Cúcuta, 01 de SEPTIEMBRE de 2023

Señor Teniente Coronel
JORGE BECERRA VALDERRAMA
GERENTE DE PROYECTO

Asunto: Evaluación técnica del Proceso de SELECCIÓN MÍNIMA CUANTÍA N.º **438-DIGSA/DMBUG-2023,**

PROCESO DE SELECCIÓN MÍNIMA CUANTÍA N.º 438- DIGSA/DMBUG-2023, CUYO OBJETO ES LA "**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGIA Y PROCEDIMIENTOS AFINES PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BAS 30 EN LA CIUDAD DE CUCUTA, NORTE DE SANTANDER PARA LA VIGENCIA 2023**".

CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S
Nit 807002152 - 8

Las condiciones técnicas del objeto a contratar se encuentran descritas de acuerdo al siguiente orden:

ITEM	CUPS	DESCRIPCION CORRECTA DEL CUPS	DESCRIPCION TECNICA / NESECIDAD DEL ESM	UNIDAD DE MEDIDA	CANT	CUMPLE	NO CUMPLE
1	80101	DRENAJE DE COLECCION POR BLEFAROTOMIA	DRENAJE DE COLECCION POR BLEFAROTOMIA SOD +	SERVICIO	1	X	
2	81101	BIOPSIA EN PARPADO	BIOPSIA DE PARPADO SOD	SERVICIO	1	X	
3	82102	RESECCION DE CHALAZION VIA POSTERIOR	ESCISION O ABLACION DE LESION O TEJIDO DE PARPADO SOD	SERVICIO	1	X	
4	82101	RESECCION DE CHALAZION VIA ANTERIOR	RESECCION DE CHALAZION SOD	SERVICIO	1	X	
5	82301	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR PARCIAL, UN TERCIO	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR PARCIAL, UN TERCIO	SERVICIO	1	X	
6	82302	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR PARCIAL, DOS TERCIOS	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR PARCIAL, DOS TERCIOS	SERVICIO	1	X	
7	82304	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR PARCIAL, MAYOR DE DOS TERCIOS	ESCISION DE LESION INVOLUCRANDO BORDE PALPEBRAL DE ESPESOR COMPLETO SOD+	SERVICIO	1	X	
8	82405	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR TOTAL, MAYOR DE DOS TERCIOS	RESECCION TOTAL DE PARPADO Y RECONSTRUCCION, CON INJERTO O COLGAJO +	SERVICIO	1	X	
9	82504	ABLACION DE LESION DE PARPADOS	ABLACION DE LESION DE PARPADOS SOD	SERVICIO	1	X	
10	82602	TARSORRAFIA	TARSECTOMIA SOD	SERVICIO	1	X	

11	83001	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSION FRONTAL CON SUTURA O TEJIDO	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSION FRONTAL CON SUTURA SOD	SERVICIO	1	X	
12	83002	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSION FRONTAL CON DESLIZAMIENTO DEL MUSCULO FRONTAL	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSION FRONTAL CON FASCIA LATA SOD	SERVICIO	1	X	
13	83003	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCION EXTERNA DEL ELEVADOR VIA ANTERIOR	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCION EXTERNA DEL ELEVADOR SOD	SERVICIO	1	X	
14	83004	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCION EXTERNA DEL ELEVADOR VIA CONJUNTIVAL	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCION DEL ELEVADOR VIA CONJUNTIVAL SOD	SERVICIO	1	X	
15	83601	CORRECCION DE ENTROPION POR SUTURA (REINSERCION DE RETRACTORES)	CORRECCION DE ENTROPION, POR TECNICA DE SUTURA SOD	SERVICIO	1	X	
16	83602	CORRECCION DE ENTROPION POR INJERTO	CORRECCION DE ENTROPION, CON INJERTO SOD	SERVICIO	1	X	
17	83702	CORRECCION DE ECTROPION CON INJERTO	CORRECCION DE ECTROPION, CON INJERTO SOD	SERVICIO	1	X	
18	83801	CANTOTOMIA	CANTOTOMIA SOD	SERVICIO	1	X	
19	83802	CANTORRAFIA	CANTORRAFIA SOD	SERVICIO	1	X	
20	83803	CANTOPLASTIA	CANTOPLASTIA (FIJACION DE CANTO) SOD §	SERVICIO	1	X	
21	83804	BLEFAROPLASTIA SUPERIOR	BLEFAROPLASTIA SUPERIOR	SERVICIO	1	X	
22	83805	BLEFAROPLASTIA INFERIOR VIA EXTERNA	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	SERVICIO	1	X	
23	86001	RECONSTRUCCION DE PARPADOS CON COLGAJO	RECONSTRUCCION DE PARPADO CON COLGAJO O INJERTO DE MEMBRANA MUCOSA SOD	SERVICIO	1	X	
24	86002	RECONSTRUCCION DE PARPADOS CON INJERTO	RECONSTRUCCION DE PARPADO CON INJERTO DE FOLICULO PILOSO SOD	SERVICIO	1	X	
25	86003	RECONSTRUCCION DE PARPADOS POR LIBERACION DE COLGAJO	RECONSTRUCCION DE PARPADO CON COLGAJO TARSOCONJUNTIVAL SOD	SERVICIO	1	X	
26	83807	REFORMA DE PLIEGUE PALPEBRAL POR FIJACION TARSAL	RECONSTRUCCION DE PLIEGUES POR ACORTAMIENTO DE TENDON CANTAL MEDIAL (TELECANTO) SOD	SERVICIO	1	X	
27	83809	CORRECCION DE TELECANTO CON COLGAJO	RECONSTRUCCION DE PLIEGUES EN CORRECCION DE BLEFAROFIMOSIS SOD	SERVICIO	1	X	
28	83811	CORRECCION DE EPICANTO	RECONSTRUCCION DE PLIEGUES EN CORRECCION DE EPICANTO SOD §	SERVICIO	1	X	
29	88001	REPARACION DE HERIDA EN CEJA	REPARACION LINEAL DE LACERACION DE PARPADO O CEJA SOD	SERVICIO	1	X	
30	88201	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA UNICA DE PARPADO	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA UNICA DE PARPADO [BLEFARORRAFIA SIMPLE]	SERVICIO	1	X	
31	88202	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA MULTIPLE DE PARPADO	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA MULTIPLE DE PARPADO [BLEFARORRAFIA SIMPLE]	SERVICIO	1	X	
32	88401	SUTURA PROFUNDA DE HERIDA UNICA DE PARPADO	SUTURA PROFUNDA DE HERIDA UNICA DE PARPADO [BLEFARORRAFIA COMPLEJA]	SERVICIO	1	X	
33	88402	SUTURA PROFUNDA DE HERIDA MULTIPLE DE PARPADO	SUTURA PROFUNDA DE HERIDA MULTIPLE DE PARPADO [BLEFARORRAFIA COMPLEJA]	SERVICIO	1	X	
34	88403	SUTURA DE PARPADO Y RECONSTRUCCION CON INJERTO O COLGAJO	SUTURA DE PARPADO Y RECONSTRUCCION CON INJERTO O COLGAJO +	SERVICIO	1	X	

