Bucaramanga, Marzo 27 de 2018

SECCIÓN PLANEACIÓN DMBUG-EJC

Asunto: **Evaluación Económica del Proceso No. 009-DMBUG-2018.**

Con toda atención, hago entrega del informe de evaluación económica, para el Proceso de **Mínima Cuantía N° 009-DMBUG-2018 cuyo objeto es contratar el "PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE REHABILITACION INTEGRAL (GRUPO 1), NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA (GRUPO 2), OPTOMETRIA (GRUPO 3), TOMA DE ECOGRAFIAS – DUPLEX – DOPLER (GRUPO 4), ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA – ENDODONCIA (GRUPO 5), INCLUIDOS DENTRO DEL PLAN DE COMPLEJIDAD SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL (ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y POLICÍA, NACIONAL Y 042 DE 2005) PARA EL PERSONAL DE AFILIADOS Y BENEFICIARIOS EN PAMPLONA, NORTE DE SANTANDER VIGENCIA 2018".**

GRUPO 1: REHABILITACION INTEGRAL $ 15.050.000.
OFERENTE: NEUROCOOP REHABILITACION MEDICA Y FISICA INTEGRAL S.A.S

ITEM	CODIGOS CUPS	ESPECIFICACION TECNICA	UMED	CANT	PRECIO DE REFERENCIA	OFERENTE
		FISIOTERAPIA ESPECIALIZADA				
1	931000	TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD	UNIDAD	1	15.673,00	15.673,00
2	890211	CONSULTA / VALORACION DE PRIMERA VEZ POR FISIOTERAPIA	UNIDAD	1	16.736,00	16.736,00
3	938610	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA /DISCAPACIDAD	UNIDAD	1	19.048,00	19.048,00
		RESPIRATORIA			-	-
4	890212	CONSULTA / VALORACION DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA RESPIRATORIA	UNIDAD	1	22.379,00	22.379,00
5	965500	LIMPIEZA Y CUIDADO DE TRAQUEOSTOMIA	UNIDAD	1	23.524,00	23.524,00
6	939400	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL SOD (SE COBRA ADICIONAL EL KIT)	UNIDAD	1	15.461,00	15.461,00
7	C00030	KIT DE RESPIRATORIA/ NEBULIZACION	UNIDAD	1	15.750,00	15.750,00
8	939402	NEBULIZACION (SE COBRA ADICIONAL EL KIT)	UNIDAD	1	13.000,00	13.000,00
		OCUPACIONAL			-	-
10	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD §	UNIDAD	1	15.461,00	15.461,00
11	890213	CONSULTA / VALORACION DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA OCUPACIONAL	UNIDAD	1	22.379,00	22.379,00
		FONOAUDIOLOGIA Y/O LENGUAJE			-	-
12	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA Y /O TERAPEUTA DEL LEGUAJE INTEGRAL SOD §	UNIDAD	1	15.461,00	15.461,00
13	890110	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPEUTE DEL LENGUAJE +	UNIDAD	1	32.788,00	32.788,00
14	890210	CONSULTA / VALORACION DE PRIMERA VEZ POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA + Y/O TERAPEUTA DEL LENGUAJE	UNIDAD	1	22.379,00	22.379,00
		PSICOLOGIA ESPECIALIZADA			-	-

15	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	UNIDAD	1	19.062,00	19.062,00
16	944002	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGIA	UNIDAD	1	21.180,00	21.180,00
17	944102	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGIA	UNIDAD	1	37.700,00	37.700,00
18	944202	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSICOLOGIA+	UNIDAD	1	21.250,00	21.250,00
19	890208	CONSULTA / VALORACION DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	UNIDAD	1	26.558,00	26.558,00
20	890108	CONSULTA / VALORACION POR PSICOLOGIA DOMICILIARIA	UNIDAD	1	34.974,00	34.974,00
21	C00005	EXAMEN PSICOPEDAGOGICO POR PSICOLOGO	UNIDAD	1	20.121,00	20.121,00

REQUISITO	CUMPLE	NO CUMPLE
CERTIFICADO DE IDENTIFICACION TRIBUTARIA	X	
CERTIFICACION BANCARIA	X	
FORMULARIO No 4	X	
SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS	X	

GRUPO 2: NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA $ 20.000.000.
OFERENTE: NEUROCOOP REHABILITACION MEDICA Y FISICA INTEGRAL S.A.S

ITEM	CODIGOS CUPS	ESPECIFICACION TECNICA	UMED	CANT	PRECIO DE REFERENCIA REDONDEADO	OFERTA
		MEDICINA ESPECIALIZADA				
1	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA NEUROLOGIA	SERVICIO	1	45.008,00	45.008,00
2	890402	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA NEUROLOGIA	SERVICIO	1	49.700,00	49.700,00
3	C00050	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA NEUROCIRUGIA	SERVICIO	1	45.008,00	45.008,00
4	C00051	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA NEUROCIRUGIA	SERVICIO	1	49.700,00	49.700,00
		PROCEDIMIENTOS ESPECIALIZADOS				
5	861411	INYECCIÓN DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA BOTULINICA) +	SERVICIO	1	333.720,00	333.720,00
6	839600	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPEÚTICA DENTRO DE BURSA SOD	SERVICIO	1	84.826,00	84.826,00
7	839700	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPEÚTICA DENTRO DE TENDÓN SOD	SERVICIO	1	84.826,00	84.826,00
8	861401	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO HASTA DE CINCO LESIONES	SERVICIO	1	84.826,00	84.826,00
9	861402	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO ENTRE CINCO A DIEZ LESIONES	SERVICIO	1	84.826,00	84.826,00
10	861403	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO DE MAS DE DIEZ LESIONES	SERVICIO	1	84.826,00	84.826,00
11	992101	INFILTRACION, IRRIGACION O INSTILACION DE MEDICAMENTOS EN SUBESCARA	SERVICIO	1	84.826,00	84.826,00
12	992300	INYECCIÓN/INFILTRACION DE ESTEROIDE SOD	SERVICIO	1	84.826,00	84.826,00
13	53105	BLOQUEO DE UNION MIONEURAL	SERVICIO	1	84.826,00	84.826,00
14	940100	ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA DE INTELIGENCIA (CUALQUIER TIPO) SOD	SERVICIO	1	525.000,00	525.000,00
15	891702	ESTUDIO CON POLISOMNOGRAFO	SERVICIO	1	1.188.706,00	1.188.706,00
16	930860	ELECTROMIOGRAFIA	SERVICIO	1	49.657,00	49.657,00
17	891508	NEUROCONDUCCION UNILATERAL (CADA NERVIO)	SERVICIO	1	40.983,00	40.983,00
18	891511	PRUEBA DE ESTIMULO O REPETITIVO TEST DE LAMBERT	SERVICIO	1	49.942,00	49.942,00

