MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
ÁREA MAGDALENA

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

No. S-2019-022204 **TARSAN - GRUAD - 17.2**

Santa Marta, 10 de Mayo del 2019

Capitán
ÁLVARO ANDRÉS SALCEDO MARTÍNEZ
Jefe Grupo de Contratos
Calle 22 No. 1C-74
Santa Marta.

Asunto: Informe de Verificación Económica PN MESAN MIC 023-2019.

Comedidamente me permito enviar al Señor Intendente, informe de Verificación Económica realizada a la propuesta presentada por **CLEARDENT IPS S.A.S** identificado con NIT 900740437-4, representada legalmente por **JIMMY ADRIAN PALACIO ROMERO** identificado con CC. 1.118.806.725 de RIOHACHA dentro del proceso de contratación de Mínima Cuantía No. **PN MESAN MIC 023-2019** cuyo objeto es **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICO ASISTENCIALES AMBULATORIOS ESPECIALIZADOS Y SUBESPECIALIZADOS DE ODONTOLOGÍA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA MAGDALENA, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL Y LOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO QUE ESTÉN PREVIAMENTE AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE LA DISAN O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCIÓN CONSTITUCIONAL DE TUTELA"**

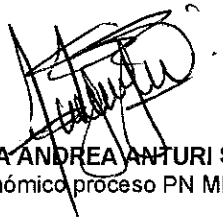
PROPUESTA ECONÓMICA

1. diligencie el valor a ofertar incluyendo IVA, sin que este supere el precio techo de cada uno de los ítems.

ITEM	DESCRIPCION	PRECIOS TECHO	VALOR ESTIMADO
01	Prestación de servicios médico asistenciales ambulatorios especializados y subespecializados de odontología para los usuarios del subsistema de salud de la policía nacional en el Departamento de Policía Magdalena, según protocolos establecidos técnica y científicamente en el ámbito nacional consignados en el acuerdo no. 002 del 27 de abril de 2001 por el cual se establece el plan de servicios de sanidad militar y policial y los que no se encuentren contemplados en el acuerdo que estén previamente autorizados por el comité técnico científico de la DISAN o aquellos amparados bajo acción constitucional de tutela	ISS 2001+32.5%	ISS 2001+32.5%
02	INSUMOS Y MATERIALES MÉDICO QUIRÚRGICO	V.C	V.C

Una vez analizada y verificada la oferta económica allegada por correo electrónico desde la oficina de contratos de la MESAN, se procede a evaluar cada uno de los ítems solicitados por la entidad, presentada por el proponente **CLEARDENT IPS S.A.S** identificado con NIT 900740437-4, no supera la tarifa techo establecido dentro del proceso de contratación de Mínima Cuantía No. PN MESAN MIC 023-2019, Este comité considera que el oferente antes mencionado cumple económicamente.

Atentamente,



Teniente **PAOLA ANDREA ANTURI SAMBONI**
Verificador Económico proceso PN MESAN MIC 023-2019

Elaborado por: TE. PAOLA ANDREA ANTURI SAMBONI
Fecha de Elaboración: 10/05/2019
Ubicación: Bibliotecas\Escritorio 2019

Calle 22 # 1C-74
Teléfonos 4380031
demag.grusa@policia.gov.co
www.policia.gov.co



S-2019-018105-MESAN

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
METROPOLITANA DE SANTA MARTA
COMANDO OPERATIVO DE SEGURIDAD CIUDADANA MESAN

ACREDITADO ONAC ORGANISMO NACIONAL DE ACREDITACIÓN DE COLOMBIA
CEA-4.1 – 10 V-01
16-ECD-003

SUBCO - COSEC - 3.1

Santa Marta, 10 de mayo de 2019

Intendente
ISIDRO DE JESUS GONZALEZ POLO
Analista De Contratos
CALLE 22 Nº 1C-74
Santa Marta

Asunto: Informe de Verificación Jurídica proceso de Mínima Cuantía PN MESAN MIC 023 – 2019