35	88600	RITIDECTOMIA DE PARPADO INFERIOR SOD	RITIDECTOMIA DE PARPADO INFERIOR SOD	SERVICIO	1	X	
36	88700	RITIDECTOMIA DE PARPADO SUPERIOR SOD	RITIDECTOMIA DE PARPADO SUPERIOR SOD	SERVICIO	1	X	
37	89104	ABLACION DE PESTAÑAS (SUPERIOR O INFERIOR)	ABLACION DE PESTAÑAS (SUPERIOR Y/O INFERIOR) SOD §	SERVICIO	1	X	
38	89213	RECONSTRUCCION DE CEJAS POR RESECCION	PLASTIA O RECONSTRUCCION DE CEJAS SOD §	SERVICIO	1	X	
39	89216	RECONSTRUCCION DE CEJAS CON COLGAJO	PLASTIA O RECONSTRUCCION DE CEJAS POR RESECCION DE PIEL PILOSA	SERVICIO	1	X	
40	89214	RECONSTRUCCION DE CEJAS POR SUSPENSION CON SUTURA	PLASTIA O RECONSTRUCCION DE CEJAS POR SUSPENSION CON SUTURA	SERVICIO	1	X	
41	89301	PLASTIA DE REGION INTERCILIAR POR TECNICA DE RELLENO	PLASTIA O REPARACION DE REGION INTERCILIAR SOD §	SERVICIO	1	X	
42	89302	PLASTIA DE REGION INTERCILIAR POR RESECCION E INJERTO	PLASTIA DE REGION INTERCILIAR POR TECNICA DE RELLENO	SERVICIO	1	X	
43	90101	DRENAJE EN LA GLANDULA LAGRIMAL	DRENAJE EN GLANDULA LAGRIMAL SOD	SERVICIO	1	X	
44	91101	BIOPSIA DE LA GLANDULA LAGRIMAL	BIOPSIA DE GLANDULA LAGRIMAL SOD	SERVICIO	1	X	
45	91201	BIOPSIA DE LA VIA LAGRIMAL	BIOPSIA DE SACO Y/O CONDUCTO LAGRIMAL SOD	SERVICIO	1	X	
46	92001	DACRIOADENECTOMIA PARCIAL	DACRIOADENECTOMIA PARCIAL SOD	SERVICIO	1	X	
47	92002	DACRIOADENECTOMIA TOTAL	DACRIOADENECTOMIA TOTAL SOD	SERVICIO	1	X	
48	94101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL SACO LAGRIMAL	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE SACO LAGRIMAL SOD	SERVICIO	1	X	
49	94201	SONDEO Y LAVADO DE LAS VIAS LAGRIMALES VIA EXTERNA	SONDEO Y LAVADO DE VIAS LAGRIMALES SOD +	SERVICIO	1	X	
50	94401	INTUBACION DE VIA LAGRIMAL VIA EXTERNA	INTUBACION DE VIAS LAGRIMALES SOD	SERVICIO	1	X	
51	95001	DRENAJE DEL SACO LAGRIMAL	DRENAJE DE SACO LAGRIMAL SOD	SERVICIO	1	X	
52	96101	DACRIOCISTECTOMIA	DACRIOCISTECTOMIA (SACO LAGRIMAL) SOD	SERVICIO	1	X	
53	97101	PLASTIA EN CANALICULOS LAGRIMALES	PLASTIA DE CANALICULOS LAGRIMALES SOD	SERVICIO	1	X	
54	97201	PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL SIMPLE	PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL [CIRUGIA DE WEBER] SOD +	SERVICIO	1	X	
55	97301	PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL MODIFICADA CON SUTURAS	PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL MODIFICADA (CON SUTURAS) SOD	SERVICIO	1	X	
56	98101	DACRIOCISTORRINOSTOMIA VIA ABIERTA	DACRIOCISTORRINOSTOMIA (DCR) SOD §	SERVICIO	1	X	
57	98105	DACRIOCISTORRINOSTOMIA REVISIONAL VIA EXTERNA	DACRIOCISTORRINOSTOMIA (DCR) VIA EXTERNA	SERVICIO	1	X	
58	98201	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA SIMPLE VIA EXTERNA	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA (CDCR) SOD §	SERVICIO	1	X	
59	98202	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA SIMPLE TRANSNASAL VIA ENDOSCOPICA	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA SIMPLE VIA EXTERNA	SERVICIO	1	X	
60	98301	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA CON DISPOSITIVO VIA EXTERNA	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA CON INTUBACION SOD §	SERVICIO	1	X	
61	98302	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA CON DISPOSITIVO VIA ENDOSCOPICA	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA CON INTUBACION VIA EXTERNA	SERVICIO	1	X	
62	99002	CIERRE TEMPORAL DE PUNTOS LAGRIMALES CON DISPOSITIVO	OBLITERACION O CAUTERIZACION DE PUNTO LAGRIMAL SOD +	SERVICIO	1	X	