BORRADOR

19	891503	REFLEJO NEUROLÓGICO TRIGÉMINO FACIAL	SERVICIO	1	49.942,00	49.942,00
20	891502	REFLEJO PALPEBRAL : ONDA H	SERVICIO	1	49.942,00	49.942,00
21	C00052	REFLEJO PALPEBRAL: ONDA F	SERVICIO	1	49.942,00	49.942,00
22	930801	ELECTROMIOGRAFIA CON ELECTRODO FIBRA UNICA	SERVICIO	1	1.639.000,00	1.639.000,00
23	891530	POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES	SERVICIO	1	134.959,00	134.959,00
24	954628	POTENCIALES EVOCADOS DE TALLO CEREBRAL Y/O AUDITIVOS	SERVICIO	1	134.959,00	134.959,00
25	952301	POTENCIALES EVOCADOS VISUALES	SERVICIO	1	134.959,00	134.959,00
26	891402	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO	SERVICIO	1	60.112,00	60.112,00
27	954107	AUDIOMETRÍA DE TONOS PUROS AÉREOS Y ÓSEOS CON EMASCARAMIENTO [AUDIOMETRIA TONAL] +	SERVICIO	1	16.394,00	16.394,00
28	954100	AUDIOMETRIA SOD	SERVICIO	1	16.394,00	16.394,00
29	954301	LOGOAUDIOMETRÍA +	SERVICIO	1	26.775,00	26.775,00
30	954302	IMITANCIA ACÚSTICA [IMPEDANCIOMETRIA] +	SERVICIO	1	28.085,00	28.085,00
31	890202	CONSULA/VALORACION POR NEUROSPSICOLOGIA	SERVICIO	1	175.000,00	175.000,00
32	C00002	TERAPIA DE NEUROPSICOLOGIA	SERVICIO	1	98.400,00	98.400,00
33	C00003	TERAPIA DE NEURODESARROLLO	SERVICIO	1	38.260,00	38.260,00

REQUISITO	CUMPLE	NO CUMPLE
CERTIFICADO DE IDENTIFICACION TRIBUTARIA	X	
CERTIFICACION BANCARIA	X	
FORMULARIO No 4	X	
SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS	X	

GRUPO 3: OPTOMETRIA $ 4.000.000.
OFERENTE: NIDYA GISELA RAMON SALCEDO

ITEM	CODIGOS CUPS	ESPECIFICACION TECNICA	UMED	CANT	PRECIO DE REFERENCIA	OFERTA
1	890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	SERVICIO	1	15.000,00	15.000,00
2	890307	CONSULTA DE CONTROL O SIGUIMIENTO POR OPTOMETRIA	SERVICIO	1	15.000,00	15.000,00

REQUISITO	CUMPLE	NO CUMPLE
CERTIFICADO DE IDENTIFICACION TRIBUTARIA	X	
CERTIFICACION BANCARIA	X	
FORMULARIO No 4	X	
SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS	X	

DIBUJO

GRUPO 4: TOMA DE ECOGRAFIAS – DUPLEX – DOPLER $ 12.000.000.
OFERENTE: CEDMI

ITEM	CODIGOS CUPS	ESPECIFICACION TECNICA	UMED	CANT	PRECIO DE REFERENCIA	OFERTA
1	882298	DOOPLER OBSTETRICO CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTERA	SERVICIO	1	56.000,00	56.000,00
2	882316	DUPLEX SCANNING DE VASOS VENOSOS DE MIENBRO SUPERIORES A COLOR	SERVICIO	1	95.000,00	95.000,00
3	882317	DUPLEX SCANNING DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	SERVICIO	1	81.750,00	81.750,00
4	882112	DUPLEX SCANNING (DOPLER ECOGRAFIA) DE VASOS DE CUELLO (CARIOTIDAS,VERTEBRALES,YUGULAR)	SERVICIO	1	69.300,00	69.300,00
5	882296	DUPLEX SCANNING (DOPPLER-ECOGRAFIA) CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN HIPERTENSION PORTAL	SERVICIO	1	69.300,00	69.300,00
6	882292	DUPLEX SCANNING (DOPPLER-ECEOGRAFIA) CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEOP DE MASAS ABDOMINALES	SERVICIO	1	69.300,00	69.300,00
7	882294	DUPLEX SCANNING (DOPPLER-ECOGRAFIA) CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEOEN MASAS PELVICAS	SERVICIO	1	69.300,00	69.300,00
8	882212	DUPLEX SCANNING (DOPPLER-ECOGRAFIA)DE AORTA ABDOMINAL	SERVICIO	1	69.300,00	69.300,00
9	882262	DUPLEX SCANNING (DOPPLER-ECOGRAFIA) DE ARTERIA ILIACAS	SERVICIO	1	69.300,00	69.300,00
10	882222	DUPLEX SCANNING (DOPPLER-ECOGRAFIA)DE ARTERIAS RENALES	SERVICIO	1	69.300,00	69.300,00
11	882602	DUPLEX SCANNING (DOPPLER-ECOGRAFIA) DE OTROS ORGANOS TRANSPLANTADOS SOD	SERVICIO	1	59.180,00	59.180,00
12	882603	DUPLEX SCANNING (DOPPLER-ECOGRAFIA) DE RIÑON			63.109,00	63.109,00
13	882242	DUPLEX SCANNING (DOPPLER-ECOGRAFIA) DE TRONCO CELIACO A COLOR	SERVICIO	1	69.300,00	69.300,00
14	882308	DUPLEX SCANNING (DOPPLER-ECOGRAFIA) DE VASOS ARTERIALES DE MIENBROS INFERIORES	SERVICIO	1	94.475,00	94.475,00
15	882307	DUPLEX SCANNING (DOPPLER-ECOGRAFIA) DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES	SERVICIO	1	94.475,00	94.475,00
16	882282	DUPLEX SCANNING (DOPPLER-ECOPGRAFIA) DE VASOS ESCROTALES	SERVICIO	1	36.175,00	36.175,00
17	882252	DUPLEX SCANNING (DOPPLER-ECOGRAFIA) DE VENA CAVA A COLOR	SERVICIO	1	69.300,00	69.300,00
18	881437	ECOGRAFIA DETALLE ANATOMICO III NIVEL	SERVICIO	1	100.000,00	100.000,00
19	TAMGEN	TAMIZAJE GENETICO (ECOGRAFIA COMPLETA SEMANAS 11 A 14)	SERVICIO	1	60.000,00	60.000,00
20	881301	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y PELVIS	SERVICIO	1	39.000,00	39.000,00
21	881630	ULTRASONOGTRAFIA ARTICULAR DE CADERA	SERVICIO	1	39.000,00	39.000,00
22	881610	ULTRASONOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO	SERVICIO	1	39.000,00	39.000,00
23	881620	ULTTRASONOGRAFIA ARTICULAR DE RODILLA	SERVICIO	1	39.000,00	39.000,00
24	881313	ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN PILORO	SERVICIO	1	39.000,00	39.000,00
25	881305	ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR: HIGADO PANCREAS VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO	SERVICIO	1	39.000,00	39.000,00
26	881302	ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL: HIGADO, VESICULA VI	SERVICIO	1	65.000,00	65.000,00
27	881340	ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN: MASAS ABDOMINALES Y DE RETROPERITONE	SERVICIO	1	40.600,00	40.600,00

