MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
ÁREA CÓRDOBA

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL
Unidad: OFEDO
Radicado No:
Recibido por: Pt. Jorge Cabra
Fecha: 18-07-19 Hora: 10:15 h.

No. S- 2019 041884 /JEFAT - GASIS – 3.1

Montería, 18 Julio de 2019

Capitán
ELVIA ROSA MONROY ARROYO
Jefe Área de Sanidad Córdoba
Carrera 14 # 41 – 61, Barrio Los Laurales
Montería-

Asunto: Verificación Técnica

De manera atenta y respetuosa me permito presentar a la señora Capitán, la verificación técnica realizada a la oferta presentada por los oferentes **CLINICA OFTALMOLOGICA DAJUD S.A.S, VISION TOTAL S.A.S** y **CENTRO DE CIRUGIA AMBULATORIO y OFTALMOLOGIA DE CORDOBA S.A.S,** dentro del proceso de contratación **PN ARSAN MEMOT MIC 079-2019** que tiene por objeto la *"PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE MÉDICOS ESPECIALIZADOS Y SUBESPECIALIZADOS DE OFTALMOLOGÍA, CONTENIDOS EN EL ACUERDO N° 002 DE 2001 "POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL" QUE INCLUYE (CONSULTAS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y AYUDAS DIAGNOSTICAS), PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, QUE HABITAN EN EL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA"*, que acorde a los parámetros establecidos en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 del 2007, Decreto 1082 de 2015, Resolución 03049 del 2014 y demás normas concordantes, arrojó las siguientes consideraciones así:

RAZÓN SOCIAL	**CLINICA OFTALMOLOGICA DAJUD S.A.S.**
NIT No.	900.168.936-3
REPRESENTANTE LEGAL	JAIME CESAR DAJUD FERNANDEZ
C.C. No.	92.517.620 de Sincelejo - Bolívar
CIUDAD	Monteria - Córdoba
DIRECCIÓN	CALLE 28 N° 5-41
TELÉFONO	7815518/3015567964
EMAIL:	CENTROOFTALMOLOGICODAJUD@YAHOO.COM

VERIFICACION DE REQUISITOS MINIMOS HABILITANTES

CONDICIONES TECNICAS		CUMPLE	
		SI	NO
EXPERIENCIA DEL PROPONENTE	Certificación de experiencia.	X	
	Que contengan un objeto igual o similar al del presente proceso.	X	
	Que los contratos certificados se hayan ejecutado durante un periodo comprendido entre 01/01/2016 y a la fecha de cierre del presente proceso de selección.	X	
	El (los) contrato(s) certificado(s) debe(n) tener una cuantía igual o superior al 50% del presupuesto oficial estimado para el presente proceso de selección.	X	
	En las certificaciones debera especificarse lo siguiente: Nombre del contratante, Objeto del contrato, Número del contrato, Valor del contrato, Plazo, Fechas de inicio y finalización, Nombre del contratista, La Certificación debe estar debidamente suscrita por el representante legal o la persona autorizada para tal fin.	X	
TIEMPO EN EL MERCADO	Se requiere acreditar experiencia mínima por parte del oferente de un (01) año, los cuales se contarán desde la fecha de inscripción o habilitación en la secretaria departamental de salud, hasta la fecha del cierre y envió de las ofertas del proceso por la página web de Colombia Compra Eficiente - SECOP II, para lo cual se debe anexar la respectiva certificación del ente competente.	X	

COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTA	Nivel de educación o nivel académico.	X	
	Formación.	X	
	Experiencia del Personal y de los Empleados.	X	
CAPACIDAD OPERATIVA	Infraestructura y Personal.	X	
	Capacidad de Organización.	X	
	Capacidad Instalada.	X	
OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES	Formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud	X	
	Formulario de inscripción de Novedades de servicios ofertados	X	
	Certificado de Habilitación expedido por la Secretaria de Salud o entes departamentales designados para tal fin	X	
	Modelo de prestación de servicios definido por el prestador	X	
	Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud	X	
	Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad Instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida y firmada por el representante legal	X	
	Proceso de atención al usuario	X	
	Portafolio de servicios de salud actualizados para el año 2018 (incluir tarifas)	X	
	Documentos que soporten la oportunidad de la consulta especializada, Subespecializada y cirugías programadas y la capacidad operativa que tenga la entidad en los diferentes servicios ofertados.	X	
	Instructivo o protocolo para la referencia de usuarios.	X	

RAZÓN SOCIAL	**VISION TOTAL S.A.S**
NIT No.	830.504.734-2
REPRESENTANTE LEGAL	TONY ALEXANDER NEGRETE RAMIREZ
C.C. No.	78.754.162 de Lorica - Córdoba
CIUDAD	Montería - Córdoba
DIRECCIÓN	Calle 28 N° 7-34 OF 201
TELÉFONO	7822289
EMAIL:	visiontotaleu@yahoo.es.com

VERIFICACION DE REQUISITOS MINIMOS HABILITANTES

CONDICIONES TECNICAS		**CUMPLE**	
		SI	**NO**
EXPERIENCIA DEL PROPONENTE	Certificación de experiencia.	X	
	Que contengan un objeto igual o similar al del presente proceso.	X	
	Que los contratos certificados se hayan ejecutado durante un periodo comprendido entre 01/01/2016 y a la fecha de cierre del presente proceso de selección.	X	
	El (los) contrato(s) certificado(s) debe(n) tener una cuantía igual o superior al 50% del presupuesto oficial estimado para el presente proceso de selección.	X	
	En las certificaciones deberá especificarse lo siguiente: Nombre del contratante, Objeto del contrato, Número del contrato, Valor del contrato, Plazo, Fechas de inicio y finalización, Nombre del contratista, La Certificación debe estar debidamente suscrita por el representante legal o la persona autorizada para tal fin.	X	
TIEMPO EN EL MERCADO	Se requiere acreditar experiencia mínima por parte del oferente de un (01) año, los cuales se contarán desde la fecha de inscripción o habilitación en la secretaria departamental de salud, hasta la fecha del cierre y envió de las ofertas del proceso por la página web de Colombia Compra Eficiente - SECOP II, para lo cual se debe anexar la respectiva certificación del ente competente.	X	

COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTA	Nivel de educación o nivel académico.	X	
	Formación.	X	
	Experiencia del Personal y de los Empleados.	X	
CAPACIDAD OPERATIVA	Infraestructura y Personal.	X	
	Capacidad de Organización.	X	
	Capacidad Instalada.	X	
OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES	Formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud	X	
	Formulario de inscripción de Novedades de servicios ofertados	X	
	Certificado de Habilitación expedido por la Secretaria de Salud o entes departamentales designados para tal fin	X	
	Modelo de prestación de servicios definido por el prestador	X	
	Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud	X	
	Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad Instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida y firmada por el representante legal	X	
	Proceso de atención al usuario	X	
	Portafolio de servicios de salud actualizados para el año 2018 (incluir tarifas)	X	
	Documentos que soporten la oportunidad de la consulta especializada, Subespecializada y cirugías programadas y la capacidad operativa que tenga la entidad en los diferentes servicios ofertados.	X	
	Instructivo o protocolo para la referencia de usuarios.	X	

RAZÓN SOCIAL	**CENTRO DE CIRUGIA AMBULATORIO y OFTALMOLOGICO DE CORDOBA S.A.S**
NIT No.	812.007.222-6
REPRESENTANTE LEGAL	MIGUEL ANSELMO CARDENAS AGAMEZ
C.C. No.	78.739.008 de Sahagún - Córdoba
CIUDAD	Montería - Córdoba
DIRECCIÓN	Carrera 2 N° 21-77
TELÉFONO	7824443
EMAIL:	Mare_lopez73@hotmail.com