63	100101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUBCONJUNTIVAL	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INCRUSTADO EN CONJUNTIVA, POR INCISION SOD +	SERVICIO	1	X	
64	102101	BIOPSIA DE CONJUNTIVA	BIOPSIA DE CONJUNTIVA SOD	SERVICIO	1	X	
65	103101	RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA	ESCISION DE LESION O TEJIDO EN CONJUNTIVA SOD§	SERVICIO	1	X	
66	103102	RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA CON INJERTO	RESECCION DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA	SERVICIO	1	X	
67	103103	RESECCION SIMPLE DE PTERIGION (NASAL O TEMPORAL)	RESECCION DE PTERIGION SIMPLE (NASAL O TEMPORAL) CON SUTURA +	SERVICIO	1	X	
68	103104	RESECCION DE PTERIGION (NASAL O TEMPORAL) CON INJERTO	RESECCION DE PTERIGION SIMPLE (NASAL O TEMPORAL) CON INJERTO §	SERVICIO	1	X	
69	103105	RESECCION DE PTERIGION REPRODUCIDO (NASAL O TEMPORAL) CON INJERTO	RESECCION DE PTERIGION REPRODUCIDO (NASAL O TEMPORAL), CON PLASTIA LIBRE O CITOSTATICOS +	SERVICIO	1	X	
70	103106	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE CONJUNTIVA CON INJERTO	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE CONJUNTIVA, CON PLASTIA +	SERVICIO	1	X	
71	103107	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE CONJUNTIVA SIN INJERTO	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE CONJUNTIVA, SIN PLASTIA +	SERVICIO	1	X	
72	103108	PERITOMIA TOTAL	PERITOMIA TOTAL +	SERVICIO	1	X	
73	103204	ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CONJUNTIVA	ABLACION DE LESION DE CONJUNTIVA SOD §	SERVICIO	1	X	
74	104002	REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO LIBRE EN CONJUNTIVA	REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO LIBRE DE CONJUNTIVA SOD	SERVICIO	1	X	
75	104003	REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO DE TEJIDO EXTRAOCULAR	REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO DE MUCOSA EXTRA- OCULAR SOD +	SERVICIO	1	X	
76	104001	REPARACION SIMPLE DE SIMBLEFARON	DIVISION DE SIMBLEFARON SOD	SERVICIO	1	X	
77	106101	SUTURA EN LA CONJUNTIVA	SUTURA DE LA CONJUNTIVA SOD	SERVICIO	1	X	
78	169003	INYECCION SUBCONJUNTIVAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA	INYECCION SUBCONJUNTIVAL SOD	SERVICIO	1	X	
79	110001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN CORNEA	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INCRUSTADO EN CORNEA SOD +	SERVICIO	1	X	
80	110002	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO PROFUNDO EN CORNEA	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO PROFUNDO EN CORNEA, POR INCISION SOD	SERVICIO	1	X	
81	111201	DRENAJE DE COLECCIONES EN CORNEA	DRENAJE DE COLECCION EN CORNEA SOD +	SERVICIO	1	X	
82	112101	FROTIS DE CORNEA	FROTIS DE CORNEA SOD +	SERVICIO	1	X	
83	112201	BIOPSIA DE CORNEA	BIOPSIA DE CORNEA SOD	SERVICIO	1	X	
84	114101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE CORNEA	RESECCION SIMPLE DE TUMOR DE CORNEA SOD	SERVICIO	1	X	
85	114201	CAUTERIZACION DE CORNEA MANUAL	CAUTERIZACION DE CORNEA (TERMO, QUIMIO O CRIOAPLICACION) SOD +	SERVICIO	1	X	
86	115306	SUTURA DE CORNEA	SUTURA DE CORNEA SOD	SERVICIO	1	X	

87	115201	REPARACION DE DEHISCENCIA DE HERIDA CORNEAL	REPARACION DE DESHISCENCIA DE HERIDA POS OPERATORIA CORNEAL SOD	SERVICIO	1	X	
88	115301	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR PARCIAL	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL SOD §	SERVICIO	1	X	
89	115302	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR TOTAL	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR TOTAL §	SERVICIO	1	X	
90	115305	REPARACION DE PERFORACION DE CORNEA	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON MATERIAL [CIANOACRILATO] §	SERVICIO	1	X	
91	115801	RETIRO DE SUTURA EN CORNEA	RETIRO DE SUTURA EN CORNEA SOD +	SERVICIO	1	X	
92	116102	QUERATOPLASTIA LAMELAR ANTERIOR ASISTIDA	QUERATOPLASTIA LAMELAR O SUPERFICIAL SOD	SERVICIO	1	X	
93	116202	QUERATOPLASTIA PENETRANTE ASISTIDA	QUERATOPLASTIA PENETRANTE SOD	SERVICIO	1	X	
94	116103	QUERATOPLASTIA LAMELAR PROFUNDA MANUAL	QUERATOPLASTIA PENETRANTE, COMBINADA CON CIRUGIA DE CATARATA, ANTIGLAUCOMATOSA O LENTE INTRAOCULAR [CIRUGIA TRIPLE] SOD	SERVICIO	1	X	
95	117301	IMPLANTE DE PROTESIS CORNEANA [QUERATOPROTESIS] TEMPORAL	IMPLANTE DE PROTESIS CORNEANA (QUERATOPROTESIS) SOD	SERVICIO	1	X	
96	117501	QUERATECTOMIA FOTORREFRACTIVA MAS QUERATOMILEUSIS MANUAL	QUERATOTOMIA RADIAL MIOPICA O ASTIGMATICA [CIRUGIA REFRACTIVA INCISIONAL] SOD	SERVICIO	1	X	
97	117502	QUERATECTOMIA FOTORREFRACTIVA MAS QUERATOMILEUSIS ASISTIDA	QUERATOTOMIA FOTORREFRACTIVA CON LASER MAS QUERATO-MILEUSIS [LASIK] SOD+	SERVICIO	1	X	
98	116002	QUERATOPLASTIA ENDOTELIAL ASISTIDA	QUERATECTOMIA SOD	SERVICIO	1	X	
99	116104	QUERATOPLASTIA LAMELAR PROFUNDA ASISTIDA	QUERATECTOMIA CON EXCIMER LASER (FOTORREFRACTIVA O FOTOTERAPEUTICA) PTK SOD	SERVICIO	1	X	
100	117800	TERMOQUERATOPLASTIA SOD	TERMOQUERATOPLASTIA SOD	SERVICIO	1	X	
101	118101	QUERATOPIGMENTACION [TATUAJE DE CORNEA]	QUERATOPIGMENTACION (TATUAJE DE LA CORNEA) SOD	SERVICIO	1	X	
102	120001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR DEL SEGMENTO ANTERIOR DE OJO	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR DEL SEGMENTO ANTERIOR DE OJO SOD +	SERVICIO	1	X	
103	121101	IRIDOTOMIA MANUAL	IRIDOTOMIA CON TRANSFIXION SOD	SERVICIO	1	X	
104	121102	IRIDOTOMIA ASISTIDA	IRIDOTOMIA CON LASER SOD	SERVICIO	1	X	
105	121301	REDUCCION DE HERNIA DE IRIS	ESCISION DE IRIS PROLAPSADO [REDUCCION DE HERNIA DE IRIS] SOD +	SERVICIO	1	X	
106	121401	IRIDECTOMIA (BASAL, PERIFERICA Y TOTAL)	IRIDECTOMIA (BASAL, PERIFERICA Y TOTAL) SOD	SERVICIO	1	X	
107	122101	PARACENTESIS DIAGNOSTICA DE CAMARA ANTERIOR DEL OJO	PARACENTESIS DIAGNOSTICA DE CAMARA ANTERIOR DEL OJO SOD +	SERVICIO	1	X	
108	122201	BIOPSIA DE IRIS	BIOPSIA DE IRIS SOD	SERVICIO	1	X	
109	122301	BIOPSIA DE ESCLEROTICA	BIOPSIA DE ESCLEROTICA SOD	SERVICIO	1	X	
110	123001	IRIDOPLASTIA MANUAL	IRIDOPLASTIA SOD §	SERVICIO	1	X	

