MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDA PRESTADORA DE SALUD CASANARE

No.GS-2024 – 092277 – DECAS / UPRES - JEFAT 29.25

Yopal Casanare, 13 de diciembre de 2024

Señor teniente coronel
YAIR YOVANNY CHAPARRO GUERRERO
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 7
Calle 15 No. 15ª-33 del Barrio el Estero
Villavicencio.

Asunto: Evaluación técnica proceso PN RASES No.7 MIC 179 2024

De manera atenta me permito enviar a mi coronel, la evaluación técnica realizada dentro del proceso de contratación ***PN RASES No 7 MIC 179 2024***, ***"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE.***

Oferente evaluado:

1. DISEÑAMOS SONRISAS DENTS S.A.S.

CONDICIONES TÉCNICAS MINIMAS

N°	CONDICIONES TÉCNICAS	OFERTA	
		SI	NO
1	**Experiencia Proponente en producir o comercializar el bien y/o ofrecer el servicio:** Con el fin de garantizar la calidad del servicio a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere acreditar experiencia en proyectos similares al objeto del presente estudio previo, tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos que acrediten la realización de contratos celebrados y ejecutados con entidades públicas y privadas de proyectos iguales o similares al presente proceso contractual cuya suma supere el setenta por ciento (70%) del presupuesto asignado al presente proceso, con empresas públicas o privadas para lo cual el oferente deberá presentar certificaciones y/o actas de liquidación. ✓ Nombre o razón social de contratante. ✓ Nombre o razón social del contratista. ✓ Objeto del contrato. ✓ Lugar de ejecución del contrato. ✓ Número del contrato. ✓ Fecha de inicio del contrato. ✓ Fecha de terminación del contrato. ✓ Valor del contrato. ✓ Certificación suscrita por la persona competente de la entidad contratante. ✓ Dirección y número telefónico del contratante. No se admiten: ✓ Certificaciones de Subcontrataciones ✓ No se acepta auto certificaciones. ✓ Copias de facturas órdenes de pago etc. ✓ Copias de Contratos. Cuando se certifiquen contratos que se encuentren en ejecución al momento de presentar la oferta, además de la información solicitada en el párrafo anterior, se debe incluir el porcentaje de ejecución a la fecha de expedición de la certificación, el cual será tomado para verificar la experiencia solicitada.		No anexa certificación firmada por el representante legal.

	Por otra parte, cuando la experiencia de un proponente corresponda a contratos como integrante de un contratista plural, (consorcio, unión temporal, promesa de sociedad futura), la experiencia derivada de ese contrato corresponde a la ponderación del valor del contrato por el porcentaje de participación. Por lo anterior, deberá presentar el documento que acreditó la conformación del Consorcio o de la Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato. **NOTA:** En caso de que el oferente haya firmado contratos con la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 7, no es obligatorio que anexe certificación, solamente con allegar oficio donde mencione el número de contrato objeto y el valor siempre que este guarde relación con el servicio que se requiere satisfacer; la unidad verificará la información, según la Ley 019 de del 2012. ARTICULO 9. PROHIBICIÓN DE EXIGIR DOCUMENTOS QUE REPOSAN EN LA ENTIDAD. **NOTA:** Para emprendimientos y empresas de mujeres la suma deberá superar el sesenta (60%) del presupuesto asignado al presente proceso.		