Respetuosamente me permito remitir a mi Intendente, el Informe de Verificación Jurídica realizada a la propuesta presentada mediante su representante legal JIMMY ADRIAN PALACIO ROMERO domiciliado en la ciudad de Santa Marta, identificado con la cedula de Ciudadanía No. 1.118.806.725 de Tausa Cundinamarca , dentro del proceso de Mínima Cuantía PN MESAN MIC 023 – 2019 cuyo objeto es la **"PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICO ASISTENCIALES AMBULATORIOS ESPECIALIZADOS Y SUBESPECIALIZADOS DE ODONTOLOGIA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA MAGDALENA"**, el presente verificador procederá a confrontar los requisitos de Orden Jurídico de la propuesta presentada, teniendo en cuenta la designación otorgada por el Delegatario contractual, así

1	Carta de presentación de la oferta	X		Documento aportado
2	Certificado existencia y representación legal	X		Documento aportado
3	Fotocopia cedula de ciudadanía del representante legal	X		Documento aportado
4	Consulta SIBOR	X		Documento aportado Fue consultado
5	Consulta de antecedentes Judiciales	X		Documento aportado Fue consultado
6	Consulta de certificado antecedentes disciplinarios procuraduría	X		Documento aportado Fue consultado
7	Certificado de aportes parafiscales	X		Documento aportado Observación N°1
8	Registro único tributario	X		Documento aportado
9	Certificación bancaria vigente	X		Documento aportado

10	Datos básicos beneficiarios de cuenta	X		Documento aportado
11	Compromiso anticorrupción	X		Documento aportado

Las consultas fueron realizadas en los siguientes sistemas:

1. Página Web http://www.contraloriagen.gov.co/ Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales SIBOR, en un (1) folio.

2. Página Web https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/Sistema de antecedentes Judiciales de la Policía Nacional, en un (1) folio.

3. Página Web http://www.procuraduria.gov.co/ Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades SIRI, en dos (1) folios.

4. Página Web http://www.rues.org.co/RUES_Web/ConsultasRegistro Único Empresarial y Social Cámaras de Comercio, en un (1) folios.

Según la evaluación anterior se evidencia que el proponente PALACIO ROMERO JIMMY ADRIAN domiciliado en la ciudad de Santa Marta, identificado con la cedula de Ciudadanía No. 1.118.806.725 de Tausa Cundinamarca , **CUMPLE JURIDICAMENTE** con la totalidad de los requisitos solicitados en la verificación jurídica del proceso PN MESAN MIC 023 – 2019 cuyo objeto es la **"PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICO ASISTENCIALES AMBULATORIOS ESPECIALIZADOS Y SUBESPECIALIZADOS DE ODONTOLOGIA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA MAGDALENA"**

Atentamente,

FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por:
Nombre: Yicela Maria Medina Gonzalez
Grado: Patrullero
Cargo: Responsable Coordinacion Del Servicio De Policia
Cédula: 1082932776
Dependencia: Comando Operativo De Seguridad Ciudadana Mesan
Unidad: Metropolitana De Santa Marta
Correo: yicela.medina5106@correo.policia.gov.co
10/05/2019 12:52:20

Anexo: No

CALLE 22 Nº 1C-74
Teléfono: 4380015
mesan.cosec@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
AREA MAGDALENA

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL

Unidad: _____
Radicado No: _____
Recibido por: _____
Fecha: _____ Hora: _____

No. S-2019- 022176 / JEFAT- GASIS – 3.1

Santa Marta, D. C. T. H., 10 Mayo de 2019

Intendente
ISIDRO DE JESUS GONZALEZ POLO
Jefe Grupo Contratos MESAN (E)
Calle 22 No. 1C - 74
Santa Marta.

Asunto: Informe de Verificación Técnica PN MESAN MIC 023 – 2019.