111	123002	IRIDOPLASTIA ASISTIDA	IRIDOPLASTIA, CON SUTURA	SERVICIO	1	X	
112	123201	LISIS DE GONIOSINEQUIAS	LISIS DE SINEQUIAS ANTERIORES DE OJO SOD §	SERVICIO	1	X	
113	123202	LISIS DE SINEQUIAS ANTERIORES	LISIS DE GONIOSINEQUIAS POR INYECCION DE AIRE O LIQUIDO +	SERVICIO	1	X	
114	123203	LISIS DE SINEQUIAS POSTERIORES	LISIS DE SINEQUIAS POSTERIORES SOD	SERVICIO	1	X	
115	123401	REPARACION O SUTURA DE IRIDODIALISIS	REPARACION O SUTURA DE IRIDODIALISIS SOD	SERVICIO	1	X	
116	123501	COREOPLASTIA (PUPILOPLASTIA)	COREOPLASTIA (PUPILOPLASTIA) SOD +	SERVICIO	1	X	
117	124102	ABLACION DE LESION DE IRIS	ABLACION DE LESION DE IRIS SOD §	SERVICIO	1	X	
118	124203	ESCISION DE LESION DE IRIS	ESCISION DE LESION DE IRIS SOD §	SERVICIO	1	X	
119	124201	RESECCION DE TUMOR DE IRIS	RESECCION DE TUMOR DE IRIS	SERVICIO	1	X	
120	124202	IRIDOCISTECTOMIA	IRIDOCISTECTOMIA	SERVICIO	1	X	
121	124303	ABLACION DE LESION DE CUERPO CILIAR VIA INTERNA	ABLACION DE LESION DE CUERPO CILIAR SOD §	SERVICIO	1	X	
122	124304	ABLACION DE LESION DE CUERPO CILIAR VIA EXTERNA	ABLACION DE LESION DE CUERPO CILIAR POR CAUTERIZACION, CRIOTERAPIA O FOTOCOAGULACION (LASER) +	SERVICIO	1	X	
123	124401	RESECCION DE LESION O TUMOR EN CUERPO CILIAR	ESCISION DE LESION DE CUERPO CILIAR SOD §	SERVICIO	1	X	
124	124402	IRIDOCICLECTOMIA	IRIDOCICLECTOMIA	SERVICIO	1	X	
125	125101	GONIOTOMIA	GONIOTOMIA SOD §	SERVICIO	1	X	
126	125401	TRABECULOTOMIA	TRABECULOTOMIA SOD §	SERVICIO	1	X	
127	125501	CICLODIALISIS (DESINSERCION PARCIAL DEL CUERPO CILIAR)	CICLODIALISIS SOD	SERVICIO	1	X	
128	126301	TRABECULECTOMIA AB-EXTERNO	TRABECULECTOMIA PRIMARIA SOD +	SERVICIO	1	X	
129	126601	REVISION DE AMPOLLA FILTRANTE	REVISION POSTOPERATORIA DE PROCEDIMIENTO DE FISTULIZACION ESCLERAL SOD §	SERVICIO	1	X	
130	126602	SUTURA DE COMPRESION DE AMPOLLA FILTRANTE	SUTURA DE COMPRESION DE AMPOLLA FILTRANTE §	SERVICIO	1	X	
131	126603	SUTUROLISIS SUBCONJUNTIVAL DE COLGAJO ESCLERAL ASISTIDA	SUTUROLISIS SUBCONJUNTIVAL DE FLAP ESCLERAL CON LASER §	SERVICIO	1	X	
132	126604	LIBERACION DE OBSTRUCCION DE VENTANA FILTRANTE ASISTIDA	OBSTRUCCION DE VENTANA FILTRANTE CON LASER §	SERVICIO	1	X	
133	126702	INSERCION DE DISPOSITIVO ANCLADO A ESCLERA	INSERCION DE IMPLANTE PARA GLAUCOMA SOD §	SERVICIO	1	X	
134	126705	REVISION ANTERIOR DE TUBO DE DISPOSITIVO	REVISION ANTERIOR DE TUBO DE IMPLANTE §	SERVICIO	1	X	
135	126706	REVISION DE DISPOSITIVO CON OBSTRUCCION POSTERIOR	REVISION DE IMPLANTE CON OBSTRUCCION POSTERIOR §	SERVICIO	1	X	
136	127501	TRABECULOPLASTIA ASISTIDA	TRABECULOPLASTIA SOD §	SERVICIO	1	X	
137	128101	SUTURA DE LA ESCLERA [ESCLERORRAFIA]	SUTURA DE LA ESCLERA (ESCLERORRAFIA) SOD +	SERVICIO	1	X	
138	128405	ABLACION DE LESION O TUMOR DE LA ESCLEROTICA	ESCISION O ABLACION DE LESION DE ESCLERA SOD +	SERVICIO	1	X	