PUBLICO

28	881362	ULTRASONOGRAFIA DE MASAS DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN ANALI	SERVICIO	1	64.200,00	64.200,00
29	881501	ULTRASONOGRAFIA DE PROTATA TRANSABDOMINAL	SERVICIO	1	35.300,00	35.300,00
30	881331	ULTRASONOGRAFIA DE RIÑONES BAZO AORTA (RENAL)	SERVICIO	1	39.000,00	39.000,00
31	881602	ULTRASONOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SERVICIO	1	39.000,00	39.000,00
32	881601	ULTRASONOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SERVICIO	1	39.000,00	39.000,00
33	881332	ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES VEJIGA Y PROTATA TRANSABDOMINAL)	SERVICIO	1	39.000,00	39.000,00
34	881118	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON ANALISIS	SERVICIO	1	75.585,00	75.585,00
35	881112	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDU	SERVICIO	1	39.000,00	39.000,00
36	881131	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA EN GLANDULAS SALIVALES CON TRANSDUCT	SERVICIO	1	39.000,00	39.000,00
37	881201	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA DE MAMA CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O	SERVICIO	1	44.000,00	44.000,00
38	881141	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ	SERVICIO	1	39.000,00	39.000,00
39	881211	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA DE TORAX: PERICARDIO O PLEURA +	SERVICIO	1	38.100,00	38.100,00
40	881306	ULTRASONOGRAFIA HEPATOBILIAR (HIGADO, PANCREAS VIA BILIAR Y VE- SICULAR)	SERVICIO	1	39.000,00	39.000,00
41	881434	ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA CON PERFIL BIOFISICO	SERVICIO	1	60.000,00	60.000,00
42	881431	ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	SERVICIO	1	35.000,00	35.000,00
43	881432	ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL	SERVICIO	1	35.000,00	35.000,00
44	881360	ULTRASONOGRAFIA PELVICA CON ANALISIS DOPPLER ACR- OBSTETRICA	SERVICIO	1	41.155,00	41.155,00
45	881403	ULTRASONOGRAFIA PELVICA GONECOLOGIA ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VASGINAL (TRANDUCTOR 7 MHZ O MAS)	SERVICIO	1	42.800,00	42.800,00
46	881402	ULTRASONOGRAFIA PELVICA GINECOLOGIA TRANSABDOMINAL +	SERVICIO	1	35.000,00	35.000,00
47	881401	ULTRASONOGRAFIA PELVIGA GINECOLOGIA TRANSVAGINAL	SERVICIO	1	35.000,00	35.000,00
48	881511	ULTRASONOGRAFIA TESTICULAR CON ANALISIS DOPPLER	SERVICIO	1	64.200,00	64.200,00
49	881510	ULTRASONOGRAFIA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SERVICIO	1	39.000,00	39.000,00

REQUISITO	CUMPLE	NO CUMPLE
CERTIFICADO DE IDENTIFICACION TRIBUTARIA	X	
CERTIFICACION BANCARIA	X	
FORMULARIO No 4	X	
SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS	X	

GRUPO 5: ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA – ENDODONCIA $ 15.000.000.
OFERENTE: MIRIAM BLANETH REYNA DUARTE

ITEM	CODIGOS CUPS	ESPECIFICACION TECNICA	UMED	CANT	PRECIO DE REFERENCIA	OFERTA
1	890203	CONSULTA ODONTOLÓGICA GENERAL	SERVICIO	1		

					9.900,00	9.900,00
2	890204	CONSULTA ODONTOLÓGICA ESPECIALIZADA	SERVICIO	1	25.700,00	25.700,00
3	890703	URGENCIAS DE ODONTOLOGÍA GENERAL	SERVICIO	1	22.220,00	22.220,00
4	890704	URGENCIAS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA	SERVICIO	1	36.700,00	36.700,00
5	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR DIENTE UNIRRADICULAR	SERVICIO	1	102.800,00	102.800,00
6	237302	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR DIENTE BIRRADICULAR	SERVICIO	1	157.350,00	157.350,00
7	237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR DIENTE MULTIRRADICULAR	SERVICIO	1	260.300,00	260.300,00
8	237304	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SERVICIO	1	58.700,00	58.700,00
9	237305	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	SERVICIO	1	88.050,00	88.050,00
10	237401	APICECTOMIA CON OBTURACION RETROGRADA ANTERIORES	SERVICIO	1	198.200,00	198.200,00
11	237401	APICECTOMIA CON OBTURACION RETROGRADA EN PREMOLARES	SERVICIO	1	201.700,00	201.700,00
12	237402	APICECTOMIA CON OBTURACION RETROGRADA EN POSTERIORES	SERVICIO	1	242.100,00	242.100,00
13	870455	RADIOGRAFÍA INTRAORALES PERIAPICALES	SERVICIO	1	6.500,00	6.500,00
14	237200	APEXIFICACION ANTERIORES POR CITA TERAPIA DE HIDROXIDO DE CALCIO	SERVICIO	1	143.100,00	143.100,00
15	237200	APEXIFICACION POSTERIORES POR CITA TERAPIA DE HIDROXIDO DE CALCIO	SERVICIO	1	143.100,00	143.100,00
16	237903	RETRATAMIENTO DE CONDUCTO PRECIO ADICIONAL A LA ENDODONCIA UNIRRADICULAR	SERVICIO	1	67.810,00	67.810,00
17	237903	RETRATAMIENTO DE CONDUCTO PRECIO ADICIONAL ENDODONCIA BIRRADICULAR	SERVICIO	1	80.700,00	80.700,00
18	237903	RETRATAMIENTO DE CONDUCTO PRECIO ADICIONAL ENDODONCIA MULTIRRADICULAR	SERVICIO	1	80.700,00	80.700,00
19	890304	CONTROLES DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS	SERVICIO	1	62.400,00	62.400,00
20	no cups	DESOBTURACION (FINES REHABILITACION)	SERVICIO	1	83.200,00	83.200,00
21	242400	COLOCACIÓN INJERTO OSEO (SIN INCLUIR MATERIAL)	SERVICIO	1	62.600,00	62.600,00

REQUISITO	CUMPLE	NO CUMPLE
CERTIFICADO DE IDENTIFICACION TRIBUTARIA	X	
CERTIFICACION BANCARIA	X	
FORMULARIO No 4	X	
SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS	X	

Por lo anterior los oferentes cumplen en todos los aspectos económicos establecidos dentro del proceso para los 5 grupos.

Atentamente,

PS ANDREA ASTRID SANCHEZ ROMERO
COMITÉ ECONÓMICO – EVALUADOR

HÉROES MULTIMISIÓN
NUESTRA MISIÓN ES COLOMBIA
Fe en la causa
Carrera 33 No. 14-35 San Alonso, Bucaramanga – Santander
Tel 6350070
hosmir@ejercito.mil.co

DIRBUC

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Bucaramanga 27 de Marzo de 2018

Señor
TE. LUPE JAZMIN GOMEZ VILLAMOR
Gerente de Proyecto

ASUNTO: Evaluación jurídica de las ofertas dentro del proceso de Selección de Mínima Cuantía Invitación Publica 009-DMBUG-2018.

Respetuosamente y en atención a la revisión y evaluación de las ofertas debidamente presentadas, cuyo objeto es "PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE REHABILITACION INTEGRAL (GRUPO 1), NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA (GRUPO 2), OPTOMETRIA (GRUPO 3), TOMA DE ECOGRAFIAS – DUPLEX – DOPLER (GRUPO 4), ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA – ENDODONCIA (GRUPO 5), INCLUIDOS DENTRO DEL PLAN DE COMPLEJIDAD SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL (ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y POLICÍA, NACIONAL Y 042 DE 2005) PARA EL PERSONAL DE AFILIADOS Y BENEFICIARIOS EN PAMPLONA, NORTE DE SANTANDER VIGENCIA 2018", me permito indicar lo siguiente:

- **GRUPO 1: REHABILITACION INTEGRAL**

VALOR	EMPRESA Y/O FIMRA	REPRESENTANTE LEGAL
$ 15.050.000.00	NEUROCOOP SAS NIT: 900301770-1	SANDRA PATRICIA DIAZ OCAMPO CC. 60.323.073 DE CUCUTA
REQUISITO	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
1. CARTA DE PRESENTACIÓN OFERTA	X	
2. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL Y/O MATRÍCULA MERCANTIL	X	
3. VERIFICACIÓN ANTECEDENTES JUDCIALES	X	
4. FORMULARIO 3 COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN	X	
5. FOTOCOPIA CEDULA DE CIUDADANIA	X	
6. CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES	X	
7. VERIFICACION ANTECEDENTES CONTRALORIA	X	
8. VERIFICACION ANTECEDENTES PROCURADURIA	X	
9. CERTIFICACION DE GARANTIA SGST	X	
10. CERTIFICACIÓN BANCARIA	X	
11. PACTO INTEGRIDAD	X	

Observaciones: Observaciones: El oferente **CUMPLE** jurídicamente con lo previsto en la invitación pública, Por tanto se encuentra **HABILITADO**.

