MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO DE ORIENTE

Villavicencio, 13 de agosto de 2024

REEVALUACION TECNICA MI-042-DMORI-2024

PROCESO MI-042-DMORI-2024, CUYO OBJETO ES EL "SERVICIO DE OPTOMETRÍA, PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ADSCRITOS AL ESM BAS 22, EN EL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DEL GUAVIARE".

<table>
<tr><th>ÍTEMS</th><th>DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</th><th>CUMPLE</th><th>NO CUMPLE</th></tr>
<tr><td>1</td><td>CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS El futuro proponente deberá presentar constancia donde el Representante Legal certifique que cumplirá con todas las especificaciones técnicas descritas en el numeral 14.1 del presente documento. CUMPLE (SI/NO): El proponente deberá marcar con una X, si cumple o no con los siguientes requisitos:
<table>
<tr><th rowspan="2">ITEMS</th><th rowspan="2">DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</th><th rowspan="2">CANTIDAD</th><th colspan="2">CUMPLE</th></tr>
<tr><th>SI</th><th>NO</th></tr>
<tr><td>1</td><td>CONSULTA PRIMERA VEZ DE OPTOMETRÍA. INCLUYE: Examen de refracción, examen motor, tonometría y prescripción de lentes oftálmicos ó de</td><td>1</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td>CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRÍA, INCLUYE: evaluación y ajuste de la ayuda visual (Lentes y monturas)</td><td>1</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>3</td><td>EVALUACIÓN ORTOPTICA</td><td>1</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>4</td><td>TERAPIA ORTOPTICA</td><td>1</td><td></td><td></td></tr>
</table></td><td>X</td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td><u>EXPERIENCIA HABILITANTE DEL PROPONENTE</u>

Los OFERENTE deberán acreditar experiencia, con Contratos de prestación de servicios de salud de iguales o similares características a los requeridos para el presente proceso, celebrados y ejecutados con Instituciones públicas o privadas en donde especifiquen el cumplimiento a satisfacción por parte del contratante, y cuya sumatoria sea igual o mayor al valor total al presupuesto asignado.</td><td>X</td><td></td></tr>
</table>

	El oferente deberá acreditar con la certificación, acta de terminación o acta de liquidación respectiva la ejecución de contratos celebrados con una entidad de derecho público o privado, que reúna las siguientes condiciones: ❖ OBJETO: *SERVICIO DE OPTOMETRÍA, PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ADSCRITOS AL ESM BAS 22, EN EL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DEL GUAVIARE* y/o similar. ❖ VALOR: La sumatoria de los contratos y/o certificaciones debe ser igual o superior al presupuesto oficial asignado. ❖ PLAZO DE EJECUCIÓN: Los contratos acreditados como experiencia, deben haber sido ejecutados y liquidados. Si la experiencia la acredita a través de certificados, estos deberán contener como mínimo la siguiente información: • Nombre de la Entidad contratante con membrete. • Objeto del contrato que se refiera a las actividades relacionadas en el presente Pliego de Condiciones. • Plazo de ejecución. (especificando tiempo inicio y termino del contrato). • Valor total del contrato. • Dirección y teléfono de la Entidad o persona contratante, donde se pueda verificar la información suministrada. • Firma del Representante Legal de la entidad contratante. La información suministrada, se entiende bajo la gravedad del juramento y debe ser correlativa a la documentación aportada. **Nota 1: No se acepta ningún otro documento para acreditar la experiencia. NO SE ACEPTAN AUTO CERTIFICACIONES, ACTAS PARCIALES, FACTURAS RADICADAS O CUENTAS DE COBRO.** **Nota 2:** La información suministrada, se entiende bajo la gravedad del juramento y debe ser correlativa a la documentación aportada		
3	➢ **PORTAFOLIO DE SERVICIOS.** El proponente deberá adjuntar el portafolio de servicios actualizado de la entidad, el cual debe ser detallado por cada servicio y con la totalidad de los procedimientos ofrecidos por la entidad, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 5975 de diciembre de 2016, por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015, que adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud —CUPS, tomando como base la siguiente tabla para su presentación:	**X** **SUBSANO**	