139	128401	RESECCION DE TUMOR DE LA ESCLEROTICA, VIA ABIERTA	RESECCION DE TUMOR DE LA ESCLEROTICA, VIA ABIERTA +	SERVICIO	1	X	
140	128802	ESCLEROPLASTIA CON INJERTO	RESECCION DE TUMOR DE LA ESCLEROTICA, POR FOTOCOAGULACION (LASER) +	SERVICIO	1	X	
141	128801	ESCLEROPLASTIA SIMPLE	PLASTIAS EN ESCLERA (ESCLEROPLASTIA) SOD +	SERVICIO	1	X	
142	129101	PARACENTESIS TERAPEUTICA DE CAMARA ANTERIOR DEL OJO	PARACENTESIS TERAPEÚTICA DE CAMARA ANTERIOR DEL OJO SOD +	SERVICIO	1	X	
143	130001	EXTRACCION INTRACAPSULAR DE CRISTALINO	EXTRACCION INTRACAPSULAR DE CRISTALINO SOD +	SERVICIO	1	X	
144	130002	EXTRACCION EXTRACAPSULAR MANUAL DE CRISTALINO	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO POR TECNICA CONVENCIONAL SOD	SERVICIO	1	X	
145	130003	EXTRACCION EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO POR FACOEMUL-SIFICACION SOD	SERVICIO	1	X	
146	130004	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO EN PRESENCIA DE AMPOLLA FILTRANTE PREVIA	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO EN PRESENCIA DE AMPOLLA FILTRANTE PREVIA SOD §	SERVICIO	1	X	
147	136401	RESECCION DE MEMBRANA SECUNDARIA MANUAL	DISECCION DE MEMBRANA SECUNDARIA (DESPUES DE CATARATA) SOD	SERVICIO	1	X	
148	136402	RESECCION DE MEMBRANA SECUNDARIA ASISTIDA	ESCISION DE MEMBRANA SECUNDARIA SOD §	SERVICIO	1	X	
149	136504	CAPSULOTOMIA MANUAL	CAPSULOTOMIA	SERVICIO	1	X	
150	136505	CAPSULOTOMIA ASISTIDA	CAPSULOTOMIA CON LASER	SERVICIO	1	X	
151	137001	INSERCION DE LENTE INTRAOCULAR EN CAMARA ANTERIOR DE APOYO ANGULAR	EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO CON IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR SUTURADO SOD+	SERVICIO	1	X	
152	137003	INSERCION DE LENTE INTRAOCULAR EN CAMARA POSTERIOR SOBRE RESTOS CAPSULARES	IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR SECUNDARIO SOD +	SERVICIO	1	X	
153	138101	EXTRACCION DE LENTE INTRAOCULAR (PSEUDOCRISTALINO) DE CAMARA ANTERIOR O POSTERIOR	EXTRACCION DE LENTE INTRAOCULAR (PSEUDOCRISTALINO) SOD +	SERVICIO	1	X	
154	150101	BIOPSIA DE MUSCULO O TENDON EXTRAOCULAR	BIOPSIA DE MUSCULO O TENDON EXTRAOCULAR SOD +	SERVICIO	1	X	
155	152001	ALARGAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR SOD	SERVICIO	1	X	
156	152003	ACORTAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR SOD	SERVICIO	1	X	
157	154001	REINSERCION DE MUSCULOS RECTOS	REINSERCION O RETROINSERCION DE MUSCULOS EXTRAOCULARES SOD §	SERVICIO	1	X	
158	154002	REINSERCION DE MUSCULOS OBLICUOS	REINSERCION O RETROINSERCION DE MUSCULOS RECTOS (UNO O DOS) +	SERVICIO	1	X	
159	154003	RETROINSERCION DE MUSCULOS RECTOS	REINSERCION O RETROINSERCION DE MUSCULOS OBLICUOS (UNO O DOS) +	SERVICIO	1	X	
160	154004	RETROINSERCION DE MUSCULOS OBLICUOS	REINSERCION O RETROINSERCION DE MUSCULOS RECTO Y OBLICUO	SERVICIO	1	X	

161	154009	TRANSPOSICION DE MUSCULOS EXTRAOCULARES A ESCLERA	TRANSPOSICION DE MUSCULOS EXTRAOCULARES SOD §	SERVICIO	1	X	
162	157101	REPARACION DE LESION EN MUSCULO EXTRAOCULAR, TENDON O CAPSULA DE TENON	REPARACION DE LACERACION DE MUSCULO EXTRAOCULAR, TENDON O CAPSULA DE TENON SOD +	SERVICIO	1	X	
163	160101	ORBITOTOMIA CON COLGAJO OSEO	ORBITOTOMIA CON COLGAJO OSEO SOD	SERVICIO	1	X	
164	160201	ORBITOTOMIA CON INSERCION DE IMPLANTE ORBITAL	ORBITOTOMIA CON INSERCION DE IMPLANTE ORBITAL SOD	SERVICIO	1	X	
165	161101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN ORBITA	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE ORBITA SOD	SERVICIO	1	X	
166	162201	ASPIRACION DIAGNOSTICA EN ORBITA	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE ORBITA SOD	SERVICIO	1	X	
167	162301	BIOPSIA DE PARED DE ORBITA	BIOPSIA DE PARED DE ORBITA SOD +	SERVICIO	1	X	
168	163001	EVISCERACION DEL GLOBO OCULAR SIN IMPLANTE	EVISCERACION DEL GLOBO OCULAR CON IMPLANTE SOD	SERVICIO	1	X	
169	164001	ENUCLEACION SIMPLE	ENUCLEACION CON O SIN IMPLANTE PROTÉSICO SOD	SERVICIO	1	X	
170	164004	ENUCLEACION CON INJERTO DERMOGRASO	ENUCLEACION CON INJERTO DER MOGRASO SOD	SERVICIO	1	X	
171	165001	EXENTERACION DE LA ORBITA	EXENTERACION DE ORBITA CON ESCISION DE ESTRUCTURAS ADYACENTES SOD	SERVICIO	1	X	
172	166101	INSERCION SECUNDARIA DE PROTESIS CON FORMACION DE FONDOS DE SACO CONJUNTIVALES	INSERCION SECUNDARIA DE PROTESIS [IMPLANTE] ORBITARIO SOD +	SERVICIO	1	X	
173	166301	REVISION E INSERCION DE IMPLANTE ORBITARIO	REVISION Y REINSERCION DE IMPLANTE ORBITARIO SOD	SERVICIO	1	X	
174	167101	RETIRO DE IMPLANTE ORBITARIO U OCULAR	RETIRO DE IMPLANTE ORBITARIO U OCULAR SOD +	SERVICIO	1	X	
175	168301	PLASTIA DE ORBITA CON RECONSTRUCCION DE FONDOS DE SACO CON INJERTOS	REPARACION DE HERIDA DE ORBITA SOD	SERVICIO	1	X	
176	168401	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA TECHO DE ORBITA	DESCOMPRESION DE ORBITA SOD §	SERVICIO	1	X	
177	168402	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA LATERAL	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA LATERAL (TECNICA DE KROMLIEN)	SERVICIO	1	X	
178	168405	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR O MEDIAL VIA ABIERTA	DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR Y MEDIAL, ABORDAJE SUBCILIAR +	SERVICIO	1	X	
179	169001	INYECCION INTRAORBITARIA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA	INYECCION RETROBULBAR DE AGENTE TERAPEUTICO SOD	SERVICIO	1	X	
180	169202	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE ORBITA	ESCISION DE LESION DE ORBITA SOD §	SERVICIO	1	X	
181	169201	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE ORBITA	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE ORBITA	SERVICIO	1	X	
182	169203	DRENAJE DE COLECCION ANTERIOR DE ORBITA	DRENAJE DE COLECCION ANTERIOR DE ORBITA	SERVICIO	1	X	
183	169204	DRENAJE DE COLECCION POSTERIOR DE ORBITA	DRENAJE DE COLECCION POSTERIOR DE ORBITA	SERVICIO	1	X	
184	891100	TONOMETRIA SOD	TONOMETRIA SOD	SERVICIO	1	X	