No	CONDICIONES TÉCNICAS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CUMPLE	
		SI	NO
1	El oferente designará un funcionario, quien, en coordinación con el supervisor del contrato, solucionen inconvenientes y/o novedades presentadas, igualmente agilizar algún trámite o requerimiento por parte de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 7, con una disponibilidad de lunes a viernes de 07:00 a.m. A 7:00 p.m. y los días sábados y domingos de 08:00 a.m. a 02:00 p.m. **Nombres y apellidos:** **Cargo:** **Numero celular:** **Correo electrónico:** ***Diligenciar***	**X**	
2	**CAPACIDAD INSTALADA DEL PRESTADOR:** Se requiere que el proponente cuente con la siguiente capacidad: **GRUPO** | **CONCEPTO** | **CANTIDAD** Consultorios | Consulta Externa | 2	**X**	
3	**Constancia de Habilitación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud:** El oferente debe adjuntar soporte del Registro Especial de Prestadores de Salud, según lo contemplado por el Ministerio de Salud y de Protección Social y todas aquellas normas legales que deroguen, modifiquen o establezcan estándares de habilitación para la prestación de servicios de salud sin causar traumatismo en la prestación del mismo. Dando aplicación a lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y de la Protección Social. De acuerdo con lo anterior debe presentar el certificado de Registro en el Sistema Único de Habilitación vigente expedido por la secretaria de Salud, para cada servicio ofertado los cuales deben estar inscritos y habilitados al momento de presentar la propuesta y mantener dicha habilitación vigente durante la ejecución del contrato que se llegase a celebrar, el cual deberá estar vigente. tanto para el punto principal, así como los puntos satélites y la red de apoyo. **SERVICIO** 311 -ENDODONCIA 343 -PERIODONCIA 396 -ODONTOPEDIATRÍA 410 -CIRUGÍA ORAL 411 -CIRUGÍA MAXILOFACIAL	**X**	
4	**Recurso humano:** El Oferente mediante certificación suscrita por el representante legal deberá acreditar que cuenta como mínimo con el siguiente personal asistencial durante toda la presentación de la propuesta y ejecución del contrato, para lo cual deberá diligenciar el anexo de Idoneidad del *Recurso Humano, establecido por la Regional de Aseguramiento en Salud No.7.*	**X**	

	<table><tr><th>ITEM</th><th>PERFIL</th><th>CANT</th></tr><tr><td>1</td><td>Odontólogo especializado en Endodoncia</td><td>1</td></tr><tr><td>2</td><td>Odontólogo especializado en Periodoncia</td><td>1</td></tr><tr><td>3</td><td>Odontólogo especializado en Cirugía Oral</td><td>1</td></tr><tr><td>4</td><td>Odontólogo especializado en Odontopediatría</td><td>1</td></tr><tr><td>5</td><td>Odontólogo especializado en Cirugía Maxilofacial</td><td>1</td></tr><tr><td>6</td><td>Auxiliar de Odontología</td><td>1</td></tr></table>		
5	**Disponibilidad para la atención:** Se requiere que las entidades de salud oferentes, certifiquen mediante escrito que cuentan con la capacidad administrativa y operacional propia o contratada, necesaria para prestar los servicios ofertados en el portafolio de servicios en los siguientes horarios: • Lunes a viernes de 08:00 horas hasta las 12:00 horas y de las 14:00 horas hasta las 18:00 horas. • Sábado de 08:00 horas hasta las 12:00 horas. **Oportunidad** • Oportunidad para la asignación de citas: de 1 a 8 días • Oportunidad para la programación de procedimientos: de 1 a 8 días	**X**	
6	El contratista deberá informar al jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No.7, y al supervisor de contrato, mensualmente sobre la ejecución del contrato y cuando el mismo se encuentre en un setenta (70%), un noventa (90%) y un cien (100%) por ciento, con el fin de no sobre ejecutar el contrato.	**X**	
7	**MANUALES:** El oferente debe tener el manual de bioseguridad, manual de limpieza y desinfección y manual de manejo de desechos, esta documentación será verificada por el médico de garantía de la calidad de la Unidad Prestadora de Salud Casanare antes de adjudicar el contrato, ya que el no tener estos procesos prioritarios, representa un riesgo en la atención de los usuarios. SÍ, el proponente, es una I.P.S deberá tener el PAMEC, este documento será verificado por el médico de garantía de la calidad de la Unidad Prestadora de Salud Casanare antes de adjudicar el contrato, ya que el no tenerlo, representa un riesgo en la atención de los usuarios. (ESTA INFORMACION SE DEBE SUBIR AL SECOP II PARA QUE EL AUDITOR MEDICO DE CALIDAD LA PUEDA REVISAR)	**X**	
8	EL SERVICIO DEBE SER PROPORCIONADO BAJO RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR CONTRATADO, con cumplimiento de Requisitos según lo contemplado por el Ministerio de la Protección Social, en el Decreto 1011 del 2006; Resolución 3100 del 2019 y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares de calidad en prestación de servicios de salud. Estos pueden ser verificados en cualquier momento por parte de grupo de Auditores de la Unidad Prestadora de Salud Casanare, incluyendo "LA ATENCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS GENERADOS DURANTE EL MANEJO DEL PACIENTE ENTENDIDO COMO "EL DAÑO NO INTENCIONAL CONSECUENCIA DEL CUIDADO MÉDICO O TODO AQUEL DERIVADO DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y NO DE LA ENFERMEDAD MISMA DEL PACIENTE, SITUACIÓN QUE CORRERÁ POR CUENTA DEL CONTRATISTA PREVIO ANALISIS DEL CASO ENTRE AUDITORIA DE ENTIDADES, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA SERA ASUMIDA BAJO ORDEN JUDICIAL QUE ASI LO DETERMINE", dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-006 REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS. Que se adjunta al presente estudio previo.	**X**	
9	El OFERENTE deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo". El OFERENTE deberá entregar junto con la propuesta el registro de la autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) del año inmediatamente anterior, realizado en **aplicativo de la página del Sistema General de Riesgos Laborales del Ministerio del Trabajo**, donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable", es decir un puntaje mayor a 85% (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el registro de la autoevaluación por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). Así mismo, se deberá mantener la calificación y evidencias de la autoevaluación del SGSST a disposición, las cuales		No anexaron el registro de la autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) del año inmediatamente anterior, realizado en aplicativo de la página del Sistema General

