ANEXO No 2
REQUISITOS OFERTA ECONOMICA Y TECNICA

<table>
<tr><th>FACTOR</th><th>REQUISITOS</th></tr>
<tr><td>CAPACIDAD JURIDICA</td><td>

Carta de presentación de la propuesta (formato 1) debidamente firmada por el representante legal.
Certificado de existencia y representación legal vigente expedida por la Cámara de Comercio de su domicilio o por la entidad que tenga la competencia para expedir dicho certificado el cual debe estar expedido dentro de los treinta (30) días calendario anterior a la fecha de presentación de la propuesta. El objeto social de la persona jurídica debe ser igual o similar al objeto contractual. El representante legal debe estar facultado para suscribir la oferta y obligar a la persona jurídica a cumplir con el objeto del contrato.
Certificado de Registro Mercantil en original expedido con una antelación no superior a los 30 días de la fecha de presentación de propuesta.
Certificado donde se declare que ni la persona jurídica ni su representante legal están incursos en inhabilidades, incompatibilidades o prohibiciones.
Las personas naturales deben aportar una declaración en la cual certifique que tiene plena capacidad y que no está incursa en inhabilidades, incompatibilidades o prohibiciones.
Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Representante legal o persona natural
Fotocopia del RUT.
Acreditación de encontrarse a paz y salvo en el pago de aportes a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, ICBF y SENA, contratación de aprendices, cuando a ello haya lugar, mediante certificación expedida por el Representante Legal o por el Revisor Fiscal cuando este exista (anexar copia de la cedula de ciudadanía y tarjeta profesional.
Certificación expedida por el Contador y/o revisor Fiscal cuando este exista (Anexar copia de la Cédula de Ciudadanía y tarjeta profesional y certificación de vigencia expedido por la Junta Central de Contadores con fecha de expedición no mayor a 90 días) sobre pagos de impuesto a la renta y complementario personas jurídicas.
Las personas naturales deben aportar una declaración en la cual certifique que tiene plena capacidad y que no está incursa en inhabilidades, incompatibilidades o prohibiciones.
Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal
Certificado antecedentes Policía Nacional.
Certificado de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República.
Certificado de antecedentes Disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación
Certificado de encontrase a paz y salvo con el pago de multas Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC https://srvpsi.policia.gov.co/PSC/frm_cnp_consulta.aspx
Diligenciar ANEXO donde autoriza al SENA la Verificación del registro de inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad al Representante Legal o Apoderado.
Diligenciar el Certificado de aplicación de normas de prevención y control del lavado de activos y financiación del terrorismo (Ver Formato)

Además de lo anterior, el interesado en participar deberá presentar junto con la propuesta, los siguientes requerimientos ambientales y de seguridad en salud ocupacional y del trabajo, así:
<table>
<tr><th colspan="2">Criterios para Contratar el Servicio de Alimentación (cafeterías o restaurantes)</th></tr>
<tr><td>1. Certificado de implementación del SG-SST firmada por el Representante Legal y Responsable del SG-SST

2. Fotocopia de cédula, Certificado Vigente Curso de SG-SST de 50 Horas o su actualización Curso de 20 Horas y licencia de seguridad y salud en el trabajo del profesional Responsable del SG-SST.

3.Evaluacion de estándares mínimos y respectivo plan de acción de acuerdo a la aplicación de estándares mínimos aplicables - Dec. 1072/2015(2.2.4.6.1) y Res 0312-2019</td><td>Pre-Contractual</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

	Protocolos de bioseguridad específicos para la sede o lugar donde se desarrolle la obra de acuerdo a la Resolución 350 de 2022 o la que haga sus veces. Nota: Este requerimiento será solicitado hasta que el gobierno nacional determine que ya no se requieren protocolos de bioseguridad para el cumplimiento de labores	Pre-Contractual
	Presentar copia de los pagos de seguridad social, y certificado de afiliación a la ARL donde se evidencie la cotización al nivel de riesgo acorde a la actividad desarrollada.	Pre-contractual

OFERTA ECONOMICA

Aspectos que se deben tener en cuenta para la fijación de precios en la oferta económica:

