	
100	93122	85121610	110001	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN CÓRNEA	SERVICIO	1	X	
101	93122	85121610	110002	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO PROFUNDO EN CÓRNEA	SERVICIO	1	X	
102	93122	85121610	111201	DRENAJE DE COLECCIONES EN CÓRNEA	SERVICIO	1	X	
103	93122	85121610	112201	BIOPSIA DE CÓRNEA	SERVICIO	1	X	
104	93122	85121610	114101	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE CÓRNEA	SERVICIO	1	X	
105	93122	85121610	114102	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE CÓRNEA	SERVICIO	1	X	
106	93122	85121610	114201	CAUTERIZACIÓN DE CÓRNEA MANUAL	SERVICIO	1	X	
107	93122	85121610	114202	CAUTERIZACIÓN DE CÓRNEA ASISTIDA	SERVICIO	1	X	
108	93122	85121610	115201	REPARACIÓN DE DESHISCENCIA DE HERIDA CORNEAL	SERVICIO	1	X	
109	93122	85121610	115301	REPARACIÓN DE LACERACIÓN O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR PARCIAL	SERVICIO	1	X	
110	93122	85121610	115302	REPARACIÓN DE LACERACIÓN O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR TOTAL	SERVICIO	1	X	
111	93122	85121610	115306	SUTURA DE CÓRNEA	SERVICIO	1	X	
112	93122	85121610	115801	RETIRO DE SUTURA EN CÓRNEA	SERVICIO	1	X	
113	93122	85121610	118202	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO EN CÓRNEA	SERVICIO	1	X	
114	93122	85121610	118203	IMPLANTE DE DISPOSITIVO EN CÓRNEA MANUAL	SERVICIO	1	X	
115	93122	85121610	120001	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR DEL SEGMENTO ANTERIOR DE OJO	SERVICIO	1	X	
116	93122	85121610	121101	IRIDOTOMÍA MANUAL	SERVICIO	1	X	
117	93122	85121610	121102	IRIDOTOMÍA ASISTIDA	SERVICIO	1	X	
118	93122	85121610	121301	REDUCCIÓN DE HERNIA DE IRIS	SERVICIO	1	X	
119	93122	85121610	121401	IRIDECTOMÍA (BASAL, PERIFÉRICA Y TOTAL)	SERVICIO	1	X	
120	93122	85121610	123001	IRIDOPLASTIA MANUAL	SERVICIO	1	X	
121	93122	85121610	123002	IRIDOPLASTIA ASISTIDA	SERVICIO	1	X	

122	93122	85121610	123202	LISIS DE SINEQUIAS ANTERIORES	SERVICIO	1	X	
123	93122	85121610	123203	LISIS DE SINEQUIAS POSTERIORES	SERVICIO	1	X	
124	93122	85121610	123401	REPARACIÓN O SUTURA DE IRIDODIÁLISIS	SERVICIO	1	X	
125	93122	85121610	123501	COREOPLASTIA (PUPILOPLASTIA)	SERVICIO	1	X	
126	93122	85121610	124102	ABLACIÓN DE LESIÓN DE IRIS	SERVICIO	1	X	
127	93122	85121610	124201	RESECCIÓN DE TUMOR DE IRIS	SERVICIO	1	X	
128	93122	85121610	125101	GONIOTOMÍA	SERVICIO	1	X	
129	93122	85121610	125401	TRABECULOTOMÍA	SERVICIO	1	X	
130	93122	85121610	126403	TRABECULECTOMÍA CONVENCIONAL	SERVICIO	1	X	
131	93122	85121610	126601	REVISIÓN DE AMPOLLA FILTRANTE	SERVICIO	1	X	
132	93122	85121610	126603	SUTUROLISIS SUBCONJUNTIVAL DE COLGAJO ESCLERAL ASISTIDA	SERVICIO	1	X	
133	93122	85121610	126604	LIBERACIÓN DE OBSTRUCCIÓN DE VENTANA FILTRANTE ASISTIDA	SERVICIO	1	X	
134	93122	85121610	126702	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO ANCLADO A ESCLERA	SERVICIO	1	X	
135	93122	85121610	126703	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO VÍA GONIOSCÓPICA	SERVICIO	1	X	
136	93122	85121610	126704	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO VÍA EXTERNA	SERVICIO	1	X	
137	93122	85121610	126705	REVISIÓN ANTERIOR DE TUBO DE DISPOSITIVO	SERVICIO	1	X	
138	93122	85121610	127501	TRABECULOPLASTIA ASISTIDA	SERVICIO	1	X	
139	93122	85121610	128101	SUTURA DE LA ESCLERA [ESCLERORRAFIA]	SERVICIO	1	X	
140	93122	85121610	128401	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA ESCLERÓTICA, VÍA ABIERTA	SERVICIO	1	X	
141	93122	85121610	128405	ABLACIÓN DE LESIÓN O TUMOR DE LA ESCLERÓTICA	SERVICIO	1	X	
142	93122	85121610	128801	ESCLEROPLASTIA SIMPLE	SERVICIO	1	X	
143	93122	85121610	128802	ESCLEROPLASTIA CON INJERTO	SERVICIO	1	X	
144	93122	85121610	129302	INSERCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR FÁQUICO EN CÁMARA ANTERIOR	SERVICIO	1	X	