	serán objeto de verificación durante la ejecución del contrato.		de Riesgos Laborales del Ministerio del Trabajo.
10	Los Oferentes Deberán Certificar Por Escrito Que No Se Encuentran Relacionados En El Registro Único De Infractores Ambientales R.U.I.A (Anexar Certificación)	**X**	
11	El oferente deberá diligenciar el anexo *ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD*, firmado por el representante legal de la entidad.	**X**	
12	El oferente deberá diligenciar el anexo *SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO*, firmado por el representante legal de la entidad.	**X**	
13	El oferente deberá diligenciar el anexo *SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL* firmado por el representante legal de la entidad.	**X**	

OTRAS CONDICIONES TECNICAS MINIMAS

ITEM	CODIGO C.U.P.S	CONDICIONES TECNICAS MINIMAS	CUMPLE	NO CUMPLE
1	40705	NEURECTOMIA DE NERVIO PERIFERICO EN CABEZA O CUELLO Incluye: NERVIOS INFRAORBITARIO, OPTICO CILIAR, BUCAL, LINGUAL, MAXILAR SUPERIOR, MENTONERO; POR TUMOR U OTRA LESION	**X**	
2	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	**X**	
3	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	**X**	
4	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	**X**	
5	231100	EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR SOD	**X**	
6	231200	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR SOD	**X**	
7	231303	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	**X**	
8	234101	COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES)	**X**	
9	234102	COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)	**X**	
10	235100	REIMPLANTE DE DIENTE SOD	**X**	
11	236100	IMPLANTE ALOPLASTICO CERAMICO SOD	**X**	
12	236200	IMPLANTE ALOPLASTICO METALICO SOD	**X**	
13	236300	IMPLANTE DENTAL ALOPLASTICO (OSEOINTEGRACION) SOD	**X**	
14	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	**X**	
15	237302	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	**X**	
16	237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	**X**	
17	237305	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	**X**	
18	237401	CURETAJE APICAL CON APICECTOMIA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGIA PERIRRADICULAR)	**X**	
19	237702	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR) MULTIPLE	**X**	
20	237902	EXPLORACION Y MOVILIZACION DE NERVIO DENTARIO INFERIOR	**X**	
21	240300	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD	**X**	
22	242101	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)	**X**	
23	242102	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE	**X**	
24	242201	CURETAJE A CAMPO ABIERTO	**X**	
25	243103	ESCISION DE LESION BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCIA HASTA DE TRES CENTIMETROS	**X**	
26	243104	ESCISION DE LESION BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCIA DE MAS DE TRES CENTIMETROS	**X**	
27	243105	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCION DE ESTRUCTURAS VECINAS U OSEAS	**X**	
28	243106	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO	**X**	
29	243301	ENUCLEACION DE QUISTE EPIDERMOIDE, VIA INTRAORAL	**X**	
30	243302	ENUCLEACION DE QUISTE EPIDERMOIDE, VIA EXTRAORAL	**X**	
31	243400	GINGIVECTOMIA SOD	**X**	
32	243502	OPERCULECTOMIA	**X**	
33	244101	ENUCLEACION DE QUISTE ODONTOGENICO HASTA DE TRES CENTIMETROS DE DIAMETRO	**X**	
34	244103	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGENICO	**X**	
35	244104	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGENICO Y RECONSTRUCCION INMEDIATA CON INJERTO OSEO LIBRE	**X**	
36	244108	MARSUPIALIZACION DE QUISTE ODONTOGENICO	**X**	
37	245100	REGULARIZACION DE REBORDES SOD	**X**	
38	247401	FERULIZACION RIGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	**X**	
39	249100	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRURGICA SOD	**X**	