- El proponente deberá presentar su oferta teniendo en cuenta las tarifas reguladas en la Resolución SENA 824 de 2022, servicios de salud integral en odontología general, especializada y ayudas diagnosticas (Ortodoncia, Ortopedia Maxilar, Periodoncia, Cirugía Oral, Endodoncia, Rehabilitación Oral, Odontopediatría, Radiología), hasta la siguiente tarifa estipulada por el SENA:

El proponente debe especificar un solo % de descuento, aplicable a cada uno de los conceptos estipulados por el SENA en el siguiente listado:

CODIGO	NOMBRE DEL CONCEPTO	VALOR RECONOCIDO SENA	Descuento % ofertado aplicable a todos los conceptos
	TRATAMIENTO ODONTOLOGICO		
0401005	CONSULTA CON ODONTOLOGO GENERAL	59.825	
0401010	CONSULTA CON ODONTOLOGO ESPECIALISTA	78.717	
0401015	CONSULTA DE URGENCIAS	99.183	
0401020	CONTROL	47.230	
	RADIOLOGIA		
0402005	PERIAPICAL Y CORONAL	12.910	
0402010	OCLUSAL	29.791	
0402015	PANORAMICA	29.791	
0402020	PERFIL	31.780	
0402025	A.T.M.	49.653	
0402030	FOTOGRAFIA CLINICA	23.835	
0402034	5 fotos	99.311	
0402035	**PAQUETE ORTODONCIA(Panorámica- Perfil-Modelos 5 Fotos)**	178.759	
0402036	**PAQUETE ORTOPEDIA (Panorámica, Perfil, Modelos de Estudio)**	119.172	
	OPERATORIA DENTAL		
0403005	OBTURACION 1 SUPERFICIE AMALGAMA	34.158	

ANEXO No 2
REQUISITOS OFERTA ECONOMICA Y TECNICA

0403010	SUPERFICIE ADICIONAL	22.839		
0403015	OBTURACION UNA SUPERFICIE EN RESINA	49.653		
0403020	SUPERFICIE ADICIONAL	31.780		
0403025	COLOCACION PIN MILIMETRICO	35.750		
0403030	RECONSTRUCCION ANGULO INCISAL (FORMA PLASTICA)	125.131		
0403035	OBTURACION UNA SUPERFICIE EN IONOMERO	46.676		
0403040	SUPERFICIE ADICIONAL	31.780		
0403048	RECONSTRUCCION TERCIO INICIAL CON RESINA DE FOTOCURADO	168.828		
0403049	FRENTE ESTETICO POR DIENTE	176.774		
	ENDODONCIA			
0404005	BLANQUEAMIENTO DENTAL	69.516		
0404010	UNIRADICULAR (INCLUIDO RX) DIENTE PERMA-NENTE	238.346		
0404015	BIRRADICULAR (INCLUIDO RX DIENTE PERMA-NENTE	337.657		
0404020	MULTIRADICULAR (INCLUIDO RX) DIENTE PERMA-NENTE	436.969		
0404025	APEXIFICACION Y/O APEXICOGENESIS COM MTA	297.933		
0404030	APICECTOMIA DIENTES UNIRRADICULARES	158.898		
0404035	APICECTOMIA DIENTES BIRRADICULARES	218.483		
0404040	OBTURACION VIA APICAL EN ANTERIORES	139.036		
0404045	OBTURACION VIA APICAL EN PREMOLARES	178.759		
0404050	BIOPULPECTOMIA EN ANTERIORES Y POSTERIO-RES	69.516		
0404055	RETRATAMIENTO DIENTE UNIRRADICULAR	297.933		
0404060	RETRATAMIENTO DIENTE BIRRADICULAR	397.245		
0404065	RETRATAMIENTO DIENTE MULTIRRADICULAR	496.556		
0404085	CIRUGIA APICAL	556.145		
	ODONTOPEDIATRIA			
0405005	SESION DE ADAPTACION	39.724		
0405010	FRENECTOMIA	99.311		
0405015	TRATAMIENTO DE CONDUCTOS DIENTES TEMPO-RALES	99.311		
0405020	CORONA DE ACERO	79.449		
0405025	CORONA EN POLICARBONATO	79.449		
0405030	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	29.791		
0405035	PULPOTOMIA	29.791		
0405040	SELLANTE POR DIENTE	29.791		
0405045	FLUORIZACION Y/O PROFILAXIS	59.585		
	CIRUGIA ORAL			
0406005	EXODONCIA SIMPLE UNIRRADICULAR Y MULTI-RRADICULAR	59.585		
0406010	CIRUGIA DIENTES INCLUIDOS	238.346		
0406015	EXODONCIA METODO ABIERTO	198.621		
0406020	EXODONCIA SEMI-INCLUIDOS	198.621		
0406025	EXICISION RADICAL DE LESION TEJIDO BLANDOS ETC	178.759		
0406030	CAPUCHON PERICORONARIO	99.311		

