REGIONAL MAGDALENA
NIT.- 899.999.034-1
INFORME DE EVALUACIÓN TÉCNICA
PROCESO DE SELECCIÓN DE MINIMA CUANTIA No. MC-MGN-0004-2022

PROPONENTE	**LABORATORIO CLINICO FALAB S.A.S.**			
REQUISITO	**SI**	**NO**	**No. Folio**	**OBSERVACIONES Y/O RESULTADOS**
1. Oportunidad en las citas y atención preferencial: El proponente, deberá suscribir anexo donde manifieste que se compromete a asignar las citas de manera oportuna y preferencial para la atención a los usuarios designados por el SENA, dentro de los 3 días siguientes a la solicitud. El proponente que ofrezca otorgar las citas en un tiempo mayor al de los 3 días, será rechazado.	**X**		Documento digital	CUMPLE - citas dentro de las 72 horas de solicitadas.
2. Infraestructura locativa: Esto se valorará considerando a través de visita, los siguientes aspectos: acceso, sala de espera, número de consultorios, baterías sanitarias, etc.	**x**		VISITA	CUMPLE - infraestructura adecuada para la prestacion del servicio.
3. Tecnología de punta: El proponente debe manifestar mediante certificación suscrita por el representante legal que sus instalaciones están dotadas con equipos de alta calidad y demás insumos que requieran para la correcta ejecución del contrato.	**X**		Documento digital	CUMPLE - Las intalaiones estan dotadas con equipos de alta calidad y demás insumos que requieran para la correcta ejecución del contrato.
4. Certificado de habilitación: El proponente deberá encontrarse habilitado ante la Secretaria de Salud Distrital y esto se verificará con el respectivo certificado o el distintivo de habilitación de servicios. Este requisito se verificará con la correspondiente constancia, no se aceptan constancias de autoevaluación. En el evento en que el proponente preste sus servicios bajo la modalidad de Interdependencia, deberá manifestarlo y aportar las habilitaciones correspondientes.	**X**		Documento digital	CUMPLE - Se encuentra habilitado para prestar los servicios solicitados. .
5. Lugar de prestación del servicio: El proponente debe certificar mediante escrito firmado por el representante legal, que el servicio lo prestará en la ciudad de Santa Marta.	**X**		Documento digital	CUMPLE - Aporta cerificacion que el servicio lo prestara en la ciudad de Santa Marta.
EXPERIENCIA REQUERIDA	**X**			Aporta certificacion firmada por el representantente legal. SUBSANO - aportar copia de los contratos referenciados en la certificacion. - **CUMPLE**
RESULTADO VERIFICACION TÉCNICA	CUMPLE			

Evaluador Tecnico



Lina Victoria Meza Dominguez
Medico Auditor SMA