De manera atenta y respetuosa me permito informar al señor intendente en el presente informe, la confrontación de los documentos cargados en la plataforma SECOP II por el oferente **CLEARDENT IPS S.A.S** identificado con NIT 900740437-4, y lo requerido por la unidad en el anexo No. 1 condiciones técnicas, de la siguiente manera, de acuerdo a las especificaciones técnicas planteadas en el cuestionario, en la sección 3, del proceso publicado en el sistema SECOP II, así:

ESPECIFICACIONES TECNICAS

ITEMS	ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	CUMPLE	NO CUMPLE
01	Con el fin de garantizar la calidad de los servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere acreditar experiencia en proyectos similares al objeto del presente estudio previo, tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos que acrediten la realización de contratos celebrados y ejecutados de proyectos iguales o similares al presente proceso contractual para lo cual el oferente deberá presentar certificaciones (certificación por contrato) con concepto favorable de la ejecución de contratos con empresas públicas o privadas, cuya suma sea igual o superior al setenta por ciento (70%) del presupuesto asignado al presente proceso. Para tal efecto las certificaciones deben contener entre otros los siguientes aspectos: ✓ Nombre o razón social del contratante y del contratista dirección y teléfono. ✓ Objeto del contrato. ✓ Número del Contrato. ✓ Fecha de inicio y terminación del contrato. ✓ Valor del contrato. ✓ Indicar si cumplió o no con cada una de las exigencias que fueron pactadas	X	

	en el contrato celebrado. ✓ La certificación deberá estar suscrita por el representante legal de la entidad contratante o quien haga sus veces o apoderado o persona autorizado para ello, indicando la dirección NIT y teléfono. NOTA 1: Las certificaciones serán objeto de verificación, no serán tenidas en cuenta aquellas certificaciones en las que no se pueda constatar que el contratista cumplió con el objeto del contrato. Si el contrato corresponde a un contrato ejecutado bajo la modalidad de consorcio o unión temporal, el valor a tener en cuenta como experiencia será igual al valor total facturado del contrato multiplicado por el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes, para lo cual se deberá anexar copia de documento consorcial o unión temporal donde se pueda verificar el porcentaje de participación.		
02	Presentar la propuesta con todos los servicios de odontología especializada que preste enmarcados dentro del PLAN DE BENEFICIOS establecidos en el Acuerdo 002 de 2001, CUPS correspondientes.	**X**	
03	Formulario de Inscripción en el Registro Especial De Prestadores de Servicios de Salud o Certificación de Cumplimiento de las Condiciones de Habilitación (Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de la Protección Social).	**X**	
04	Formato de Idoneidad del Personal: Para cada uno de los funcionarios técnicos, tecnólogos, auxiliares, profesionales, especialistas, subespecialistas asistenciales, se deberá diligenciar el formato de idoneidad del personal, tener en cuenta lo referente a homologación de títulos.	**X**	
05	Copia del Registro Profesional: Aportar Copia del Registro Profesional Nacional o Departamental que lo acredite como profesional para ejercer su profesión en el Departamento y/o en el territorio Nacional.	**X**	
06	El proponente presentará en documento anexo, las características que oferta respecto a la atención a los usuarios, incluyendo como mínimo: ❖ Requisitos para la atención de servicio ❖ Horarios de Atención ❖ Modalidad para la asignación de citas (Telefónica y/o Presencial) ❖ Entrega de instrucciones para procedimientos ❖ Entrega de resultados ❖ Entrega de copia de servicios prestados ❖ Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios por parte de referencia en casos de solicitarles servicios prioritarios o en caso de urgencias.	**X**	
07	La prestación de los servicios de odontología especializada se realizara en las instalaciones propias de la IPS o el profesional independiente.	**X**	
08	Entregar la información estadística establecida en la Resolución 01531 del 2014 (RIPS), o las demás normas que lo adicionen o modifiquen, en un archivo plano, el cual debe venir en medio magnético e impreso.	**X**	
09	Aportará la dirección de la institución o del profesional con los números telefónicos para ser contactados en casos de requerirlo.	**X**	
10	Prestar los servicios de acuerdo al plan de beneficios establecido en el Acuerdo 002 del 27 de abril de 2001 del consejo superior de la fuerza militares y Policía Nacional o que se den por autorizados por el Comité Técnico científico de lo cual deberá anexarse la certificación de dicha autorización mediante oficio emitido por la Jefatura del Establecimiento de Sanidad Policial.	**X**	