ANEXO No 2
REQUISITOS OFERTA ECONOMICA Y TECNICA

	0406035	LIGADURA DE DIENTE CON ALAMBRE	129.103	
	0406040	VENTANA QUIRURGICA	79.449	
	0406045	DRENAJE DE ABSCESO DENTARIO INTRAORAL	69.516	
		PROSTODONCIA		
	0407005	PROTESIS TOTAL SUPERIOR O INFERIOR (UNO CADA 3 AÑOS)	754.766	
	0407010	PROTESIS PARCIAL MUCOSOPORTADA (INCLUYE 3 CONTROLES POST-ENTREGA DE TRATA-MIENTO)	436.969	
	0407015	PRESCRIPCION Y REPARACION DE PROTESIS FIJA O REMOVIBLE	119.172	
	0407020	PROTE. DENTOMUCOSOPORTADA O COMBINADA 1 A 5 DIENTES (UNA CADA 3 AÑOS INCLUYE 3 CONTROLES POST-TRATAMIENTO)	536.281	
	0407025	PROTE. DENTOMUCOSOPORTADA O COMBINADA MAS DE 5 DIENTES (UNA CADA 3 AÑOS INCLUYE 3 CONTROLES POST-TRATAMIENTO)	595.867	
	0407030	POR CADA PIEZA A REEMPLAZAR	59.585	
	0407035	CORONA COMPLETA METAL-PORCELANA (GA-RANTIA DE 2 AÑOS CON CUMPLIMIENTO DE RE-COMENDACIONES POR PARTE DEL PACIENTE)	695.179	
	0407040	NUCLEO EN METAL	178.759	
	0407045	PLACA NEUROMIORELAJANTE	238.346	
	0407050	TEMPORALIZACION	99.311	
	0407055	MODELO DE ESTUDIO	49.653	
	0407060	INCRUSTACIONES EN METAL	325.741	
	0407065	TALLADO SELECTIVO	99.311	
	0407070	REBASE DE PROTESIS DENTAL ACRILICA	198.625	
	0407075	RETIRO DE PROTESIS FIJA SOBRE PILAR	99.311	
	0407080	RECONSTRUCCION DE MUÑON EN IONOMERO	168.828	
		PERIODONCIA		
	0408005	FERULA SUPERIOR O INFERIOR POR CUADRANTE	139.036	
	0408010	GINGIVECTOMIA Y GINGIVOPLASTIA POR CUA-DRANTE	168.828	
	0408015	RASPADO Y ALISADO RADICULAR POR CUA-DRANTE	158.898	
	0408020	CURETAJE A CAMPO ABIERTO POR CUADRANTE	178.759	
	0408025	CURETAJE A CAMPO CERRADO POR CUADRANTE	158.898	
	0408030	INJERTO OSEO DE 1 O MAS PAREDES Y/O IN-JERTO	158.898	
	0408035	COLGAJO POSICIONADO LATERAL Y/O APICAL	182.733	
	0408040	DETARTRAJE SUPRA Y SUBGINGIVINAL POR CUA-DRANTE	79.449	
		ORTODONCIA CORRECTIVA		
	0501005	CUOTA INICIAL	794.493	
	0501010	SEGUNDO PAGO	635.593	
	0501015	TERCER PAGO	794.493	
	0501020	CUARTO PAGO	953.390	
	0501042	PLACAS DE HAWLEY	258.208	
		ORTOPEDIA MAXILAR		
	0601005	PLANO INCLINADO	178.759	