145	93122	85121610	129303	INSERCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR FÁQUICO EN CÁMARA POSTERIOR	SERVICIO	1	X	
146	93122	85121610	130003	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO	SERVICIO	1	X	
147	93122	85121610	136401	RESECCIÓN DE MEMBRANA SECUNDARIA MANUAL	SERVICIO	1	X	
148	93122	85121610	136402	RESECCIÓN DE MEMBRANA SECUNDARIA ASISTIDA	SERVICIO	1	X	
149	93122	85121610	136504	CAPSULOTOMÍA MANUAL	SERVICIO	1	X	
150	93122	85121610	136505	CAPSULOTOMÍA ASISTIDA	SERVICIO	1	X	
151	93122	85121610	137001	INSERCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR EN CÁMARA ANTERIOR DE APOYO ANGULAR (NO INCLUYE LENTES ESPECIALES)	SERVICIO	1	X	
152	93122	85121610	137002	INSERCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR EN CÁMARA ANTERIOR FIJADO AL IRIS (NO INCLUYE LENTES ESPECIALES)	SERVICIO	1	X	
153	93122	85121610	137003	INSERCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR EN CÁMARA POSTERIOR SOBRE RESTOS CAPSULARES (NO INCLUYE LENTES ESPECIALES)	SERVICIO	1	X	
154	93122	85121610	137004	INSERCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR EN CÁMARA POSTERIOR FIJADO AL IRIS (NO INCLUYE LENTES ESPECIALES)	SERVICIO	1	X	
155	93122	85121610	137005	INSERCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR EN CÁMARA POSTERIOR FIJADO A ESCLERA (NO INCLUYE LENTES ESPECIALES)	SERVICIO	1	X	
156	93122	85121610	138101	EXTRACCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR (PSEUDOCRISTALINO) DE CÁMARA ANTERIOR O POSTERIOR	SERVICIO	1	X	
157	93122	85121610	142004	ABLACIÓN DE LESIÓN CORIORETINAL	SERVICIO	1	X	
158	93122	85121610	147101	VITRECTOMÍA ANTERIOR	SERVICIO	1	X	
159	93122	85121610	147401	VITRECTOMÍA POSTERIOR CON INSERCIÓN DE SILICÓN O GASES (NO INCLUYE INSUMOS)	SERVICIO	1	X	
160	93122	85121610	147402	VITRECTOMÍA POSTERIOR CON RETINOPEXIA (NO INCLUYE INSUMOS)	SERVICIO	1	X	
161	93122	85121610	147403	VITRECTOMÍA POSTERIOR ASISTIDA (NO INCLUYE INSUMOS)	SERVICIO	1	X	
162	93122	85121610	147404	VITRECTOMÍA POSTERIOR SIN INSERCIÓN DE SILICÓN O GASES (NO INCLUYE INSUMOS)	SERVICIO	1	X	
163	93122	85121610	147405	VITRECTOMÍA POSTERIOR CON RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO (NO INCLUYE INSUMOS)	SERVICIO	1	X	
164	93122	85121610	147406	VITRECTOMÍA POSTERIOR CON RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR (NO INCLUYE INSUMOS)	SERVICIO	1	X	
165	93122	85121610	154001	REINSERCIÓN DE MÚSCULOS RECTOS	SERVICIO	1	X	
166	93122	85121610	154002	REINSERCIÓN DE MÚSCULOS OBLICUOS	SERVICIO	1	X	
167	93122	85121610	154003	RETROINSERCIÓN DE MÚSCULOS RECTOS	SERVICIO	1	X	