185	950101	EVALUACION ORTOPTICA	EVALUACION ORTOPTICA SOD	SERVICIO	1	X	
186	950201	EVALUACION PARA BAJA VISION	EVALUACION DE BAJA VISION SOD	SERVICIO	1	X	
187	950602	INTERFEROMETRIA	INTERFEROMETRIA	SERVICIO	1	X	
188	950501	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL Y PERIFERICO CONVENCIONAL	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL Y PERIFERICO CONVENCIONAL Incluye: METODOS CONVENCIONALES (PERIMETRIA POR CONFRONTACION)	SERVICIO	1	X	
189	950505	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO	SERVICIO	1	X	
190	950601	MEDICION DE AGUDEZA VISUAL	MEDICION DE AGUDEZA VISUAL § Incluye: AQUELLA PARA TAMIZAJE VISUAL EN LA POBLACION GENERAL COMO EN PROTECCION DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES ENTRE OTROS	SERVICIO	1	X	
191	951102	FOTOGRAFIA A COLOR DE SEGMENTO ANTERIOR DEL OJO	FOTOGRAFIA A COLOR DE SEGMENTO ANTERIOR Y/O POSTERIOR DEL OJO +	SERVICIO	1	X	
192	951202	ANGIOGRAFIA OCULAR DE SEGMENTO ANTERIOR DEL OJO	ANGIORRETINOFLUORESCEINOGRAFIA SOD +	SERVICIO	1	X	
193	951302	ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B	ULTRASONOGRAFIA OCULAR MODO A Y B, CON CONTENIDO ORBITARIO Y TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS-ACR +	SERVICIO	1	X	
194	951502	TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL POR ELEVACION	TOPOGRAFIA CORNEAL COMPUTARIZADA SOD	SERVICIO	1	X	
195	873501	FLUOROSCOPIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS	FLUOROSCOPIA GUIA EN PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS DE OJO +	SERVICIO	1	X	
196	952001	BIOMETRIA OCULAR	BIOMETRIA OCULAR SOD	SERVICIO	1	X	
197	954402	ELECTRONISTAGMOGRAFIA [ENG] O FOTOELECTRONISTAGMOGRAFIA	ELECTRONISTAGMOGRAFIA [ENG] O FOTOELECTRONISTAGMOGRAFIA SOD	SERVICIO	1	X	
198	951501	TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL SIMPLE	PAQUIMETRIA SOD	SERVICIO	1	X	
199	952601	TONOGRAFIA OCULAR CON PRUEBAS PROVOCATIVAS	TONOGRAFIA OCULAR CON PRUEBAS PROVOCATIVAS	SERVICIO	1	X	
200	950610	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES	SERVICIO	1	X	
201	953401	ADAPTACION DE PROTESIS OCULAR	ADAPTACION DE PROTESIS OCULARES SOD	SERVICIO	1	X	
202	890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	CONSULTA OFTALMOLOGICA GENERAL PRIMERA VEZ	SERVICIO	1	X	
203	890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	CONSULTA OFTALMOLOGICA GENERAL SEGUNDA VEZ	SERVICIO	1	X	
204	890476	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	CONSULTA OFTALMOLOGICA ESPECIALIZADA PRIMERA VEZ	SERVICIO	1	X	
205	142004	ABLACION DE LESION CORIORETINAL	ABLACION DE LESION CORIORRETINAL SOD §	SERVICIO	1	X	
206	142005	ABLACION DE RETINA AVASCULAR	ABLACION DE LESION CORIORRETINAL, POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA +	SERVICIO	1	X	
207	143401	REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL POR RETINOPEXIA	REPARACION DE DESGARRO RETINAL (RETINOPEXIA) SOD §	SERVICIO	1	X	

208	143404	REPARACION DE LESION RETINAL POR RETINOPEXIA NEUMATICA	REPARACION DE DESGARRO RETINAL (RETINOPEXIA) POR DIATERMIA O CRIOTERAPIA +	SERVICIO	1	X	
209	143403	REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL VIA EXTERNA	REPARACION DE DESGARRO RETINAL POR FOTOCOAGULACION (LASER) SOD +	SERVICIO	1	X	
210	143402	REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL VIA INTERNA	REPARACION DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA CON IDENTACION ESCLERAL E IMPLANTACION SOD +	SERVICIO	1	X	
211	143501	REPARACION DE LESION RETINAL POR INDENTACION ESCLERAL	IDENTACION ESCLERAL CON IMPLANTACION Y CRIOTERAPIA +	SERVICIO	1	X	
212	147101	VITRECTOMIA ANTERIOR	VITRECTOMIA VIA ANTERIOR SOD +	SERVICIO	1	X	
213	147104	VITRECTOMIA ANTERIOR CON RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO	VITRECTOMIA MECANICA SOD §	SERVICIO	1	X	
214	147405	VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO	VITRECTOMIA VIA ANTERIOR CON VITRIOFAGO	SERVICIO	1	X	
215	147406	VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR	VITRECTOMIA VIA POSTERIOR SOD §< o:p>	SERVICIO	1	X	
216	147401	VITRECTOMIA POSTERIOR CON INSERCION DE SILICON O GASES	VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON INSERCION DE SILICON O GASES +	SERVICIO	1	X	
217	147402	VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETINOPEXIA	VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON RETINOPEXIA +	SERVICIO	1	X	
218	147403	VITRECTOMIA POSTERIOR ASISTIDA	VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON ENDOLASER §	SERVICIO	1	X	
219	147103	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE VITREO	APIRACION DIAGNOSTICA DE VITREO MAS INYECCION DE MEDICAMENTO INTRAVITREO **(NO INCLUYE MEDICAMENTO)**	SERVICIO	1	X	
220	953501	TERAPIA ORTOPTICA	TERAPIA ORTOPTICA	SERVICIO	1	X	
221	953502	TERAPIA PLEOPTICA	TERAPIA PLEOPTICA	SERVICIO	1	X	
222	767901	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE BORDE O PARED ORBITAL	REDUCCION ABIERTA DE BORDE O PARED ORBITAL	SERVICIO	1	X	
223	767902	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE UNA PARED ORBITARIA CON INJERTO	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE UNA PARED ORBITARIOA CON INJERTO	SERVICIO	1	X	
224	767904	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PISO DE ORBITA Y RECONSTRUCCION CON INJERTO	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PISO DE ORBITA Y RECONSTRUCCION CON INJERTO	SERVICIO	1	X	
225	767905	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PARED MEDIAL DE ORBITA Y RECONSTRUCCION CON INJERTO	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PARED MEDIAL DE ORBITA Y RECONSTRUCCION CON INJERTO	SERVICIO	1	X	
226	861411	INYECCION DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA BOTULINICA)	INYECCION DE MATERIAL MIORRELAJANTE (toxina botulínica) NO INCLUYE MEDICAMENTO	SERVICIO	1	X	
227	118303	ENTRECRUZAMIENTO DE COLAGENO CORNEAL	CROSSLINKING (CORRECCION TEMPRANA DEL QUERATOCONO) UN OJO	SERVICIO	1	X	
228	951903	ANGIOTOMOGRAFIA OPTICA COHERENTE	ANGIOTOMOGRAFIA OPTICA COHERENTE AMBOS OJOS	SERVICIO	1	X	