40	252001	RESECCION DE LENGUA EN CUÑA	X	
41	254001	GLOSECTOMIA RADICAL SOD	X	
42	255101	SUTURA DE LACERACION DE LENGUA (GLOSORRAFIA) VIA ABIERTA	X	
43	255001	GLOSOPLASTIA CON INJERTO CUTANEO O MUCOSO	X	
44	255002	GLOSOPEXIA ANTERIOR	X	
45	255003	GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ABIERTA	X	
46	255004	GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ENDOSCOPICA	X	
47	260101	SIALOLITOTOMIA VIA ABIERTA	X	
48	260201	EXPLORACION DE GLANDULA SALIVAL VIA ABIERTA	X	
49	260301	DRENAJE DE GLANDULA SALIVAL VIA ABIERTA	X	
50	262001	MARSUPIALIZACION DE LA RANULA	X	
51	262002	RESECCION DE MUCOCELE DE GLANDULA SALIVAL	X	
52	263102	SIALOADENECTOMIA PARCIAL	X	
53	263201	PAROTIDECTOMIA TOTAL Incluye: AQUELLA POR RECIDIVA TUMORAL, ENTRE OTRAS	X	
54	263206	SIALOADENECTOMIA DE GLANDULAS SALIVALES MENORES	X	
55	264001	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO VIA ABIERTA	X	
56	264002	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO VIA ENDOSCOPICA	X	
57	264003	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL SIN INJERTO VIA ABIERTA	X	
58	264004	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL SIN INJERTO VIA ENDOSCOPICA	X	
59	264201	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO	X	
60	264007	SIALOPLASTIA (REPARACION DEL CONDUCTO) VIA ABIERTA	X	
61	270101	INCISION Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	X	
62	270102	INCISION Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	X	
63	273105	ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION SUPERFICIAL DE PALADAR OSEO	X	
64	273201	ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION PROFUNDA DE PALADAR OSEO	X	
65	274101	FRENILLECTOMIA LABIAL VIA ABIERTA	X	
66	274305	RESECCION DE LESION EN MUCOSA ORAL	X	
67	274901	REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA	X	
68	275201	ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MENOS DE CINCO CENTIMETROS	X	
69	275301	RESECCION INTRAORAL DE FISTULA DE BOCA	X	
70	275302	RESECCION EXTRAORAL DE FISTULA DE BOCA	X	
71	275303	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL	X	
72	275304	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL CON SINUSOTOMIA, CON O SIN REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO O COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL	X	
73	275802	PROFUNDIZACION DE PISO DE BOCA	X	
74	275903	PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR	X	
75	275902	PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR CON INJERTO CUTANEO	X	
76	276209	CORRECCION DE PALADAR FISURADO	X	
77	276206	INJERTO OSEO DE PALADAR O ALVEOLAR	X	
78	277201	RESECCION PARCIAL DE UVULA	X	
79	277301	UVULORRAFIA	X	
80	295101	FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARINGEO	X	
81	760103	SECUESTRECTOMIA INTRAORAL O EXTRAORAL	X	
82	760102	SECUESTRECTOMIA EXTRAORAL CON FIJACION INTERNA	X	
83	760901	OSTEOTOMIA MAXILAR PARA EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO	X	
84	760902	DECORTICACION O CURETAJE OSEO EN HUESO FACIAL	X	
85	761201	ARTROCENTESIS DIAGNOSTICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	X	
86	762101	ENUCLEACION, RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MENOS DE TRES CMS, VIA TRANSMUCOSA	X	
87	762105	ELIMINACION DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR	X	
88	762201	RESECCION DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR	X	
89	763101	MANDIBULECTOMIA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL	X	
90	763901	RESECCION PARCIAL MAXILAR SIN RECONSTRUCCION	X	
91	763902	CONDILECTOMIA DE LA MANDIBULA	X	
92	764302	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO	X	
93	764401	RESECCION PARCIAL MAXILAR CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA	X	