Se sugiere seguir adelante con el presente proceso contractual

- **GRUPO 2: NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA**

VALOR	EMPRESA Y/O FIMRA	REPRESENTANTE LEGAL
$ 20.000.000.00	NEUROCOOP SAS NIT: 900301770-1	SANDRA PATRICIA DIAZ OCAMPO CC. 60.323.073 DE CUCUTA
REQUISITO	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
1. CARTA DE PRESENTACIÓN OFERTA	X	
2. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL Y/O MATRÍCULA MERCANTIL	X	
3. VERIFICACIÓN ANTECEDENTES JUDCIALES	X	
4. FORMULARIO 3 COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN	X	
5. FOTOCOPIA CEDULA DE CIUDADANIA	X	
6. CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES	X	
7. VERIFICACION ANTECEDENTES CONTRALORIA	X	
8. VERIFICACION ANTECEDENTES PROCURADURIA	X	
9. CERTIFICACION DE GARANTIA SGST	X	
10. CERTIFICACIÓN BANCARIA	X	
11. PACTO INTEGRIDAD	X	

Observaciones: Observaciones: El oferente **CUMPLE** jurídicamente con lo previsto en la invitación pública, Por tanto se encuentra **HABILITADO**.

Se sugiere seguir adelante con el presente proceso contractual

- **GRUPO 3: OPTOMETRIA**

VALOR	EMPRESA Y/O FIMRA	REPRESENTANTE LEGAL
$ 4.000.000.00	NIDYA GISELA RAMON SALCEDO	NIDYA GISELA RAMON SALCEDO CC. 1.094.271.616 DE PAMPLONA
REQUISITO	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
1. CARTA DE PRESENTACIÓN OFERTA	X	
2. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL Y/O MATRÍCULA MERCANTIL		X NO ANEXO
3. VERIFICACIÓN ANTECEDENTES JUDCIALES		X NO ANEXO
4. FORMULARIO 3 COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN	X	
5. FOTOCOPIA CEDULA DE CIUDADANIA	X	

6. CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES	X	
7. VERIFICACION ANTECEDENTES CONTRALORIA	X	
8. VERIFICACION ANTECEDENTES PROCURADURIA	X	
9. CERTIFICACION DE GARANTIA SGST	X	
10. CERTIFICACIÓN BANCARIA	X	
11. PACTO INTEGRIDAD	X	

Observaciones: El oferente **NO CUMPLE** jurídicamente con lo previsto en la invitación pública No.009-DMBUG-2018, capitulo II numerales 2.2; Por tanto **NO** se encuentra **HABILITADO,** En virtud de que no se allega el Certificado de Existencia y Representación Legal y Certificado de Antecedentes Judiciales, se le concede el término Para aclarar y/o corregir.

- **GRUPO 4: TOMA ECOGRAFIAS-DUPLEX-DOPLER**

VALOR	EMPRESA Y/O FIMRA	REPRESENTANTE LEGAL
$ 12.000.000.00	CEDMI IPS SAS NIT: 900338377-8	SANCHEZ URE NELSON OMAR CC. 88.308.061 LOS PATIOS
REQUISITO	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
1. CARTA DE PRESENTACIÓN OFERTA	X	
2. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL Y/O MATRÍCULA MERCANTIL	X	
3. VERIFICACIÓN ANTECEDENTES JUDCIALES	X	
4. FORMULARIO 3 COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN	X	
5. FOTOCOPIA CEDULA DE CIUDADANIA	X	
6. CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES	X	
7. VERIFICACION ANTECEDENTES CONTRALORIA	X	
8. VERIFICACION ANTECEDENTES PROCURADURIA	X	
9. CERTIFICACION DE GARANTIA SGST	X	
10. CERTIFICACIÓN BANCARIA	X	
11. PACTO INTEGRIDAD	X	

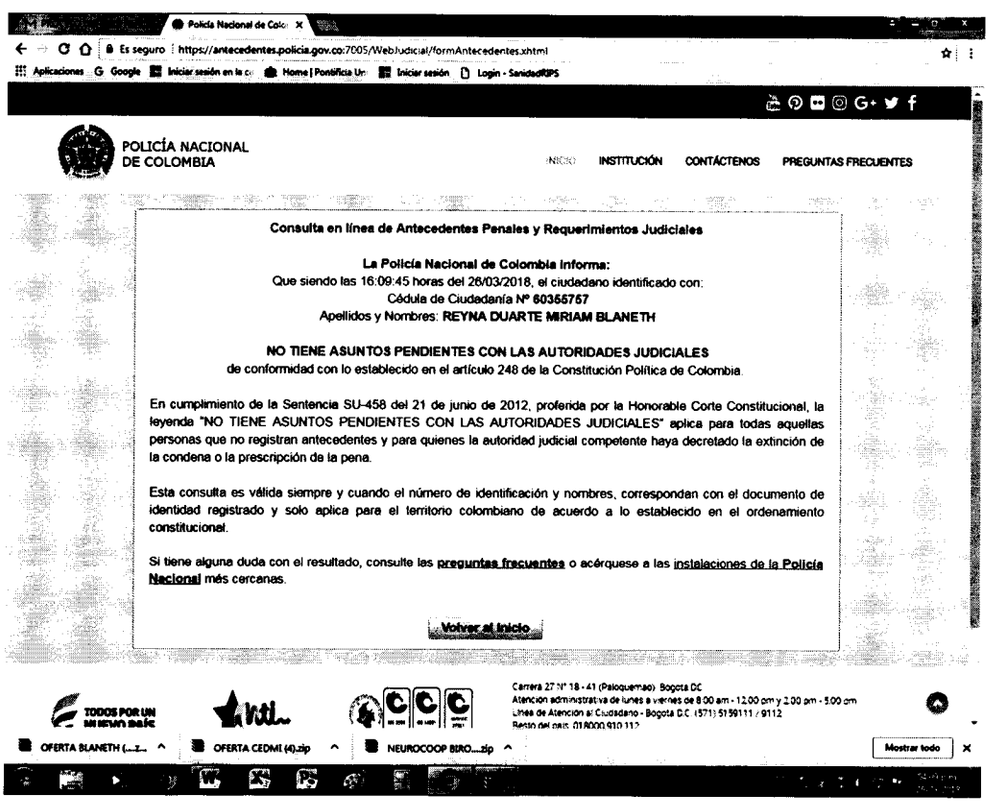
Observaciones: Observaciones: El oferente **CUMPLE** jurídicamente con lo previsto en la invitación pública, Por tanto se encuentra **HABILITADO**.

Se sugiere seguir adelante con el presente proceso contractual

- **GRUPO 5: ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA - ENDODONCIA**

VALOR	EMPRESA Y/O FIMRA	REPRESENTANTE LEGAL
$ 15.000.000.00	MIRIAM BLANETH REYNA DUARTE NIT: 60355757-9	MIRIAM BLANETH REYNA DUARTE CC. 60.355.757 DE CUCUTA
REQUISITO	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
1. CARTA DE PRESENTACIÓN OFERTA	X	
2. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL Y/O MATRÍCULA MERCANTIL	X	
3. VERIFICACIÓN ANTECEDENTES JUDCIALES		X No anexo
4. FORMULARIO 3 COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN	X	
5. FOTOCOPIA CEDULA DE CIUDADANIA	X	
6. CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES	X	
7. VERIFICACION ANTECEDENTES CONTRALORIA	X	
8. VERIFICACION ANTECEDENTES PROCURADURIA	X	
9. CERTIFICACION DE GARANTIA SGST	X	
10. CERTIFICACIÓN BANCARIA	X	
11. PACTO INTEGRIDAD	X	

Observaciones: El oferente MIRIAM BLANETH REYNA DUARTE no anexó copia de la consulta de antecedentes judiciales, siendo este un requisito objeto de verificación par el proceso contractual, de acuerdo a la normatividad vigente artículo 94 del Decreto-Ley 0019 de 2012 el Dispensario Médico de Bucaramanga procedió a verificar los antecedentes judiciales en línea así:



Acto seguido se evidencio que **CUMPLE** jurídicamente con lo previsto en la invitación Publica No. 006-DMBUG-2018 por tanto se habilita jurídicamente.