229	107201	RECONSTRUCCION DE SUPERFICIE OCULAR CON INJERTO DE TEJIDO OCULAR	RECONSTRUCION DE FONDOS DE SACO CON INJERTO DE TEJIDO EXTRAOCULAR	SERVICIO	1	X	
230	107202	RECONSTRUCCION DE SUPERFICIE OCULAR CON INJERTO DE TEJIDO EXTRAOCULAR	RECONSTRUCCION DE SUPERFICIE OCULAR CON INJERTO DE TEJIDO EXTRAOCULAR	SERVICIO	1	X	
231	107203	RECONSTRUCCION DE FONDOS DE SACO CON INJERTO DE TEJIDO OCULAR	RECONSTRUCCION DE FONDOS DE SACO CON INJERTO DE TEJIDO OCULAR	SERVICIO	1	X	
232	107204	RECONSTRUCCION DE FONDOS DE SACO CON INJERTO DE TEJIDO EXTRAOCULAR	RECONSTRUCCION DE FONDOS DE SACO CON INJERTO DE TEJIDO EXTRAOCULAR	SERVICIO	1	X	
233	150201	EXPLORACION DE MUSCULOS EXTRAOCULARES	EXPLORACION FONDO DE OJOS + TONOMETRIA OCULAR AMBO OJOS	SERVICIO	1	X	

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

ITEM	DESCRIPCION	CUMPLE	NO CUMPLE
1	**CAPACIDAD DE PRESTAR LOS SERVICIOS** El Proponente debe presentar certificación firmada por el representante legal en la que garantiza tener la capacidad de prestar la totalidad de los servicios requeridos del proceso, que cumple con las habilitaciones según el Sistema Único de Habilitación de que trata el 780 de 2016 y la Resolución3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social. Así mismo certificar que va a adquirir losproductos farmacéuticos exclusivamente con proveedores habilitados según el Decreto 2200 de 2005 y demás normas que lo sustituyan, complementen o modifiquen Deberá allegar la constancia de habilitación del Sistema Único de Habilitación, la cual deberá estarvigente durante la ejecución del contrato, EL Comité Técnico evaluador del BAS30 verifica el cumplimiento de este requisito con el NIT del Proponente o del propietario de la Sede en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Protección Social.	**X**	
2	**SEDE DEL PROVEEDOR** El Proveedor debe acreditar que cuenta por lo menos con una sede en la ciudad de CUCUTA Nortede Santander, la cual debe acreditar con el certificado de Existencia y Representación legal con la finalidad de verificar el domicilio. Cabe resaltar que el oferente que no cuente con sede en la ciudad podrá aunar esfuerzos a través de consorcio o uniones temporales o una promesa de sociedad futura.	**X**	
3	**PORTAFOLIO DE SERVICIOS** El oferente debe presentar portafolio de servicios actualizado, que relacione capacidad instalada, líneas telefónicas disponibles de referencia y contrarreferencia y de información al usuario dentro de este deben estar contemplados los siguientes requisitos: a) Horarios de atención. b) Modalidad para la asignación de citas (telefónica y/o presencial, correo electrónico). **c)** Dirección y teléfonos (fijos y móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios por parte de referencia en caso de solicitarse servicios prioritarios o en casosde urgencias.	**X**	
4	**RECURSO HUMANO** La institución prestadora del servicio debe disponer del talento humano necesario y competente parala prestación de los servicios de salud ofertados en las diferentes especialidades en el área de OFTALMOLOGIA Y PROCEDIMIENTOS AFINES deberá cumplir con los requisitos exigidos por elestado acorde a la norma de habilitación, para ejercer la profesión u oficio e igualmente cumplir porlo establecido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social.	**X**	