ANEXO No 2
REQUISITOS OFERTA ECONOMICA Y TECNICA

0601010	ARCO LINGUAL	178.759	
0601015	MANTENEDOR DE ESPACIO REMOVIBLE	258.208	
0601016	MANTENEDOR DE ESPACIO FIJO UNILATERAL	158.898	
0601020	PLACA PARA CORRECCION DE HABITO	198.625	
0601025	BOTON DE NANCE	198.625	
0601030	PLACA DE HAWLEY CON O SIN ADITAMENTOS	258.208	
0601035	ACTIVADOR	238.346	
0601040	APARATOS EXTRA ORALES	258.208	
0601045	SPRING A LINER	198.621	
0601050	PLACA CIRCUNFERENCIAL CON BANDA VESTIBU-LAR	238.346	
0601055	MENTONERA MASCARA FACIAL	278.070	
0601060	TRAXION EXTRAORAL	377.382	
0601065	QUAD HELIX (INCLUYE BANDAS)	397.245	
0601070	MASCARA FACIAL	357.520	
0601075	DISYUNTOR HIRAX	377.382	
0601080	PLACA EISHLER	238.346	
0601085	FRANKELL III BIMBLER KLARMP BIONATOR (ACTI-VADOR) SN	476.694	
0601090	PISTAS CLASE II Y III	397.245	

NOTA: el valor del descuento ofertado se aplicará a todos Los valores estipulados anteriormente (Un solo % de descuento para todos los servicios requeridos)

- En ningún caso se podrán ofertar tarifas superiores a las permitidas por el SENA, conforme al cuadro anterior.
- Las tarifas autorizadas para contratar referentes son las máximas permitidas para la contratación de servicios, sin desconocer que se podrán realizar convenios por debajo de los máximos permitido en ellas de acuerdo con la oferta de cada proponente. (Solo se oferta un descuento a aplicar a todos los valores descritos anteriormente)
- Así mismo, se aclara que de conformidad a la Resolución 824 de 2022, en ningún caso se podrán aplicar copagos a los beneficiarios del Servicio Médico del SENA.
- El PROPONENTE deberá presentar los ítems ofertados en la unidad de medida requerida para cada uno de los servicios requeridos por la entidad.
- Al formular la oferta, el PROPONENTE deberá tener en cuenta que todos los impuestos, retenciones y gastos que se causen por razón de la legalización y ejecución del contrato, incluidas la CONSTITUCIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO en caso de que se le requiera, son de cargo exclusivo del CONTRATISTA. Por lo tanto, los precios que se propongan deberán considerar tales conceptos.
- El SENA solo pagará las tarifas ofertadas y por tanto, no reconocerá suma alguna por impuestos ni reajustes a las tarifas ofertadas, a menos que el reajuste se deba efectuar como consecuencia de una acción directa de la entidad previamente formalizada de acuerdo a los procedimientos legales y presupuéstales que corresponda.
- El SENA efectuará al PROPONENTE las retenciones que, en materia tributaria tenga establecida la Ley y respecto de las cuales sea su obligación efectuar la retención. En los demás casos, el contratista deberá cumplir con el pago de los impuestos, tasas o contribuciones que se deriven de la presente contratación.
- Las devoluciones o exenciones a que crea tener derecho el PROVEEDOR DEL SERVICIO deberán ser tramitadas por éste ante la respectiva Administración de Impuestos, sin responsabilidad alguna por parte del SENA o costo para ella.
- Con relación al IVA, el PROPONENTE deberá discriminar en la oferta este impuesto, si pertenece al régimen común. En caso de no indicarlo, este nuevo valor no podrá ser reconocido por el SENA y el proveedor del servicio deberá asumir el costo del impuesto.