11	Aceptar los requisitos para prestar la atención a los usuarios: La orden expedida por la oficina de referencia y Contrarreferencia del Área de Sanidad Magdalena, la documentación para la acreditación de derechos de los usuarios.	**X**	
12	El contratista debe disponer de una o varias líneas telefónicas directas y correo electrónico para que los usuarios puedan solicitar información acerca de los servicios prestados y para la Coordinación previa de los servicios de Referencia y Contrarreferencia.	**X**	
13	El contratista debe asignar el coordinador informando nombre, cargo del funcionario y teléfonos fijos o celular del mismo para resolver las posibles dificultades administrativas o asistenciales que bien pudieran presentarse en el proceso. Para el caso de Profesionales Independientes, el contacto será el mismo profesional, especialistas o subespecialistas.	**X**	
14	El oferente se compromete a realizar los procedimientos y en general los servicios contratados observando la totalidad de leyes y normas que regule los servicios de salud	**X**	
15	La entidad a la cual se le adjudique el futuro contrato, deberá contar dentro sus instalaciones con baños que cuenten con las especificaciones técnicas requeridas para los usuarios en condición de discapacidad, así como las rutas de acceso (RAMPA) para los mismos, en caso de encontrarse ubicado en un piso diferente al primero.	**X**	
16	El oferente debe contar con el certificado de habilitación del servicio de esterilización en aras de garantizar la bioseguridad de los pacientes.		
17	En caso de ser aprobado mediante comité técnico científico (CTC), un servicio o procedimiento que no se encuentre relacionado dentro de los inicialmente contratados, este podrá ser realizado por la entidad contratada, y se cancelará con base a un estudio de mercado (cotizaciones), las cuales serán obtenidas por el supervisor del contrato (como mínimo dos o tres cotizaciones) que permitan evidenciar el valor del servicio o procedimiento en el mercado, es de anotar que se pagara con base a la más económica recibida, siempre y cuando cumpla con las especificaciones técnicas del servicio.	**X**	
18	El oferente se compromete a dar aplicabilidad a la reglamentación establecida, así: Mantener vigente los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por parte de la ley o las autoridades administrativas, civiles o sanitarias para el ejercicio del servicio prestado. (Gestión de residuos hospitalarios: Decreto No 351 de 2014 Por el cual se reglamenta la Gestión Integral de los residuos hospitalarios y similares. Articulo 6 plan de gestión de residuos en atención en salud;- comprobantes de recolección y certificaciones de almacenamiento, aprovechamiento, tratamiento o disposición final que emitan los gestores de los residuos peligrosos). Contar con el permiso de vertimientos líquidos, para el vertimiento de aguas residuales no domesticas al sistema de alcantarillado, agua o al suelo	**X**	
19	El oferente deberá cumplir con lo señalado en el capítulo 6, del decreto 1072 de 2015 "por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector trabajo", define las directrices de obligatorio cumplimiento para implementar el SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST), que deben ser aplicadas por todos los empleadores públicos y privados, los contratantes de personal bajo modalidad de contrato civil, comercial o administrativo, las organizaciones de economía solidaria y del sector cooperativo, las empresas de servicios temporales y tener cobertura sobre los trabajadores dependientes, contratistas, trabajadores cooperados y los trabajadores en misión.		**X**