Conclusión: **HABILITADO.**

Observaciones: El oferente **CUMPLE** jurídicamente con lo previsto en la invitación pública, Por tanto se encuentra **HABILITADO.**

Se sugiere seguir adelante con el presente proceso contractual.

Atentamente,

PS. DIANA MARCELA CAMACHO VANEGAS
Abogada Comité Evaluador – Aspecto Jurídico

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

Bucaramanga, 27 de marzo de 2018

TE. LUPE JAZMIN GOMEZ VILLAMOR
Gerente de Proyecto

Asunto: EVALUACIÓN TECNICA DEL PROCESO MINIMA CUANTIA N°009-DMBUG-2018

A continuación presento la evaluación Técnica de la invitación publica N° 009-DMBUG-2018 cuyo objeto es **Mínima Cuantía N° 009-DMBUG-2018** cuyo objeto es contratar el **"PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE REHABILITACION INTEGRAL (GRUPO 1), NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA (GRUPO 2), OPTOMETRIA (GRUPO 3), TOMA DE ECOGRAFIAS – DUPLEX – DOPLER (GRUPO 4), ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA – ENDODONCIA (GRUPO 5), INCLUIDOS DENTRO DEL PLAN DE COMPLEJIDAD SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL (ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y POLICÍA, NACIONAL Y 042 DE 2005) PARA EL PERSONAL DE AFILIADOS Y BENEFICIARIOS EN PAMPLONA, NORTE DE SANTANDER VIGENCIA 2018."**

REHABILITACION INTEGRAL (GRUPO 1)

OFERENTES

1. **NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S.A.S**

EVALUACION TECNICA (GRUPO 1)

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO. (GRUPO 1)

1. **NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S.A.S**

ITEM	CODIGOS CUPS	ESPECIFICACION TECNICA	UMED	CANT	CUMPLE	NO CUMPLE
		FISIOTERAPIA ESPECIALIZADA				
1	931000	TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD	UNIDAD	1	X	
2	890211	CONSULTA / VALORACION DE PRIMERA VEZ POR FISIOTERAPIA	UNIDAD	1	X	
3	938610	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA /DISCAPACIDAD	UNIDAD	1	X	
		RESPIRATORIA				
4	890212	CONSULTA / VALORACION DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA RESPIRATORIA	UNIDAD	1	X	
5	965500	LIMPIEZA Y CUIDADO DE TRAQUEOSTOMIA	UNIDAD	1	X	
6	939400	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL SOD (SE COBRA ADICIONAL EL KIT)	UNIDAD	1	X	
7	C00030	KIT DE RESPIRATORIA/ NEBULIZACION	UNIDAD	1	X	
8	939402	NEBULIZACION (SE COBRA ADICIONAL EL KIT)	UNIDAD	1	X	
		OCUPACIONAL				
10	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD §	UNIDAD	1	X	
11	890213	CONSULTA / VALORACION DE PRIMERA VEZ	UNIDAD	1	X	

		FONOAUDIOLOGIA Y/O LENGUAJE				
12	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA Y /O TERAPEUTA DEL LEGUAJE INTEGRAL SOD §	UNIDAD	1	X	
13	890110	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPEUTE DEL LENGUAJE +	UNIDAD	1	X	
14	890210	CONSULTA / VALORACION DE PRIMERA VEZ POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA + Y/O TERAPEUTA DEL LENGUAJE	UNIDAD	1	X	
		PSICOLOGIA ESPECIALIZADA				
	939102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	UNIDAD	1	X	
		PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGIA	UNIDAD	1	X	
17		PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGIA	UNIDAD	1	X	
18	939202	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSICOLOGIA+	UNIDAD	1	X	
19	890208	CONSULTA / VALORACION DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	UNIDAD	1	X	
20	890108	CONSULTA / VALORACION POR PSICOLOGIA DOMICILIARIA	UNIDAD	1	X	
21	C00005	EXAMEN PSICOPEDAGOGICO POR PSICOLOGO	UNIDAD	1	X	

2.4.1. REQUISITOS DE ORDEN TECNICO (GRUPO 1)

No	CRITERIO TECNICO DE VERIFICACION	NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S.A.S.		OBSERVACIONES
		CUMPLE	NO CUMPLE	
	Cumplimiento de las especificaciones técnicas mínimas de obligatorio cumplimiento	X		
	Certificado de habilitación de los servicios requeridos	X		
	Portafolio de servicios actualizado	X		
4	Verificación por parte de la entidad contratante en el Registro especial de Prestadores de Servicios de Salud, esto con el fin de establecer que los posibles oferentes se encuentren debidamente habilitados y certificados para la prestación de los servicios que serán objeto del presente proceso de contratación	X		
5	Certificado de compromiso a diligenciar a través de los especialistas los formatos establecidos por la Dirección de Sanidad para justificar procedimientos que requieran aprobación por parte del Comité Técnico Científico del Nivel Central	X		
6	Certificado que soporte la suficiencia para prestar los servicios que se contratan (capacidad instalada vs población a atender) suscrito por el representante legal que cumpla con los requisitos mínimos de habilitación definidos en el Decreto 1011 y anexo técnico uno (1) de la resolución 1043 del Ministerio de Protección Social de 2006.	X		

7	El oferente debe certificar por escrito que el personal profesional ,tecnólogo o técnico contratado para realizar los diferentes procedimientos médico asistenciales al personal de afiliados y beneficiarios del Dispensario médico de Bucaramanga es idóneo y cuenta con la experiencia suficiente para garantizar la prestación de estos servicios a esta población , junto con esta certificación debe presentarse la documentación que se relaciona a continuación • Fotocopia del diploma de grado de la profesión • Tarjeta Profesional emitida por la respectiva Secretaria de Salud Departamental para ejercer la profesión, o resolución emitida por la respectiva autoridad competente cuando por el ejercicio de la profesión no se emita tarjeta profesional.	X		

CONCLUSION DE LA EVALUACION TECNICA (GRUPO 1)

Una vez verificados los requisitos de orden técnico presentados por la entidad, **NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S.A.S** Se habilita técnicamente en razón a que **CUMPLE** con los requisitos de verificación técnica solicitados en la invitación pública N°. 009 de 2018, **(GRUPO 1)** se recomienda al gerente de proyecto continuar con el proceso de adjudicación de acuerdo con lo establecido en el cronograma del proceso.

NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA (GRUPO 2)

OFERENTES

NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S.A.S
EVALUACION TECNICA (GRUPO 2)

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO. (GRUPO 2)

NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S.A.S

ITEM	CODIGOS CUPS	ESPECIFICACION TECNICA	UMED	CANT	CUMPLE	NO CUMPLE
		MEDICINA ESPECIALIZADA				
1	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA NEUROLOGIA	SERVICIO	1	X	
2	890402	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA NEUROLOGIA	SERVICIO	1	X	
3	C00050	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA NEUROCIRUGIA	SERVICIO	1	X	
4	C00051	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA NEUROCIRUGIA	SERVICIO	1	X	
		PROCEDIMIENTOS ESPECIALIZADOS				
5	861411	INYECCIÓN DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA BOTULINICA) +	SERVICIO	1	X	
6	839600	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPEÚTICA DENTRO DE BURSA SOD	SERVICIO	1	X	
7	839700	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA	SERVICIO	1	X	

8	861401	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO HASTA DE CINCO LESIONES	SERVICIO	1	X	
9	861402	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO ENTRE CINCO A DIEZ LESIONES	SERVICIO	1	X	
10	861403	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO DE MAS DE DIEZ LESIONES	SERVICIO	1	X	
11	992101	INFILTRACION, IRRIGACION O INSTILACION DE MEDICAMENTOS EN SUBESCARA	SERVICIO	1	X	
12	992300	INYECCIÓN/INFILTRACION DE ESTEROIDE SOD	SERVICIO	1	X	
13	53105	BLOQUEO DE UNION MIONEURAL	SERVICIO	1	X	
14	940100	ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA DE INTELIGENCIA (CUALQUIER TIPO) SOD	SERVICIO	1	X	
15	891702	ESTUDIO CON POLISOMNOGRAFO	SERVICIO	1	X	
16	930860	ELECTROMIOGRAFIA	SERVICIO	1	X	
17	891508	NEUROCONDUCCION UNILATERAL (CADA NERVIO)	SERVICIO	1	X	
18	891511	PRUEBA DE ESTIMULO O REPETITIVO TEST DE LAMBERT	SERVICIO	1	X	
19	891503	REFLEJO NEUROLÓGICO TRIGÉMINO FACIAL	SERVICIO	1	X	
20	891502	REFLEJO PALPEBRAL : ONDA H	SERVICIO	1	X	
21	C00052	REFLEJO PALPEBRAL: ONDA F	SERVICIO	1	X	
22	930801	ELECTROMIOGRAFIA CON ELECTRODO FIBRA UNICA	SERVICIO	1	X	
[illegible]	[illegible]	POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES	SERVICIO	1	X	
[illegible]	[illegible]	POTENCIALES EVOCADOS DE TALLO CEREBRAL Y/O AUDITIVOS	SERVICIO	1	X	
[illegible]	[illegible]	POTENCIALES EVOCADOS VISUALES	SERVICIO	1	X	
25	[illegible]	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO	SERVICIO	1	X	
27	[illegible]	AUDIOMETRÍA DE TONOS PUROS AÉREOS Y ÓSEOS CON EMASCARAMIENTO [AUDIOMETRIA TONAL] +	SERVICIO	1	X	
28	954100	AUDIOMETRIA SOD	SERVICIO	1	X	
29	954301	LOGOAUDIOMETRÍA +	SERVICIO	1	X	
30	954302	IMITANCIA ACÚSTICA [IMPEDANCIOMETRIA] +	SERVICIO	1	X	
31	890202	CONSULA/VALORACION POR NEUROPSICOLOGIA	SERVICIO	1	X	

37	C00002	TERAPIA DE NEUROPSICOLOGIA	SERVICIO	1	X	
38	C00003	TERAPIA DE NEURODESARROLLO	SERVICIO	1	X	

2.4.1. REQUISITOS DE ORDEN TECNICO (GRUPO 2)

No	CRITERIO TECNICO DE VERIFICACION	NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S.A.S.		OBSERVACIONES
		CUMPLE	NO CUMPLE	
1	Cumplimiento de las especificaciones técnicas mínimas de obligatorio cumplimiento	X		
2	Certificado de habilitación de los servicios requeridos	X		
3	Portafolio de servicios actualizado	X		
4	Verificación por parte de la entidad contratante en el Registro especial de Prestadores de Servicios de Salud, esto con el fin de establecer que los posibles oferentes se encuentren debidamente habilitados y certificados para la prestación de los servicios que serán objeto del presente proceso de contratación	X		
5	Certificado de compromiso a diligenciar a través de sus especialistas los formatos establecidos por la Dirección de Sanidad para justificar procedimientos que requieran aprobación por parte del Comité Técnico Científico del Nivel Central	X		
6	Certificado que soporte la suficiencia para prestar los servicios que se contratan (capacidad instalada vs población a atender) suscrito por el representante legal que cumpla con los requisitos mínimos de habilitación definidos en el Decreto 1011 y anexo técnico uno (1) de la resolución 1043 del Ministerio de Protección Social de 2006.	X		
7	El oferente debe certificar por escrito que el personal profesional ,tecnólogo o técnico contratado para realizar los diferentes procedimientos médico asistenciales al personal de afiliados y beneficiarios del Dispensario médico de Bucaramanga es idóneo y cuenta con la experiencia suficiente para garantizar la prestación de estos servicios a esta población , junto con esta certificación debe presentarse la documentación que se relaciona a continuación • Fotocopia del diploma de grado de la profesión • Tarjeta Profesional emitida por la respectiva Secretaria de Salud Departamental para ejercer la profesión, o resolución emitida por la respectiva autoridad competente cuando por el ejercicio de la profesión no se emita tarjeta profesional.	X		

CONCLUSION DE LA EVALUACION TECNICA (GRUPO 2)

Una vez verificados los requisitos de orden técnico presentados por la entidad, **NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL S.A.S,** Se habilita técnicamente en razón a que **CUMPLE** con los requisitos de verificación técnica solicitados en la invitación pública N°. 009 de 2018, **(GRUPO 2)** se recomienda al gerente de proyecto continuar con el proceso de adjudicación de acuerdo con lo establecido en el cronograma del proceso.

OPTOMETRIA (GRUPO 3)

OFERENTES

1. **NIDIA GISELA RAMON SALCEDO**

EVALUACION TECNICA (GRUPO 3)

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO. (GRUPO 3)

1. **NIDIA GISELA RAMON SALCEDO**

ITEM	CODIGOS CUPS	ESPECIFICACION TECNICA	UMED	CANT	CUMPLE	NO CUMPLE
1	890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	SERVICIO	1	X	
2	890307	CONSULTA DE CONTROL O SIGUIMIENTO POR OPTOMETRIA	SERVICIO	1	X	

2.4.1. REQUISITOS DE ORDEN TECNICO (GRUPO 3)

No	CRITERIO TECNICO DE VERIFICACION	NIDIA GISELA RAMON SALCEDO		OBSERVACIONES
		CUMPLE	NO CUMPLE	
1	Cumplimiento de las especificaciones técnicas mínimas de obligatorio cumplimiento	X		
2	Certificado de habilitación de los servicios requeridos	X		
3	Portafolio de servicios actualizado	X		
4	Verificación por parte de la entidad contratante en el Registro especial de Prestadores de Servicios de Salud, esto con el fin de establecer que los posibles oferentes se encuentren debidamente habilitados y certificados para la prestación de los servicios que serán objeto del presente proceso de contratación	X		
5	Certificado de compromiso a diligenciar a través de sus especialistas los formatos establecidos por la Dirección de Sanidad para justificar procedimientos que requieran aprobación por parte del Comité Técnico Científico del Nivel Central	X		
6	Certificado que soporte la suficiencia para prestar los servicios que se contratan (capacidad instalada vs población a atender) suscrito por el representante legal que cumpla con los requisitos mínimos de habilitación definidos en el Decreto 1011 y anexo técnico uno (1) de la resolución 1043 del Ministerio de	X		