ANEXO No 2
REQUISITOS OFERTA ECONOMICA Y TECNICA

	• El valor de la oferta, teniendo en cuenta todos los costos de legalización y ejecución del contrato (incluyendo IVA y sin 4xmil), no podrá superar el presupuesto oficial establecido en el presente proceso. Todos los impuestos, retenciones y gastos que se causen por razón de la legalización y ejecución del contrato, incluidas la constitución de la garantía única de cumplimiento en caso de que se le requiera, son de cargo exclusivo del CONTRATISTA. Por lo tanto, los precios que se propongan deberán considerar tales conceptos. • El proponente deberá presentar su oferta teniendo en cuenta las tarifas reguladas en la Resolución SENA 824 de 2022, la cual se aplicará para todos los servicios, procedimientos y ayudas diagnósticas en el servicio a contratar, que requieran los beneficiarios del Servicio Médico. Dicha tarifa hace parte vinculante de este proceso, siempre que se encuentre en condiciones de mercado y satisfaga las necesidades de la entidad. (o sea, aquella que no supere el presupuesto oficial, no tenga un precio artificialmente bajo, cumpla las especificaciones técnicas y de calidad requeridas, conforme a lo contenido en la invitación pública). El proponente con la menor tarifa ofertada, dentro del rango de las tarifas estipuladas por el SENA, en la Resolución SENA 824 de 2022. **Se determinará como mejor oferta para el SENA, aquella que oferte el MAYOR PORCENTAJE DE DESCUENTO PARA LOS SERVICIOS SOLICITADOS. (SOLO SE OFERTA UN DESCUENTO PARA APLICAR A TODOS LOS SERVICIOS REQUERIDOS)**
OFERTA TECNICA	VERIFICACION DE LOS REQUISITOS MINIMOS EXIGIDOS: 1. el oferente deberá presentar como mínimo una (1) sede HABILITADA en la ciudad de Cartagena de Indias, para la prestación del servicio a los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial del Sena, con el fin de garantizar la atención oportuna, eficaz y facilitar el traslado de los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial, las cuales deberán cumplir con los requisitos de habilitación, exigidos por el entes Territoriales de Salud, para la prestación de servicios objeto del presente contrato de acuerdo al Decreto 1011 de 2006, Resolución 2003 de 2014 y demás normas que reglamenten el sistema obligatorio de garantía a la calidad, para lo cual el proponente deberá anexar la certificación expedida por el ente Territorial de Salud y la autoevaluación del cumplimiento de los protocolos exigidos para la certificación de los servicios de salud ofertados. El oferente deberá garantizar la prestación de todos y cada uno de los servicios requeridos, durante toda la ejecución del contrato, si el oferente no oferta alguno de los servicios requeridos por el SENA, la oferta no podrá ser tenida en cuenta: Servicios requeridos:

ANEXO No 2
REQUISITOS OFERTA ECONOMICA Y TECNICA

OPERATORIA DENTAL	
OBTURACION 1 SUPERFICIE AMALGAMA	
SUPERFICIE ADICIONAL	
OBTURACION UNA SUPERFICIE EN RESINA	
SUPERFICIE ADICIONAL	
COLOCACION PIN MILIMETRICO	
RECONSTRUCCION ANGULO INCISAL (FORMA PLASTICA)	
OBTURACION UNA SUPERFICIE EN IONOMERO	
SUPERFICIE ADICIONAL	
RECONSTRUCCION TERCIO INICIAL CON RESINA DE FOTOCURADO	
FRENTE ESTETICO POR DIENTE	
ENDODONCIA	
BLANQUEAMIENTO DENTAL	
UNIRADICULAR (INCLUIDO RX) DIENTE PERMANENTE	
BIRRADICULAR (INCLUIDO RX DIENTE PERMANENTE	
MULTIRADICULAR (INCLUIDO RX) DIENTE PERMANENTE	
APEXIFICACION Y/O APEXICOGENESIS COM MTA	
APICECTOMIA DIENTES UNIRRADICULARES	
APICECTOMIA DIENTES BIRRADICULARES	
OBTURACION VIA APICAL EN ANTERIORES	
OBTURACION VIA APICAL EN PREMOLARES	
BIOPULPECTOMIA EN ANTERIORES Y POSTERIORES	
RETRATAMIENTO DIENTE UNIRRADICULAR	
RETRATAMIENTO DIENTE BIRRADICULAR	
RETRATAMIENTO DIENTE MULTIRRADICULAR	
CIRUGIA APICAL	
ODONTOPEDIATRIA	
SESION DE ADAPTACION	
FRENECTOMIA	
TRATAMIENTO DE CONDUCTOS DIENTES TEMPORALES	
CORONA DE ACERO	
CORONA EN POLICARBONATO	
EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	
PULPOTOMIA	
SELLANTE POR DIENTE	
FLUORIZACION Y/O PROFILAXIS	