	Frente al cumplimiento el oferente deberá dar cumplimiento con la resolución 1111 de 2017, frente a la evaluación de los estándares mínimos y los planes de acción para ejecutar en la vigencia 2018 y cierre en la vigencia 2019, finalmente los contratistas deberán tener en cuenta la normatividad vigente colombiana, de acuerdo a la actividad económica que desempeñen entre los cuales se encuentra la ley 1562 de 2012, decreto 723 de 2013, resolución 2346 de 20007, resolución 1401 de 2007, entre otras en las que aplique. En el momento de la postulación de la oferta, mediante comunicado oficial con firma del representante legal y el profesional según la idoneidad presentada en la resolución 1111 de 2017 (técnico, tecnológico, profesional y/o especialista), certificara el cumplimiento del requerimiento, de igual forma diligenciara y anexara el formulario No. 05(sistema de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo), lo anterior será verificado por el comité evaluador técnico designado para el presente proceso de contratación.		
20	Suministrar el portafolio de servicios que deberá contener como mínimo la siguiente información: Indicar el tipo de actividad y/o servicios que está en capacidad de atender y la capacidad instalada con la que cuenta en la prestación de los servicios objeto del presente contrato.	**X**	
21	Por ningún motivo se abstendrá de atender al usuario sin informar previamente a la entidad contratante el imprevisto presentado, esto con el fin de evitar molestias al mismo. Cabe anotar que los trámites administrativos no deben impedir la atención del usuario.	**X**	
22	EXPERIENCIA DEL PERSONAL: Por cada uno de los servicios ofertados debe soportarse con funcionarios asistenciales por lo que se debe presentar: ✓ Formato de Idoneidad del Personal (Anexo 6): Para cada uno de los funcionarios técnicos, tecnólogos, auxiliares, profesionales, especialistas, subespecialistas asistenciales, que participen en la atención de nuestros usuarios, se deberá diligenciar el FORMATO DE IDONEIDAD DEL PERSONAL, por cada uno de los servicios ofertados, soportarse con la siguiente documentación, solamente adicionando los aquí solicitados: ✓ Soporte de la Especialidad: Deberá aportar fotocopia del diploma del servicio a ofertar, otorgado por una institución educativa reconocida legalmente en Colombia. ✓ Homologación y/o Convalidación de títulos: Anexar fotocopia del certificado de convalidación de títulos si los estudios de postgrado se realizaron en el exterior. ✓ Copia del Registro Profesional: Aportar Copia del registro profesional Nacional o Departamental que lo acredite como médico para ejercer su profesión en el Departamento y/o en el territorio Nacional.		**X**

SERVICIOS OFERTADO

ITEMS	CONSULTA DE ENDODONCIA, CIRUGIA MAXILOFACIAL, PERIODONCIA, ODONTOPEDIATRIA, REHABILITACION ORAL, ORTODONCIA e IMPLANTOLOGIA	CUMPLE	NO CUMPLE
	Descripción		
01	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	X	
02	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA +	X	
03	INTERCONSULTA POR ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA §	X	
04	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD Y CASO (PACIENTE)	X	
05	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	X	
06	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	X	
07	CONSULTAS DE ODONTOLOGIA PEDIATRICA	X	

ITEMS	PROCEDIMIENTOS ORTODONCIA, IMPLANTOLOGIA Y REHABILITACION ORAL	CUMPLE	NO CUMPLE
08	RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN METÁLICA	X	
09	RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN NO METÁLICA	X	
10	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA	X	
11	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA ACRÍLICA TERMO CURADA	X	
12	COLOCACIÓN O INSERCIÓN DE PRÓTESIS FIJA CADA UNIDAD (PILAR Y PÓNTICOS)	X	
13	PATRÓN DE NÚCLEO	X	
14	COLOCACIÓN O INSERCIÓN DE PRÓTESIS REMOVIBLE (SUPERIOR O INFERIOR) MUCOSPORTADA	X	
15	COLOCACIÓN O INSERCIÓN DE PRÓTESIS REMOVIBLE (SUPERIOR O INFERIOR) DENTOMUCOSOPORTADA	X	
16	REPARACIÓN DE PRÓTESIS REMOVIBLE	X	
17	COLOCACIÓN O INSERCIÓN DE PRÓTESIS TOTAL MEDIO CASO (SUPERIOR O INFERIOR)	X	
18	COLOCACIÓN O INSERCIÓN DE PRÓTESIS TOTAL (SUPERIOR E INFERIOR)	X	
19	IMPLANTE ALOPLÁSTICO CERÁMICO	X	
20	IMPLANTE ALOPLÁSTICO METÁLICO	X	
21	IMPLANTE DENTAL ALOPLÁSTICO (ÓSEO INTEGRACIÓN)	X	
22	COLOCACIÓN DE APARATOLOGÍA FIJA PARA ORTODONCIA (ARCADA)	X	
23	COLOCACIÓN DE APARATOLOGÍA REMOVIBLE INTRAORAL PARA ORTODONCIA (ARCADA)	X	
24	COLOCACIÓN DE APARATOLOGÍA REMOVIBLE EXTRAORAL PARA ORTODONCIA (ARCADA)	X	
25	COLOCACIÓN DE APARATOS DE RETENCIÓN 248100 CIERRE DE DIASTEMA (ALVEOLAR, DENTAL), SE INCLUYEN MOVIMIENTOS MENORES ASOCIADOS A OTRAS ESPECIALIDADES	X	
26	MÁSCARA FACIAL TERAPÉUTICA	X	