7	El oferente debe certificar por escrito que el personal profesional ,tecnólogo o técnico contratado para realizar los diferentes procedimientos médico asistenciales al personal de afiliados y beneficiarios del Dispensario médico de Bucaramanga es idóneo y cuenta con la experiencia suficiente para garantizar la prestación de estos servicios a esta población , junto con esta certificación debe presentarse la documentación que se relaciona a continuación • Fotocopia del diploma de grado de la profesión • Tarjeta Profesional emitida por la respectiva Secretaria de Salud Departamental para ejercer la profesión, o resolución emitida por la respectiva autoridad competente cuando por el ejercicio de la profesión no se emita tarjeta profesional.	x		

CONCLUSION DE LA EVALUACION TECNICA (GRUPO 3)

Una vez verificados los requisitos de orden técnico presentados por la entidad,. **NIDIA GISELA [illegible] SALCEDO** Se habilita técnicamente en razón a que **CUMPLE** con los requisitos de verificación técnica solicitados en la invitación pública N°. 009 de 2018, **(GRUPO 3)** se recomienda al gerente de proyecto continuar con el proceso de adjudicación de acuerdo con lo establecido en el cronograma del proceso

TOMA DE ECOGRAFIAS – DUPLEX – DOPLER (GRUPO 4)

OFERENTES

1. **CENTRO ESPECIALIZADO DE DIAGNOSTICO MATATERNO INFANTIL IPS SAS-CEDMI IPS SAS**

EVALUACION TECNICA (GRUPO 4)

ESPECIFICACIONES TECNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

1. **CENTRO ESPECIALIZADO DE DIAGNOSTICO MATATERNO INFANTIL IPS SAS-CEDMI IPS SAS**

ITEM	CODIGOS CUPS	ESPECIFICACION TECNICA	UMED	CANT	CUMPLE	NO CUMPLE
1	882298	DOOPLER OBSTETRICO CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTERA	SERVICIO	1	X	
2	882316	DUPLEX SCANNING DE VASOS VENOSOS DE MIENBRO SUPERIORES A COLOR	SERVICIO	1	X	
3	882317	DUPLEX SCANNING DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	SERVICIO	1	X	
4	882112	DUPLEX SCANNING (DOPLER ECOGRAFIA) DE VASOS DE CUELLO (CARIOTIDAS,VERTEBRALES,YUGULAR)	SERVICIO	1	X	
5	882296	DUPLEX SCANNING (DOPPLER-ECOGRAFIA) CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN HIPERTENSION PORTAL	SERVICIO	1	X	
6	882292	DUPLEX SCANNING (DOPPLER-ECEOGRAFIA) CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEOP DE MASAS ABDOMINALES	SERVICIO	1	X	

7	882294	DUPLEX SCANNING (DOPPLER-ECOGRAFIA) CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEOEN MASAS PELVICAS	SERVICIO	1	X	
8	882212	DUPLEX SCANNING (DOPPLER-ECOGRAFIA)DE AORTA ABDOMINAL	SERVICIO	1	X	
9	882262	DUPLEX SCANNING (DOPPLER-ECOGRAFIA) DE ARTERIA ILIACAS	SERVICIO	1	X	
10	882222	DUPLEX SCANNING (DOPPLER-ECOGRAFIA)DE ARTERIAS RENALES	SERVICIO	1	X	
11	882602	DUPLEX SCANNING (DOPPLER-ECOGRAFIA) DE OTROS ORGANOS TRANSPLANTADOS SOD	SERVICIO	1	X	
12	882603	DUPLEX SCANNING (DOPPLER-ECOGRAFIA) DE RIÑON			X	
13	882242	DUPLEX SCANNING (DOPPLER-ECOGRAFIA) DE TRONCO CELIACO A COLOR	SERVICIO	1	X	
14	882308	DUPLEX SCANNING (DOPPLER-ECOGRAFIA) DE VASOS ARTERIALES DE MIENBROS INFERIORES	SERVICIO	1	X	
15	882307	DUPLEX SCANNING (DOPPLER-ECOGRAFIA) DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES	SERVICIO	1	X	
16	882282	DUPLEX SCANNING (DOPPLER-ECOPGRAFIA) DE VASOS ESCROTALES	SERVICIO	1	X	
17	882252	DUPLEX SCANNING (DOPPLER-ECOGRAFIA) DE VENA CAVA A COLOR	SERVICIO	1	X	
18	881437	ECOGRAFIA DETALLE ANATOMICO III NIVEL	SERVICIO	1	X	
19	TAMGEN	TAMIZAJE GENETICO (ECOGRAFIA COMPLETA SEMANAS 11 A 14)	SERVICIO	1	X	
20	881301	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y PELVIS	SERVICIO	1	X	
21	881630	ULTRASONOGTRAFIA ARTICULAR DE CADERA	SERVICIO	1	X	
22	881610	ULTRASONOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO	SERVICIO	1	X	
23	881620	ULTTRASONOGRAFIA ARTICULAR DE RODILLA	SERVICIO	1	X	
24	881313	ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN PILORO	SERVICIO	1	X	
25	881305	ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR: HIGADO PANCREAS VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO	SERVICIO	1	X	
26	881302	ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL: HIGADO, VESICULA VI	SERVICIO	1	X	
27	881340	ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN: MASAS ABDOMINALES Y DE RETROPERITONE	SERVICIO	1	X	
28	881362	ULTRASONOGRAFIA DE MASAS DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN ANALI	SERVICIO	1	X	
29	881501	ULTRASONOGRAFIA DE PROTATA TRANSABDOMINAL	SERVICIO	1	X	

30	881331	ULTRASONOGRAFIA DE RIÑONES BAZO AORTA (RENAL)	SERVICIO	1	X	
31	881602	ULTRASONOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SERVICIO	1	X	
32	881601	ULTRASONOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SERVICIO	1	X	
33	881332	ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES VEJIGA Y PROTATA TRANSABDOMINAL)	SERVICIO	1	X	
34	881118	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON ANALISIS	SERVICIO	1	X	
35	881112	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDU	SERVICIO	1	X	
36	881131	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA EN GLANDULAS SALIVALES CON TRANSDUCT	SERVICIO	1	X	
37	881201	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA DE MAMA CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O	SERVICIO	1	X	
38	881141	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ	SERVICIO	1	X	
39	881211	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA DE TORAX: PERICARDIO O PLEURA +	SERVICIO	1	X	
40	881306	ULTRASONOGRAFIA HEPATOBILIAR (HIGADO, PANCREAS VIA BILIAR Y VE- SICULAR)	SERVICIO	1	X	
41	881434	ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA CON PERFIL BIOFISICO	SERVICIO	1	X	
42	881431	ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	SERVICIO	1	X	
43	881432	ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL	SERVICIO	1	X	
44	881360	ULTRASONOGRAFIA PELVICA CON ANALISIS DOPPLER AGR OBSTETRICA	SERVICIO	1	X	
45	881403	ULTRASONOGRAFIA PELVICA GONECOLOGIA ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VASGINAL (TRANSDUCTOR 7 MHZ O MAS)	SERVICIO	1	X	
46	881402	ULTRASONOGRAFIA PELVICA GINECOLOGIA TRANSABDOMINAL +	SERVICIO	1	X	
47	881401	ULTRASONOGRAFIA PELVIGA GINECOLOGIA TRANSVAGINAL	SERVICIO	1	X	
48	881511	ULTRASONOGRAFIA TESTICULAR CON ANALISIS DOPPLER	SERVICIO	1	X	
49	881510	ULTRASONOGRAFIA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	SERVICIO	1	X	