ANEXO No 2
REQUISITOS OFERTA ECONOMICA Y TECNICA

CIRUGIA ORAL	
EXODONCIA SIMPLE UNIRRADICULAR Y MULTIRRADICULAR	
CIRUGIA DIENTES INCLUIDOS	
EXODONCIA METODO ABIERTO	
EXODONCIA SEMI-INCLUIDOS	
EXICISION RADICAL DE LESION TEJIDO BLANDOS ETC	
CAPUCHON PERICORONARIO	
LIGADURA DE DIENTE CON ALAMBRE	
VENTANA QUIRURGICA	
DRENAJE DE ABSCESO DENTARIO INTRAORAL	
PROSTODONCIA	
PROTESIS TOTAL SUPERIOR O INFERIOR (UNO CADA 3 AÑOS)	
PROTESIS PARCIAL MUCOSOPORTADA (INCLUYE 3 CONTROLES POST-ENTREGA DE TRATAMIENTO)	
PRESCRIPCION Y REPARACION DE PROTESIS FIJA O REMOVIBLE	
PROTE. DENTOMUCOSOPORTADA O COMBINADA 1 A 5 DIENTES (UNA CADA 3 AÑOS INCLUYE 3 CONTROLES POST-TRATAMIENTO)	
PROTE. DENTOMUCOSOPORTADA O COMBINADA MAS DE 5 DIENTES (UNA CADA 3 AÑOS INCLUYE 3 CONTROLES POST-TRATAMIENTO)	
POR CADA PIEZA A REEMPLAZAR	
CORONA COMPLETA METAL-PORCELANA (GARANTIA DE 2 AÑOS CON CUMPLIMIENTO DE RECOMENDACIONES POR PARTE DEL PACIENTE)	
NUCLEO EN METAL	
PLACA NEUROMIORELAJANTE	
TEMPORALIZACION	
MODELO DE ESTUDIO	
INCRUSTACIONES EN METAL	
TALLADO SELECTIVO	
REBASE DE PROTESIS DENTAL ACRILICA	
RETIRO DE PROTESIS FIJA SOBRE PILAR	
RECONSTRUCCION DE MUÑON EN IONOMERO	

ANEXO No 2
REQUISITOS OFERTA ECONOMICA Y TECNICA

PERIODONCIA	
FERULA SUPERIOR O INFERIOR POR CUADRANTE	
GINGIVECTOMIA Y GINGIVOPLASTIA POR CUADRANTE	
RASPADO Y ALISADO RADICULAR POR CUADRANTE	
CURETAJE A CAMPO ABIERTO POR CUADRANTE	
CURETAJE A CAMPO CERRADO POR CUADRANTE	
INJERTO OSEO DE 1 O MAS PAREDES Y/O INJERTO	
COLGAJO POSICIONADO LATERAL Y/O APICAL	
DETARTRAJE SUPRA Y SUBGINGIVINAL POR CUADRANTE	
ORTODONCIA CORRECTIVA	
CUOTA INICIAL	
SEGUNDO PAGO	
TERCER PAGO	
CUARTO PAGO	
PLACAS DE HAWLEY	
ORTOPEDIA MAXILAR	
PLANO INCLINADO	
ARCO LINGUAL	
MANTENEDOR DE ESPACIO REMOVIBLE	
MANTENEDOR DE ESPACIO FIJO UNILATERAL	
PLACA PARA CORRECCION DE HABITO	
BOTON DE NANCE	
PLACA DE HAWLEY CON O SIN ADITAMENTOS	
ACTIVADOR	
APARATOS EXTRA ORALES	
SPRING A LINER	
PLACA CIRCUNFERENCIAL CON BANDA VESTIBULAR	
MENTONERA MASCARA FACIAL	
TRAXION EXTRAORAL	
QUAD HELIX (INCLUYE BANDAS)	
MASCARA FACIAL	
DISYUNTOR HIRAX	
PLACA EISHLER	
FRANKELL III BIMBLER KLARMP BIONATOR (ACTIVADOR) SN	
PISTAS CLASE II Y III	

El servicio dispondrá de áreas delimitadas, identificadas, especificas, acceso e infraestructura para la atención y prestación de los servicios a personas con limitaciones físicas o discapacidad. Cuenta con esta infraestructura Si_____ No_____

2.El Oferente deberá garantizar la atención telefónica directa, para que los usuarios y el supervisor del contrato tengan contacto permanente con el prestador de servicios en la sede donde se prestaran los servicios, así:

DIRECCIÓN SEDE	CONTACTO	No. DE TELEFONO

3.CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL DEL PROPONENTE:

Los servicios del objeto del contrato requieren de tecnología de punta e infraestructura y profesionales idóneos por lo que se hace necesario que el prestador-proponente se encuentre debidamente habilitado por la Secretaría de Salud del Distrito, mediante acto administrativo o certificación expedido por la autoridad de salud competente, de acuerdo con el decreto 1011 / 2006 y la Resolución No. 2003 de 2014 expedida por el Ministerio de Salud.