ITEMS	PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	CUMPLE	NO CUMPLE
27	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MAXILARES, SUPERIOR E INFERIOR (ORTOPANTOMOGRAFIA) Y LECTURA	X	

28	RADIOGRAFIAS INTRAORALES OCLUSALES Y LECTURA	**X**	
29	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS Y LECTURA	**X**	
30	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES Y LECTURA	**X**	
31	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES Y LECTURA	**X**	
32	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS Y LECTURA	**X**	
33	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES Y LECTURA	**X**	
34	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES Y LECTURA	**X**	
35	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO Y LECTURA	**X**	
36	RADIOGRAFIAS INTRAORALES CORONALES Y LECTURA	**X**	

ITEMS	RESTAURACIONES	CUMPLE	NO CUMPLE
37	RESTAURACION DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACION METALICA SOD	**X**	
38	RESTAURACION DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACION NO METALICA SOD	**X**	
39	COLOCACION O APLICACIÓN DE CORONA SOD §	**X**	
40	COLOCACION O APLICACIÓN DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES)	**X**	
41	COLOCACION O APLICACIÓN DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)	**X**	
42	COLOCACION O APLICACIÓN DE CORONA EN FORMA PLÁSTICA	**X**	
43	COLOCACION O APLICACIÓN DE CORONA ACRÍLICA TERMOCURADA	**X**	
44	COLOCACION O INSERCION DE PROTESIS FIJA CADA UNIDAD (PILAR Y PÓNTICOS)	**X**	
45	RECONSTRUCCION DE MUÑONES	**X**	
46	PATRÓN DE NÚCLEO	**X**	
47	REPARACION DE PROTESIS FIJA	**X**	
48	COLOCACION O INSERCION DE PROTESIS REMOVIBLE (SUPERIOR O INFERIOR) MUCOSOPORTADA	**X**	
49	COLOCACION O INSERCION DE PROTESIS REMOVIBLE (SUPERIOR O INFERIOR) DENTOMUCOSOPORTADA	**X**	
50	REPARACION DE PROTESIS REMOVIBLE	**X**	
51	COLOCACION O INSERCION DE PROTESIS TOTAL MEDIO CASO (SUPERIOR O INFERIOR)	**X**	
52	COLOCACION O INSERCION DE PROTESIS TOTAL (SUPERIOR E INFERIOR)	**X**	
53	PULPOTOMIA SOD +	**X**	
54	PULPOTOMIA CON PULPECTOMIA +	**X**	
55	APEXIFICACIÓN (INDUCCIÓN DE APEXOGENESIS) SOD +	**X**	
56	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR SOD §	**X**	
57	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR +	**X**	
58	TERAP IA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR +	**X**	
59	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR +	**X**	
60	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRA-DICULAR +	**X**	
61	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTI-RRADICULAR +	**X**	
62	PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN RESORCION RADICULAR (INTERNA Y EXTERNA)	**X**	
63	PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS EN FRACTURAS RADICULARES	**X**	
64	FISTULIZACION ENDODONTICA SOD §	**X**	