	Para esto el oferente debe presentar certificación donde se establezca que al recurso humano quelabora en la entidad cumple con los requisitos legales para el ejercicio de la profesión de servicios de OFTALMOLOGIA y ESPECIALISTAS DE LAS SUBESPECIALIDADES DE OFTALMOLOGIA al igual que el personal de AUXILIARES DE SALUD, TECNICOS y RADIÓLOGOS con que cuentenpara la prestación del servicio, Esta certificación debe ser firmada por el representante legal y el jefede talento humano y/o quien haga sus veces.		
5	**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA Y PROTOCOLOS ATENCIÓN** Allegar la información documentada de los procesos de atención de acuerdo a la Resolución 3100 del 2019 o aquella que la derogue o sustituya (no mayor a 5 años). Tales como Manual de Procedimientos y Protocolos de Manejo de las primeras diez (10) causas de morbilidad de los servicios solicitados objeto de la contratación que se adelanta.	**X**	
6	**ACCESIBILIDAD** El oferente debe presentar certificación firmada por el representante legal en la que garantiza que los servicios acordados se encuentren dentro de los atributos de accesibilidad, oportunidad,pertinencia, seguridad y continuidad con el propósito de proteger, defender y dar seguridad a la viday salud de los usuarios y se compromete a: La oportunidad de atención de los pacientes del servicio ambulatorio no debe ser mayor a8 días hábiles una vez radicada la solicitud (cita programada).	**X**	
7	Las instituciones de Salud de la Red Externa contratada deben cumplir como mínimo los estándarescontenidos en el Manual de Habilitación de Instituciones Prestadores de Servicios de Salud, anexo a la Resolución 3100 de 2019, así como los estándares de suficiencia financiera. El oferente debe acreditar CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	**X**	
8	Certificación firmada por el Representante legal que contara con un sistema de Auditoría interna que este en contacto con el Auditor de Cuentas delegado por el Área de Sanidad Santander para elcontrol y supervisión del contrato.	**X**	
9	Cumplir con el sistema obligatorio de garantía de calidad de acuerdo al decreto 780 del 2016, así como con los requisitos mínimos esenciales (Cumplimiento de los estándares de habilitación segúnresolución 3100 de 2019 anexo técnico # 1, estos serán objeto de verificación por parte del área deSanidad DMBUG) y las condiciones sanitarias, que fijen las autoridades competentes tanto de orden Nacional como territorial. • El oferente debe acreditar con el manual de Calidad Institucional • Certificado del Registro Generadores de Residuos Peligrosos ante la CorporaciónAutónoma Departamental	**X**	
10	Certificación firmada por el representante legal que cumple con la normatividad establecida por elMinisterio de Salud y Protección Social y las normas sanitarias vigentes.	**X**	
11	Contar con un sistema estructurado de referencia, contrarreferencia y atención al usuario, cuyoproceso y operación será informado al contratante. El oferente debe acreditar con el manual de Referencia y Contrarreferencia de acuerdo a laResolución 3100 de 2019 y la Circular 008 del 2018 para lo relacionado con atención al usuario	**X**	
12	Contar con un programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud de acuerdo a laCircular 012 del 2016 El oferente debe acreditar con el Documento **PAMEC (PROGRAMA DE AUDITORIA PARA ELMEJORAMIENTO DE LA CALIDAD)**	**X**	
13	El oferente debe presentar certificación firmada por el representante legal de compromiso adiligenciar a través de sus especialistas los formatos establecidos por la Dirección de Sanidad para justificar procedimientos y medicamentos que requieran aprobación por parte del Comité TécnicoCientífico del Nivel Central	**X**	
14	El oferente debe presentar certificación firmada por el representante legal de compromiso de diligenciar los formatos establecidos por la Dirección de Sanidad para diligenciar los conceptos médicos para los trámites de junta médica laboral, por parte de sus especialistas	**X**	
15	El oferente debe presentar certificación firmada por el representante legal de compromiso de hacerllegar los RIPS de las cuentas mensualmente a la firma auditora y al Establecimiento de Sanidad Militar BAS30	**X**	

16	El oferente debe presentar certificación firmada por el representante legal de compromiso que los controles con especialista con un máximo de 4 meses y no mensualmente a no ser causa extremadamente justificada	**X**	
17	**GARANTÍA DE DISPONIBILIDAD** Demostrar la tenencia y clase de equipos que utilizará en la prestación de los servicios y su diagnóstico Certificación firmada por el Representante Legal de la IPS en la que conste la existenciay disponibilidad de los equipos médicos, hoja de vida y planes de mantenimiento de cada equipo que destinará para la prestación de los servicios.	**X**	
18	Certificación firmada por el Representante legal, donde garantice que el BAS30 podrá solicitar otros servicios que se deriven de la necesidad, que no estén relacionados en los ítems del proceso y que se requieran para garantizar la salud y la vida de los usuarios y beneficiarios, que tengan estrecha relación con el objeto del contrato, por lo tanto, se asumirán y serán prestados a previa concertación de mutuo acuerdo entre las partes intervinientes en el proceso. (CONTRATANTE – CONTRATISTA) y su valor deberá de estar ajustado a los precios del mercado, ofertados en los portafolios de servicio del CONTRATISTA.	**X**	
19	**GARANTÍA TÉCNICA** a) Que ampare la calidad de los servicios ofrecidos por parte el equipo médico a losusuarios b) Que ampare la atención oportuna y de calidad a los usuarios beneficiarios c) Que ampare la continuidad del servicio junto con los equipos médicos que serequieran cuando uno de ellos no esté en funcionamiento.	**X**	
20	**TÉRMINO DE RESPUESTA** El término de respuesta a la garantía técnica no debe ser superior de cinco (5) días calendario, contados a partir del requerimiento hecho al contratista por parte del supervisor del contrato, en el evento de que surjan quejas, requerimientos y acciones judiciales interpuestas por los usuarios por causa o por ocasión del servicio prestado en virtud del contrato de prestación de servicios; todo ello dentro de los límites y términos establecidos por el DMBUG para tal fin, para ser resuelto por el contratista.	**X**	
21	**VERIFICACIÓN DE LA EXPERIENCIA HABILITANTE <u>FORMULARIO 9</u>** El oferente deberá diligenciar el formulario No 9 y anexar la experiencia específica, para lo cual deberá allegar a su propuesta como mínimo un (01) CERTIFICADO DE CONTRATO ejecutado, cuyo objeto sea IGUAL O SIMILAR al objeto del presente proceso de contratación. El valor o la suma de las certificacionesdeberá ser igual o mayor al 100% del valor del presupuesto asignado. El oferente debe acreditar su experiencia habilitante de acuerdo con los siguientes parámetros: **a)** Experiencia específica: La certificación o certificaciones podrán ser con entidades públicas oprivadas en la cual se identifique con claridad el objeto contractual Las certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información: **a.** Nombre o razón social de la empresa o persona contratante **b.** NIT de la empresa contratante (si aplica) **c.** Cargo de quien expide la certificación. **d.** Fecha de la certificación. **e.** Nombre o razón social del contratista. **f.** Objeto del contrato. **g.** Fecha de terminación del contrato o plazo del contrato. **h.** Valor del Contrato. **NOTA:** NO se aceptan auto certificaciones y la información suministrada, se entiende bajo la gravedad deljuramento	**X**	

CONCLUSION DE LA EVALUACION:

Una vez realizada la respectiva verificación de la documentación de orden técnico se pudo establecer que la oferta presentada por el oferente **CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S NIT. 807002152 - 8** "**CUMPLE**" con los REQUISITOS DE ORDEN TECNICO s requeridos para continuar con el proceso selección mínima cuantía N.º **438-DIGSA/DMBUG-2023,** .

Cordialmente,

CT. LORENA SALAS LINARES
Comité Evaluador Técnico.