168	93122	85121610	154004	RETROINSERCIÓN DE MÚSCULOS OBLICUOS	SERVICIO	1	X	
169	93122	85121610	154005	ANTEROINSERCIÓN DE MÚSCULOS RECTOS	SERVICIO	1	X	
170	93122	85121610	154006	ANTEROINSERCIÓN DE MÚSCULOS OBLICUOS	SERVICIO	1	X	
171	93122	85121610	154007	RESECCIÓN DE MÚSCULOS RECTOS	SERVICIO	1	X	
172	93122	85121610	154008	RESECCIÓN DE MÚSCULOS OBLICUOS	SERVICIO	1	X	
173	93122	85121610	160101	ORBITOTOMÍA CON COLGAJO ÓSEO	SERVICIO	1	X	
174	93122	85121610	160201	ORBITOTOMÍA CON INSERCIÓN DE IMPLANTE ORBITAL	SERVICIO	1	X	
175	93122	85121610	161101	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN ÓRBITA	SERVICIO	1	X	
176	93122	85121610	163001	EVISCERACIÓN DEL GLOBO OCULAR SIN IMPLANTE	SERVICIO	1	X	
177	93122	85121610	163002	EVISCERACIÓN DEL GLOBO OCULAR CON IMPLANTE	SERVICIO	1	X	
178	93122	85121610	166101	INSERCIÓN SECUNDARIA DE PRÓTESIS CON FORMACIÓN DE FONDOS DE SACO CONJUNTIVALES	SERVICIO	1	X	
179	93122	85121610	168301	PLASTIA DE ÓRBITA CON RECONSTRUCCIÓN DE FONDOS DE SACO CON INJERTOS	SERVICIO	1	X	
180	93122	85121610	169004	INYECCIÓN INTRACORNEAL DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA	SERVICIO	1	X	
181	93122	85121610	169006	INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA	SERVICIO	1	X	
182	93122	85121610	169201	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE ÓRBITA	SERVICIO	1	X	
183	93122	85121610	169202	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE ÓRBITA	SERVICIO	1	X	
184	93122	85121610	861411	INYECCIÓN DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA BOTULÍNICA)	SERVICIO	1	X	

2.4.2 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ADICIONALES

El proponente deberá tener en cuenta que en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato, deberá cumplir como mínimo con las siguientes obligaciones y especificaciones técnicas adicionales, para el cumplimiento de las mismas los interesados en participar diligenciarán correctamente el Anexo No. 2 "NORMAS TÉCNICAS, FICHAS Y/O ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO" adjunto en los anexos y formularios de la invitación publica, el cual será verificado por el Comité Técnico Evaluador, así mismo debe tener en cuenta aquellos requerimientos que se requieren en documento independiente y demás documentos solicitados a continuación:

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	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	
7	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	
8	Hojas de Vida del personal profesional y técnico, anexando copia de tarjeta profesional, experiencia mínima de 1 año certificada y copia de diploma respectivo, adscrito a la entidad y que va a prestar el servicio al ESM.	X	
9	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	
10	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	
11	EL oferente debe manifestar por escrito que el tiempo de asignación del personal idóneo para la prestación del servicio requerido luego de la autorización por parte del ESM no será mayor a un día.	X	
12	El oferente se compromete a presentar informe mensual sobre los avances, estado, tratamiento, cumplimiento de deberes de los profesionales y recomendaciones dadas a los pacientes a el Coordinador del Programa en medio magnético y / o físico	X	
13	El oferente debe presentar certificación de cumplimiento de la Normatividad Sistema de gestión se 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	

14	El oferente dispondrá de una persona exclusiva encargada de la coordinación y un alinea telefónica directa para garantizar 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 pacientes	X	
15	El oferente debe certificar por escrito y entregar junto con la propuesto en único documento que se compromete a lo siguiente: • 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 ningún procedimiento solo en caso de autorizados por el comité técnico científico y el supervisor del contrato. • Los procedimientos deben ser realizadas por el profesional en que se requiera • Los auxiliares 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. • Previa realización de los procedimientos el profesional 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 un profesional el servicio no será prestado eventualmente y debe ser informado de inmediato al coordinador del programa del ESM 3008.	X	

2.4.3 VERIFICACION DE LA EXPERIENCIA HABILITANTE

VERIFICACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PROPONENTE. PARA OFERENTES NACIONALES O EXTRANJEROS CON DOMICILIO EN COLOMBIA

Cumplimiento de la experiencia habilitante requerida. Para tal efecto diligenciará el **FORMULARIO** de la invitación pública "EXPERIENCIA HABILITANTE DEL PROPONENTE", de acuerdo con los siguientes parámetros:

a. La información suministrada, se entiende bajo la gravedad del juramento y debe ser correlativa a la documentación aportada.
b. El formulario debe ir firmado por el representante legal del proponente y/o suplente.
c. Anexo de los soportes que demuestren la acreditación de la experiencia requerida en el Formulario Nº. 04." ACREDITACIÓN DE LA EXPERIENCIA HABILITANTE DEL PROPONENTE".
d. No se aceptan auto certificaciones.

Certificaciones experiencia del proponente:

Como requisito mínimo habilitante, el proponente debe acreditar su experiencia certificando uno o más contratos ejecutados y/o facturas y/o constancias, recibidos a entera satisfacción y debidamente suscritos, cuyo objeto sean RELACIONADOS CON LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN OFTALMOLOGIA y cuya sumatoria sea equivalente al SESENTA por ciento (60%) del presupuesto oficial del presente proceso contractual.