65	FISTULIZACION ENDODONTICA POR TREPANACION Y DRENAJE +	X	
66	FISTULIZACION ENDODONTICA POR INCISION +	X	
67	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR) SOD §	X	
68	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR) UNICA	X	
69	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR) MULTIPLE	X	
70	HEMISECCION DEL DIENTE SOD	X	
71	BLANQUEAMIENTO DE DIENTE [INTRINSECO] POR CAUSAS ENDO-DONTICAS +	X	
72	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD +	X	
73	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD +	X	
74	DRENAJE DE COLECCION PERIODONTAL (CERRADO CON ALISADO RADICULAR) SOD+	X	
75	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)	X	
76	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE +	X	
77	CURETAJE A CAMPO ABIERTO +	X	
78	CIRUGIA A COLGAJO CON RESECCION RADICULAR (AMPUTACION, HEMISECCION)	X	
79	REPARACION O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS, MEMBRANAS) SOD	X	
80	COLOCACION DE APARATOLOGÍA FIJA PARA ORTODONCIA (ARCADA) SOD	X	
81	COLOCACION DE APARATOLOGÍA REMOVIBLE INTRAORAL PARA ORTODONCIA (ARCADA)	X	
82	COLOCACION DE APARATOLOGÍA REMOVIBLE EXTRAORAL PARA ORTODONCIA (ARCADA)	X	
83	COLOCACION DE APARATOS DE RETENCION SOD	X	
84	CIERRE DE DIASTEMA (ALVEOLAR, DENTAL) SOD	X	
85	AJUSTAMIENTO OCLUSAL SOD	X	
86	REPARACION DE APARATOLOGIA FIJA O REMOVIBLE SOD	X	
87	IMPRESION DE ARCO DENTARIO SUPERIOR O INFERIOR, CON MODELO DE ESTUDIO Y CONCEPTO	X	
88	FOTOGRAFIA CLINICA EXTRAORAL, INTRAORAL, FRONTAL O LATERAL	X	
89	EVALUACION Y MEDICION ORTODONTICA Y ORTOPEDICA ORAL< o:p>	X	
90	ESTUDIO DE OCLUSION Y ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	X	
91	CONTROL DE ORTODONCIA FIJA, REMOVIBLE O TRATAMIENTO ORTOPEDICO FUNCIONAL Y MECANICO + Incluye: ADAPTACION DE PLACA NEUROMIORELAJANTE	X	
92	ELABORACIÓN Y ADAPTACION DE APARATO ORTOPEDICO	X	
93	CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DENTO-MAXILOFACIAL +	X	
94	EXAMEN O RECONOCIMIENTO DE MUCOSA ORAL Y PERIODONTAL	X	
95	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES SOD §	X	
96	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR +	X	
97	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR +	X	
98	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES SOD §	X	
99	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR +	X	
100	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR +	X	
101	EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR SOD	X	
102	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR SOD	X	
103	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO SOD +	X	
104	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICION ECTOPICA CON ABORDAJE INTRAORAL +	X	
105	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICION ECTOPICA CON ABORDAJE EXTRAORAL +	X	
106	EXODONCIAS MULTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA, POR CUADRANTE SOD	X	
107	COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTE RETENIDO (VENTANA QUIRURGICA) SOD	X	