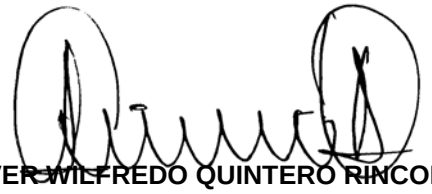
94	765202	MENISECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR CON COLGAJO	X	
95	765301	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR, CON INJERTO	X	
96	766203	OSTEOTOMIA DE RAMA MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA O VIA TRANSCUTANEA	X	
97	766201	OSTEOTOMIA DE RAMA MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA CON FIJACION INTERNA	X	
98	766205	CORONOIDECTOMIA	X	
99	766301	OSTEOTOMIA DE CUERPO MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA CON FIJACION INTERNA	X	
100	766403	OSTEOTOMIA DE MENTON CON FIJACION INTERNA	X	
101	766501	OSTEOTOMIA LEFORT I SEGMENTARIA, CON FIJACION INTERNA	X	
102	766602	OSTEOTOMIA SUBAPICAL CON FIJACION INTERNA	X	
103	766603	OSTEOTOMIA LEFORT II CON FIJACION INTERNA	X	
104	766604	OSTEOTOMIA LEFORT III CON FIJACION INTERNA	X	
105	766605	CORTICOTOMIA TIPO LEFORT I (DISYUNCION PALATINA)	X	
106	766902	OSTEOTOMIA DESLIZANTE (VISERA)	X	
107	766903	OSTEOPLASTIA SIMULTANEA DE VARIOS HUESOS FACIALES	X	
108	767202	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO	X	
109	767203	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MALAR, CON REDUCCION PISO DE ORBITA INJERTO O FIJACION INTERNA	X	
110	767301	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION	X	
111	767304	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION	X	
112	767402	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERNA	X	
113	767403	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERNA	X	
114	767502	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR	X	
115	767603	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACION INTERNA	X	
116	767702	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE HASTA TRES DIENTES, CON FIJACION	X	
117	767802	REDUCCION CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES, CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACION	X	
118	767908	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS MULTIPLES DE HUESOS FACIALES, CON IMPLANTE O INJERTO DEL PISO ORBITARIO	X	
119	768110	INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO POR REBORDE ALVEOLAR	X	
120	768301	REDUCCION CERRADA DE LUXACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR	X	
121	768302	REDUCCION CERRADA DE LUXACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR CON FIJACION INTERMAXILAR	X	
122	768801	ARTRECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR	X	
123	830231	MIOTOMIA DEL TEMPORAL	X	
124	830232	MIOTOMIA PTERIGOIDEO	X	
125	830233	MIOTOMIA DE MASETERO	X	
126	890217	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL	X	
127	890218	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	X	
128	890220	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA	X	
129	890221	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	X	
130	890236	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	X	
131	890317	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL	X	
132	890318	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	X	
133	890320	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA	X	
134	890321	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	X	
135	890336	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	X	
136	893101	IMPRESION DE ARCO DENTARIO SUPERIOR O INFERIOR, CON MODELO DE ESTUDIO Y CONCEPTO	X	
137	893105	MASCARA FACIAL DIAGNOSTICA	X	
138	997105	APLICACION DE RESINA PREVENTIVA	X	

139	240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL	**X**	

Realizada la evaluación técnica de la documentación presentada por el oferente DISEÑAMOS SONRISAS DENTS S.A.S. en el proceso ***PN RASES No 7 MIC 179 2024***, ***NO CUMPLE*** con los parámetros establecidos, de acuerdo a las condiciones técnicas establecidas por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 7, por lo que se hace necesario requerir los documentos faltantes, para realizar una reevaluación técnica.

En atención al *numeral 2.1.3.3.1* de la *resolución 00090 del 15 de enero de 2018*, pongo en consideración la presente evaluación técnica, para ser analizada por el comité de adquisiciones de la Regional de Aseguramiento en Salud N°7, para fines pertinentes dentro del proceso ***PN RASES No 7 MIC 179 2024.***

Atentamente,



Subintendente **EVER WILFREDO QUINTERO RINCON**
Comité evaluador Técnico



Elaboró: SI. Ever Wilfredo Quintero Rincón
Comité evaluador técnico



Revisó: SI. Ever Wilfredo Quintero Rincón
Comité evaluador técnico

Fecha de elaboración: 13/12/2024
Ubicación: D/Contratación/ SI Ever-evaluaciones técnicas 2024

Diagonal 15 No. 13B-05 Yopal
Teléfono: 3507113809
decas.upres@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACION PÚBLICA