Servicio y/o especialidad	CUPS	Nombre del procedimiento
SERVICIOS DE OPTOMETRÍA	890207	CONSULTA PRIMERA VEZ DE OPTOMETRÍA. INCLUYE: Examen de refracción, examen motor, tonometría y prescripción de lentes oftálmicos ó de contacto si lo requiere.
	890307	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRÍA, INCLUYE: evaluación y ajuste de la ayuda visual (Lentes y monturas) y control en patologías halladas en el paciente.
	950101	EVALUACIÓN ORTOPTICA; si presentan deficiencia motora y alteraciones acomodativas, para determinar su tratamiento adecuado.
	953501	TERAPIA ORTOPTICA: Son ejercicios terapéuticos dados para l a debida corrección de afectaciones motoras.

información suministrada, se entiende bajo la gravedad del juramento y debe ser correlativa a la documentación aportada.

El portafolio deberá además contener:

1. Información de la IPS

Nombre, NIT, correo electrónico institucional, persona de contacto con número de teléfono y correo electrónico, fax, dirección.

2. Información detallada sobre la Infraestructura física y tecnológica:

Consultorio de optometría con los equipos mininos para la atención.
Horario de atención de la consulta de optometría y ortóptica.

➢ **CERTIFICADO DE HABILITACIÓN**, El proponente deberá anexar el certificado de habilitación Vigente expedido por la secretaría de salud para prestar los servicios de: Optometría.

➢ **CERTIFICADO DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA DEL RECURSO HUMANO.**

La empresa contratada debe acreditar que la atención sea prestada por profesionales graduados en el área de optometría anexando los siguientes documentos:

	• Título Obtenido • Registro profesional • Tiempo de Experiencia en la Profesión. • Por ningún motivo el servicio de optometría y ortóptica puede ser realizado por practicantes o estudiantes. Cada profesional deberá certificar experiencia en el ejercicio de la profesión mínima de UN (01) año.		

- **Información de la IPS**

Nombre, NIT, correo electrónico institucional, persona de contacto con número de teléfono y correo electrónico, fax, dirección. **CUMPLE**

- **Información detallada sobre la Infraestructura física y tecnológica:**

Consultorio de optometría con los equipos mininos para la atención.
Horario de atención de la consulta de optometría y ortóptica. **CUMPLE**

CERTIFICADO DE HABILITACIÓN, El proponente deberá anexar el certificado de habilitación Vigente expedido por la secretaría de salud para prestar los servicios de: Optometría. **CUMPLE**

- **CERTIFICADO DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA DEL RECURSO HUMANO.**

La empresa contratada debe acreditar que la atención sea prestada por profesionales graduados en el área de optometría anexando los siguientes documentos:

- Título Obtenido
- Registro profesional
- Tiempo de Experiencia en la Profesión.
- Por ningún motivo el servicio de optometría y ortóptica puede ser realizado por practicantes o estudiantes.

Cada profesional deberá certificar experiencia en el ejercicio de la profesión mínima de UN (01) año. **CUMPLE**

.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO DE ORIENTE

EJÉRCITO NACIONAL

Conclusión: El oferente **SALUD VISION SAS IPS** representada legalmente por el señor **EDGAR ENRIQUE SALAZAR CASTILLO** identificado con Cedula de Ciudadanía No.79.267.800 expedida en Santa fe de Bogotá, el cual se presentó al proceso de mínima cuantía, **MI-042-DMORI-2024, CUMPLE,** con los requisitos técnicos habilitantes, por lo tanto se **HABILITA** para continuar en el proceso contractual.

Atentamente,



SV. HADER HUMBERTO VANEGAS MELO
Evaluador Técnico