108	REIMPLANTE DE DIENTE SOD	X	
109	TRASPLANTE DE DIENTE (INTENCIONAL) SOD	X	
110	IMPLANTE ALOPLÁSTICO CERÁMICO SOD	X	
111	IMPLANTE ALOPLÁSTICO METALICO SOD	X	
112	IMPLANTE DENTAL ALOPLASTICO (OSEOINTEGRACION) SOD	X	
113	CURETAJE APICAL CON APICECTOMIA Y OBTURACION RETROGADA [CIRUGIA PERIRRADICULAR]	X	
114	EXPLORACION Y MOVILIZACION DE NERVIO DENTARIO INFERIOR	X	
115	PLASTIA MUCOGINGIVAL SOD §	X	
116	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (SIN MATERIAL)	X	
117	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (CON MATERIAL)	X	
118	PLASTIAS PREPROTESICAS (AUMENTO DE CORONA CLINICA) SOD	X	
119	ESCISION DE LESION DE ENCIA SOD §	X	
120	CUÑA DISTAL §	X	
121	ESCISION DE LESION ODONTOGENICA SOD §	X	
122	ENUCLEACION DE QUISTE ODONTOGÉNICO HASTA DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO+	X	
123	ENUCLEACION DE QUISTE ODONTOGÉNICO DE MAS DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	X	
124	REGULARIZACIÓN DE REBORDES SOD +	X	
125	FERULIZACION SOD §	X	
126	FERULIZACION RIGIDA (SUPERIOR Y/O INFERIOR)	X	
127	FERULIZACION SEMIRRIGIDA (SUPERIOR Y/O INFERIOR)	X	
128	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRURGICA SOD +	X	
129	APLICACION DE ALAMBRE DENTAL SOD	X	
130	INSERCION ADAPTACION DE APARATO ORTOPEDICO ORAL SOD	X	
131	SUSTITUCION DE TAPON DENTAL SOD	X	
132	EXTRACCION DE FERULAS DENTALES SOD	X	
133	EXTRACCION DE APARATOLOGIA ORTODONTICA FIJA SOD	X	
134	EXTRACCION DE PROTESIS DENTAL SOD	X	
135	EXTRACCION DE OTRO DISPOSITIVO DE FIJACION MANDIBULAR EXTERNA SOD	X	
136	BIOPSIA DE ENCÍA SOD §	X	
137	BIOPSIA INCISIONAL DE ENCÍA	X	
138	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA CON CIERRE PRIMARIO	X	
139	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA Y RECUBRIMIENTO CON COLGAJO O INJERTO	X	
140	BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR SOD +	X	
141	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCÍA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCION DE ESTRUCTURAS VECINAS U OSEAS	X	
142	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA Y/O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO	X	
143	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA Y/O LENGUA Y RECONSTRUCCION CON COLGAJO PEDICULADO	X	
144	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCION OSEA Y RECONSTRUCCION CON PLACA Y COLGAJO PEDICULADO	X	
145	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCION OSEA Y RECONSTRUCCION CON PLACA Y COLGAJO LIBRE	X	
146	SUTURA DE LACERACION DE ENCÍA SOD §	X	
147	SUTURA DE LACERACION DE ENCÍA, MENOR DE TRES CENTIMETROS	X	
148	SUTURA DE LACERACION DE ENCÍA, MAYOR DE TRES CENTIMETROS	X	

CONCLUSIÒN:

De acuerdo a la verificación técnica realizada a la propuesta presentada por el proponente, **CLEARDENT IPS S.A.S** identificado con NIT 900740437-4, se puede concluir que la firma **NO CUMPLE TÉCNICAMENTE,** toda vez que no aporta en su totalidad los requisitos solicitados en la verificación técnica del PROCESO DE MÍNIMA CUANTÌA PN MESAN MIC 023-2019.

Observaciones.

1. No aporta documento alguno donde certifique lo solicitado en el pliego de condiciones **Especificaciones Técnicas Mínimas Ítem Nro. 19,** el cual a la letra dice: *En el momento de la postulación de la oferta, mediante comunicado oficial con firma del representante legal y el profesional según la idoneidad presentada en la resolución 1111 de 2017 (técnico, tecnológico, profesional y/o especialista), certificara el cumplimiento del requerimiento, de igual forma diligenciara y anexara el formulario No. 05(sistema de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo), lo anterior será verificado por el comité evaluador técnico designado para el presente proceso de contratación...*

2. Los profesionales que se relacionan a continuación no aportan los siguientes documentos:

   - Diploma del servicio a ofertar, otorgado por una institución educativa reconocida legalmente en Colombia.
   - Certificado de convalidación de títulos si los estudios de postgrado se realizaron en el exterior.
   - Copia del Registro Profesional Nacional o Departamental que lo acredite para ejercer su profesión en el Departamento y/o en el territorio Nacional. **Especificaciones Técnicas Mínimas Ítem Nro. 22**

   - **FABIAN ARTURO MARTINEZ BORRERO.** Endodoncista.

   - **MARGARETH PAOLA ARRIETA NUÑEZ.** Auxiliar de Odontología.

Atentamente

Teniente **JULIO DAVID VILLADIEGO MARTELO**
Verificador Técnico PN MESAN MIC 023–2019

Avenida del Libertador Nro. 25-99 Juan XXIII
Teléfonos 4234831
demag.grusa@policia.gov.co
www.policia.gov.co