4.CONDICIONES PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO:

ANEXO No 2
REQUISITOS OFERTA ECONOMICA Y TECNICA

El oferente debe presentar la declaración y/o el certificado de habilitación, con el fin de garantizar que cuenta con los equipos, capacidad instalada y talento humano acordes a los exigidos en los requisitos de habilitación, garantizando el servicio.

El proponente debe presentar certificación donde conste que presta los servicios ofertados.

VER FORMATO 11

El Horario de atención que exige el SENA es de lunes a sábado para los exámenes programados. Para su verificación el proponente deberá entregar certificación de cumplimiento de este requisito firmado por su Representante Legal. **VER FORMATO 7**

El servicio dispondrá de áreas delimitadas, identificadas y específicas para la realización de la atención y de los tratamientos requeridos, igualmente contará con acceso e infraestructura para la prestación de los servicios a personas con limitaciones físicas o discapacidad. Para su verificación el proponente deberá entregar certificación de cumplimiento de este requisito firmado por su Representante Legal. **VER FORMATO 8**

5.SISTEMA DE REFERENCIA - CONTRARREFERENCIA:
El proponente debe disponer de una o varias líneas telefónicas directas, correo electrónico, para la coordinación previa de los servicios de Referencia y Contrarreferencia. El futuro contratista asignará un COORDINADOR O ENLANCE quien es la persona encargada del sistema informando el nombre, cargo del funcionario y teléfonos fijos o celular del mismo para resolver las posibles dificultades administrativas o asistenciales que pudieran presentarse en el proceso.

Para su verificación el proponente deberá diligenciar el siguiente cuadro, suscrito por el Representante Legal.

DIRECCIÓN SEDE	CONTACTO-COORDINADOR O ENLACE	No. DE TELEFONO/FAX	CELULAR

6. ATENCION y SERVICIOS:
Para la prestación de estos servicios se requiere cumplir con las siguientes condiciones:

Se requiere que sea un procedimiento oportuno con un indicador de oportunidad no superior a cinco (5) días calendario. El procedimiento administrativo para su trámite igualmente debe ser ágil y de fácil accesibilidad para el usuario. Se prefieren los medios electrónicos o de comunicación permanentes.

La espera y el ambiente que rodee a la misma, mientras se da la atención al usuario debe ser cómoda y relajante.

Se debe evitar que el paciente o sus familiares realicen más trámites internos luego de que el paciente haya sido citado.

No se debe exigir al paciente ningún documento diferente o adicional a los siguientes definidos por el SENA:

-Orden de Autorización firmada y sellada por los médicos generales asesores de la Regional Bolívar del SENA

-Hoja de Remisión de examen firmada por los médicos generales asesores del SENA Regional Bolívar.

-El usuario debe presentar CARNE o CONSTANCIA VIGENTE EXPEDIDA POR EL SENA y su DOCUMENTO DE IDENTIDAD.

Para su verificación el proponente deberá entregar compromiso de cumplimiento de este requisito firmado por su Representante Legal. **VER FORMATO 9**

Los anteriores requisitos podrán ser verificados por el Comité Evaluador en cualquier momento antes de la adjudicación del proceso.

ANEXO No 2
REQUISITOS OFERTA ECONOMICA Y TECNICA

EXPERIENCIA	El proponente debe acreditar experiencia acorde al objeto del contacto mediante certificación mínima de cuatro (4) años de experiencia en la prestación de servicios relacionados con el objeto a contratar, de contratos ejecutados o en ejecución (dichas certificaciones deberán contener: Razón Social y NIT. de la entidad donde prestó el servicio, objeto del contrato, fecha de inicio y fecha de terminación del contrato y nombre y firma del Representante legal) de contratos ejecutados en el último año anterior a la fecha de cierre del presente proceso, expedidas por entidades públicas o privadas y que como mínimo al 100% del valor total del presupuesto estimado para el presente proceso.