2.4.1. REQUISITOS DE ORDEN TECNICO (GRUPO 4)

No	CRITERIO TECNICO DE VERIFICACION	CEDMI IPS SAS.		OBSERVACIONES
		CUMPLE	NO CUMPLE	
1	Cumplimiento de las especificaciones técnicas mínimas de obligatorio cumplimiento	x		
2	Certificado de habilitación de los servicios requeridos	x		
3	Portafolio de servicios actualizado	x		
4	Verificación por parte de la entidad contratante en el Registro especial de Prestadores de Servicios de Salud, esto con el fin de establecer que los posibles oferentes se encuentren debidamente habilitados y certificados para la prestación de los servicios que serán objeto del presente proceso de contratación	x		
5	Certificado de compromiso a diligenciar a través de sus especialistas los formatos establecidos por la Dirección de Sanidad para justificar procedimientos que requieran aprobación por parte del Comité Técnico Científico del Nivel Central	x		
6	Certificado que soporte la suficiencia para prestar los servicios que se contratan (capacidad instalada vs población a atender) suscrito por el representante legal que cumpla con los requisitos mínimos de habilitación definidos en el Decreto 1011 y anexo técnico uno (1) de la resolución 1043 del Ministerio de Protección Social de 2006.	x		
7	El oferente debe certificar por escrito que el personal profesional ,tecnólogo o técnico contratado para realizar los diferentes procedimientos médico asistenciales al personal de afiliados y beneficiarios del Dispensario médico de Bucaramanga es idóneo y cuenta con la experiencia suficiente para garantizar la prestación de estos servicios a esta población , junto con esta certificación debe presentarse la documentación que se relaciona a continuación • Fotocopia del diploma de grado de la profesión • Tarjeta Profesional emitida por la respectiva Secretaria de Salud Departamental para ejercer la profesión, o resolución emitida por la respectiva autoridad competente cuando por el ejercicio de la profesión no se emita tarjeta profesional.	x		

CONCLUSION DE LA EVALUACION TECNICA (GRUPO 4)

Una vez verificados los requisitos de orden técnico presentados por la entidad, **CENTRO ESPECIALIZADO DE DIAGNOSTICO MATATERNO INFANTIL IPS SAS-CEDMI IPS SAS** Se habilita técnicamente en razón a que **CUMPLE** con los requisitos de verificación técnica solicitados en la invitación pública N°. 009 de 2018, **(GRUPO 4)** se recomienda al gerente de proyecto continuar con el proceso de adjudicación de acuerdo con lo establecido en el cronograma del proceso

ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA – ENDODONCIA (GRUPO 5)

OFERENTES

1. **MIRIAM BLANETH REYNA DUARTE**

EVALUACION TECNICA (GRUPO 5)

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO. (GRUPO 5)

1. **MIRIAM BLANETH REYNA DUARTE**

ITEM	CODIGOS CUPS	ESPECIFICACION TECNICA	UMED	CANT	CUMPLE	NO CUMPLE
1	890203	CONSULTA ODONTOLÓGICA GENERAL	SERVICIO	1	X	
2	890204	CONSULTA ODONTOLÓGICA ESPECIALIZADA	SERVICIO	1	X	
3	890703	URGENCIAS DE ODONTOLOGÍA GENERAL	SERVICIO	1	X	
4	890704	URGENCIAS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA	SERVICIO	1	X	
5	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR DIENTE UNIRRADICULAR	SERVICIO	1	X	
6	237302	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR DIENTE BIRRADICULAR	SERVICIO	1	X	
7	237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR DIENTE MULTIRRADICULAR	SERVICIO	1	X	
8	237304	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SERVICIO	1	X	
9	237305	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	SERVICIO	1	X	
10	237401	APICECTOMIA CON OBTURACION RETROGRADA ANTERIORES	SERVICIO	1	X	
11	237401	APICECTOMIA CON OBTURACION RETROGRADA EN PREMOLARES	SERVICIO	1	X	
12	237402	APICECTOMIA CON OBTURACION RETROGRADA EN POSTERIORES	SERVICIO	1	X	
13	870455	RADIOGRAFÍA INTRAORALES PERIAPICALES	SERVICIO	1	X	
14	237200	APEXIFICACION ANTERIORES POR CITA TERAPIA DE HIDROXIDO DE CALCIO	SERVICIO	1	X	
15	237200	APEXIFICACION POSTERIORES POR CITA TERAPIA DE HIDROXIDO DE CALCIO	SERVICIO	1	X	
16	237903	RETRATAMIENTO DE CONDUCTO PRECIO ADICIONAL A LA ENDODONCIA UNIRRADICULAR	SERVICIO	1	X	
17	237903	RETRATAMIENTO DE CONDUCTO PRECIO ADICIONAL ENDODONCIA BIRRADICULAR	SERVICIO	1	X	
18	237903	RETRATAMIENTO DE CONDUCTO PRECIO ADICIONAL ENDODONCIA MULTIRRADICULAR	SERVICIO	1	X	
19	890304	CONTROLES DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS	SERVICIO	1	X	
20	no cups	DESOBTURACION (FINES REHABILITACION)	SERVICIO	1	X	
21	242400	COLOCACIÓN INJERTO OSEO (SIN INCLUIR MATERIAL)	SERVICIO	1	X	

2.4.1. REQUISITOS DE ORDEN TECNICO (GRUPO 5)

No	CRITERIO TECNICO DE VERIFICACION	MIRIAM BLANETH REYNA DUARTE		OBSERVACIONES
		CUMPLE	NO CUMPLE	
1	Cumplimiento de las especificaciones técnicas mínimas de obligatorio cumplimiento	X		
2	Certificado de habilitación de los servicios requeridos	X		
3	Portafolio de servicios actualizado	X		
4	Verificación por parte de la entidad contratante en el Registro especial de Prestadores de Servicios de Salud, esto con el fin de establecer que los posibles oferentes se encuentren debidamente habilitados y certificados para la prestación de los servicios que serán objeto del presente proceso de contratación	X		
5	Certificado de compromiso a diligenciar a través de sus especialistas los formatos establecidos por la Dirección de Sanidad para justificar procedimientos que requieran aprobación por parte del Comité Técnico Científico del Nivel Central	X		
6	Certificado que soporte la suficiencia para prestar los servicios que se contratan (capacidad instalada vs población a atender) suscrito por el representante legal que cumpla con los requisitos mínimos de habilitación definidos en el Decreto 1011 y anexo técnico uno (1) de la resolución 1043 del Ministerio de Protección Social de 2006.	X		
7	El oferente debe certificar por escrito que el personal profesional ,tecnólogo o técnico contratado para realizar los diferentes procedimientos médico asistenciales al personal de afiliados y beneficiarios del Dispensario médico de Bucaramanga es idóneo y cuenta con la experiencia suficiente para garantizar la prestación de estos servicios a esta población , junto con esta certificación debe presentarse la documentación que se relaciona a continuación • Fotocopia del diploma de grado de la profesión • Tarjeta Profesional emitida por la respectiva Secretaria de Salud Departamental para ejercer la profesión, o resolución emitida por la respectiva autoridad competente cuando por el ejercicio de la profesión no se emita tarjeta profesional.	X		

CONCLUSION DE LA EVALUACION TECNICA (GRUPO 5)

Una vez verificados los requisitos de orden técnico presentados por la entidad, **MIRIAM BLANETH REYNA DUARTE** Se habilita técnicamente en razón a que **CUMPLE** con los requisitos de verificación técnica solicitados en la invitación pública N°. 009 de 2018, **(GRUPO 5)** se recomienda al gerente de proyecto continuar con el proceso de adjudicación de acuerdo con lo establecido en el cronograma del proceso.

Atentamente,

JOSE ALFREDO AGAMEZ Suboficial del Ejército

SP. JOSE ALFREDO AGAMEZ
Comité Evaluador Técnico Evaluador Proceso 009-2018.