Las constancias a través de las cuales se certifiquen los contratos, deben contener como mínimo la siguiente información:

a. Nombre o razón social del contratante.
b. Nombre o razón social del contratista
c. Objeto del contrato
d. Plazo del contrato
e. Valor del contrato. Solo se aceptaran certificaciones en pesos colombianos.
f. La certificación debe venir debidamente suscrita por la persona facultada para expedirla.
g. Si la certificación incluye varios contratos, se debe identificar en forma precisa si son contratos adicionales al principal o son contratos nuevos, indicando en cada uno de ellos sus plazos, y/o valor. La certificación puede ser individual o general.

Nota 1: No se aceptan certificaciones con enmendaduras y que no contengan como mínimo la información solicitada o que presenten inconsistencias.

Nota 2: DISPENSARIO MEDICO DE CAL se reserva el derecho de verificar la veracidad de la información suministrada por el oferente.

Nota 3: No se acepta ningún otro documento para acreditar la experiencia. NO SE ACEPTAN AUTO CERTIFICACIONES.

Nota 4: Las copias de los documentos presentadas deben ser completamente legibles.

ACREDITACION DE LA EXPERIENCIA EN LA MODALIDAD DE CONSORCIO Y UNIÓN TEMPORAL

Los Consorcios o Uniones Temporales, deberán acreditar experiencia que sean RELACIONADOS CON LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN OFTALMOLOGIA; aportando certificaciones, contratos con su respectiva certificación de cumplimiento y aceptación con las exigencias legales para su validez acreditando el recibo (Ley 1231 de 2008), contratado, ejecutado y terminado, anterior a la fecha del cierre del presente proceso de selección

La sumatoria de estas experiencias deberá Cuando las actividades correspondientes hayan sido ejecutadas por el proponente o por uno de sus miembros bajo la modalidad de consorcio o unión temporal, en tal caso sólo se tendrá en cuenta como experiencia del proponente o de uno de sus miembros, aquella referida al porcentaje de participación que el proponente hubiera tenido en el grupo o asociación que ejecutó la actividad.

Igualmente el proponente deberá declarar bajo la gravedad de juramento que la experiencia que acredita corresponde al objeto del presente proceso, y que han sido desarrollados por él de manera directa.

El Ministerio de Defensa Nacional Ejército Nacional – El Dispensario Médico de Cali, se reserva el derecho de verificar la información aportada, y no será tenida en cuenta aquella que se pueda establecer que no es cierta.

VERIFICACION DE LA EXPERIENCIA HABILITANTE PARA LOS OFERENTES EXTRANJEROS SIN DOMICILIO EN COLOMBIA Y PARA EMPRESAS INDUSTRIALES Y COMERCIALES DEL ESTADO

El proponente extranjero acreditará la experiencia requerida en la invitación pública, mediante el diligenciamiento del formulario "EXPERIENCIA DEL PROPONENTE", en su parte de "ACREDITACIÓN EXPERIENCIA PARA OFERENTES EXTRANJEROS SIN DOMICILIO EN COLOMBIA".

Para el caso de personas naturales y jurídicas extranjeras, la experiencia debe acreditarse mediante certificaciones que den cuenta de esta por el 60% del valor del presupuesto del proceso expresada en salarios mínimos mensuales legales vigentes (SMMLV) colombianos, por la ejecución de contratos y/o facturas cuyo objeto sean RELACIONADOS CON LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN OFTALMOLOGIA Para el efecto esta documentación deberá cumplir con los protocolos y formalidades para los documentos expedidos en el exterior.

Las constancias a través de las cuales se certifiquen los contratos deben contener la siguiente información:

1. Nombre o razón social del contratante y del contratista.
2. Objeto del contrato
3. Valor del contrato.
4. Plazo de ejecución
5. Cumplimiento y/o Calidad de la ejecución contractual.
6. Indicación de la dirección comercial y teléfono del contratante o la del dueño del proyecto.
7. No se aceptan auto certificaciones.

Deberán aportarse las certificaciones y copias de los contratos que se harán valer como experiencia.

CUMPLE

CONCLUSION DE LA EVALUACION TECNICA:

Una vez verificados los requisitos de orden técnico solicitados en el complemento a la invitación para el proceso de selección de Mínima Cuantía N°. **419-DIGSA/DMCAL-2021** se puede establecer que la entidad **FUNDACION OFTALMOLOGICA DE NARIÑO,** 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. OREJUELA MORA EDISON EFREN
Comité Técnico Evaluador Proceso de selección de Mínima Cuantía N°. **419-DIGSA/DMCAL-2021**

ORIGINAL DEBIDAMENTE FIRMADO