| | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA | Código: GCCON-F-038 |
|---|---|---|
| | EVALUACIÓN TECNICA - PROCESO NRO. MC-NDS-0030-2025 | V.02 |

| OBJETO | 54_128 CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE LOS DISTINTOS SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS PARA ATENDER A LOS BENEFICIARIOS DEL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL DEL SENA REGIONAL NORTE DE SANTANDER. |
|---|---|

| Proponente nro. | 1 | Lotes | SÍ | Número(s) | 4 |
|---|---|---|---|---|---|

| Nombre del proponente: | LABORATORIO CLINICO MARTHA LUCIA GALLARDO C. | | |
|---|---|---|---|
| Integrante 1: | | %Participación | |
| Integrante 2: | | %Participación | |
| Integrante 3: | | %Participación | |
| Integrante 4: | | %Participación | |

| | REQUISITO | CUMPLE |
|---|---|---|
| 1 | **EXPERIENCIA ESPECÍFICA** | N.A. |
| 1.1 | acreditar experiencia el proponente deberá presentar uno (01), máximo dos (02) certificación (es) y acta de liquidación | SÍ |
| 1.2 | El objeto de los contratos debe estar relacionado de forma directa con el objeto contractual del presente proceso | SÍ |
| 1.3 | contratos Vigencia finalizados | SÍ |
| 1.4 | La suma de 1 ó los dos (2) contratos deberá ser igual o superior al cien por ciento (100%) del presupuesto oficial definido en el presente proceso. | SÍ |
| 1.5 | La información sobre experiencia será verificada con certificacion(es) expedida(s) por entidades contratantes. | SÍ |
| | **NOTA** | |
| 1.1.1. | Nombre de la empresa contratante (Dirección y teléfono) | SÍ |
| 1.1.2 | NIT | SÍ |
| | **NOTA** | |
| 1.1.3 | Nombre del contratista | SÍ |
| | **NOTA** | |
| 1.1.4 | numero del contrato | SÍ |
| | **NOTA** | |
| 1.1.5 | Objeto del contrato | SÍ |
| | **NOTA** | |
| 1.1.6 | Valor del contrato | SÍ |
| 1.1.7 | Fecha de suscripción | SÍ |
| 1.1.8 | Nombre y firma de quien expide certificación | SÍ |
| 1.1.9 | Factura(s) de venta(s) | SÍ |
| 1.1.10 | Resolución de la expedida por la DIAN de la vigencia fiscal | SÍ |
| 2 | **MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD** | N.A. |
| 2.1. | El portafolio de servicio | SÍ |
| 2.2. | Descripción capacidad instalada y disponibilidad para la atención de la población objeto de la presente selección | SÍ |
| | **NOTA** | |
| 2.3. | Descripción de la capacidad de oferta (Recurso Humano) y disponibilidad para la atención de la población objeto de la presente selecci | SÍ |
| | **NOTA** | |
| 2.4. | Descripción del sistema de referencia y contrareferencia (si aplica): Procesos der remisión a otras especialidades o servicios | SÍ |
| 2.5. | Proceso de atención al usuario | SÍ |
| 2.6. | Estrategias de cobertura: Se debe indicar la oportunidad definida por la IPS para consulta externa, programación quirurgica, etc. | SÍ |
| 3 | **OPORTUNIDAD EN LAS CITAS Y ATENCIÓN PREFERENCIAL** | N.A. |
| 3.1. | Constancia firmada por representante legal, asignación de citas oportuna y preferencial para usuarios SENA dentro 2 días habiles | SÍ |
| 4 | **CERTIFICACIÓN DE HABILITACIÓN: Registro Especial de Prestador de Salud** | N.A. |
| | **NOTA** ***Alianza Comercial o convenio Comercial:*** *Obligaciónde remitri certificaciónde habilitaciónde las entidades aliadas.* | |
| 4.1. | Certificación expedida por autoridad competente, de acuerdo a la normatividad vigente (Actualmente Resolución 3100 de 2019) | SÍ |
| | **NOTA** | |
| | [Requisito habilitante adicional 1] | N.A. |
| | **NOTA** | |
| | [Requisito habilitante adicional 1] | N.A. |
| | [Requisito habilitante adicional 1] | N.A. |
| | [Requisito habilitante adicional 1] | N.A. |
| | [Requisito habilitante adicional 1] | N.A. |
| | [Requisito habilitante adicional 1] | N.A. |
| | **NOTA** | |
| | [Requisito habilitante adicional 1] | N.A. |
| | [Requisito habilitante adicional 1] | N.A. |
| | [Requisito habilitante adicional 1] | N.A. |
| | [Requisito habilitante adicional 1] | N.A. |
| | [Requisito habilitante adicional 1] | N.A. |
| | [Requisito habilitante adicional 1] | N.A. |
| | [Requisito habilitante adicional 1] | N.A. |
| | [Requisito habilitante adicional 1] | N.A. |
| | [Requisito habilitante adicional 1] | N.A. |
| | [Requisito habilitante adicional 1] | N.A. |
| | **NOTA** | |
| | [Requisito habilitante adicional 1] | N.A. |
| | **NOTA** | |
| | [Requisito habilitante adicional 1] | N.A. |
| | **NOTA** | |
| | [Requisito habilitante adicional 1] | N.A. |
| | **NOTA** | |
| | [Requisito habilitante adicional 1] | N.A. |
| | **NOTA** | |
| | [Requisito habilitante adicional 1] | N.A. |
| | **NOTA** | |
| 19 | [Requisito habilitante adicional 1] | N.A. |
| | **NOTA** | |
| 20 | [Requisito habilitante adicional 2] | N.A. |
| | **NOTA** | |
| 21 | [Requisito habilitante adicional 3] | N.A. |
| | **NOTA** | |
| 22 | [Requisito habilitante adicional 4] | N.A. |
| | **NOTA** | |
| 23 | [Requisito habilitante adicional 5] | N.A. |
| | **NOTA** | |

**RESULTADO DE LA EVALUACIÓN**

**CUMPLE**

**NOTA. Si el resultado de la evaluación es "NO CUMPLE", el oferente deberá subsanar la propuesta durante el término establecido en el cronograma del proceso o la ley, según el caso.**