VERIFICACION DE REQUISITOS MINIMOS HABILITANTES

CONDICIONES TECNICAS		**CUMPLE**	
		SI	**NO**
EXPERIENCIA DEL PROPONENTE	Certificación de experiencia.	X	
	Que contengan un objeto igual o similar al del presente proceso.	X	
	Que los contratos certificados se hayan ejecutado durante un periodo comprendido entre 01/01/2016 y a la fecha de cierre del presente proceso de selección.	X	
	El (los) contrato(s) certificado(s) debe(n) tener una cuantía igual o superior al 50% del presupuesto oficial estimado para el presente proceso de selección.	X	
	En las certificaciones deberá especificarse lo siguiente: Nombre del contratante, Objeto del contrato, Número del contrato, Valor del contrato, Plazo, Fechas de inicio y finalización, Nombre del contratista, La Certificación debe estar debidamente suscrita por el representante legal o la persona autorizada para tal fin.	X	
TIEMPO EN EL MERCADO	Se requiere acreditar experiencia mínima por parte del oferente de un (01) año, los cuales se contarán desde la fecha de inscripción o habilitación en la secretaria departamental de salud, hasta la fecha del cierre y envió de las ofertas del proceso por la página web de Colombia Compra Eficiente - SECOP II, para lo cual se debe anexar la respectiva certificación del ente competente.	X	

COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTA	Nivel de educación o nivel académico.	X	
	Formación.	X	
	Experiencia del Personal y de los Empleados.	X	
CAPACIDAD OPERATIVA	Infraestructura y Personal.	X	
	Capacidad de Organización.	X	
	Capacidad Instalada.	X	
OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES	Formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud	X	
	Formulario de inscripción de Novedades de servicios ofertados	X	
	Certificado de Habilitación expedido por la Secretaria de Salud o entes departamentales designados para tal fin	X	
	Modelo de prestación de servicios definido por el prestador	X	
	Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud	X	
	Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida y firmada por el representante legal	X	
	Proceso de atención al usuario	X	
	Portafolio de servicios de salud actualizados para el año 2018 (incluir tarifas)	X	
	Documentos que soporten la oportunidad de la consulta especializada, Subespecializada y cirugías programadas y la capacidad operativa que tenga la entidad en los diferentes servicios ofertados.	X	
	Instructivo o protocolo para la referencia de usuarios.	X	

Después de verificar la documentación aportada en las propuestas presentadas por los oferentes dentro del proceso en mención, se realiza la verificación de las instalaciones con la lista de chequeo, lo anterior con el fin de que dicha información sea la exigida en las condiciones técnicas mínimas habilitantes de la invitación pública del proceso.

Por lo anterior expuesto, se determina que los oferentes **CLINICA OFTALMOLOGICA DAJUD S.A.S.** con **NIT** 900.168.938-1, **VISION TOTAL S.A.S, con NIT 830.504.734-2** y **CENTRO DE CIRUGIA AMBULATORIO y OFTALMOLOGIA DE CORDOBA S.A.S,** identificado con el **NIT.** 812.007.222-6, **CUMPLEN** técnicamente con los requisitos mínimos habilitantes de obligatorio cumplimiento establecidos en la invitación pública **No. PN ARSAN MEMOT MIC 079-2019**. Por lo tanto pueden continuar en el proceso.

Atentamente,

Médico General **JOSE MIGUEL ZUÑIGA CARRARA**
Evaluador Técnico

Elaborado por: IT. Jose Miguel Zuñiga Carrara
Revisado por: IT. Luz Marina Ochoa Cardona
Fecha de elaboración: 18-07-2019
Ubicación: C:\\Referencia\Evaluaciones

"Humanismo y Calidad, Camino a la Excelencia en la Sanidad Policial"

Carrera 14 41–61, Barrio los laureles - Monteria
Teléfono: 7828440 Ext. 8708
decor.grusa-refer@policia.gov.co
www.policia.gov.co