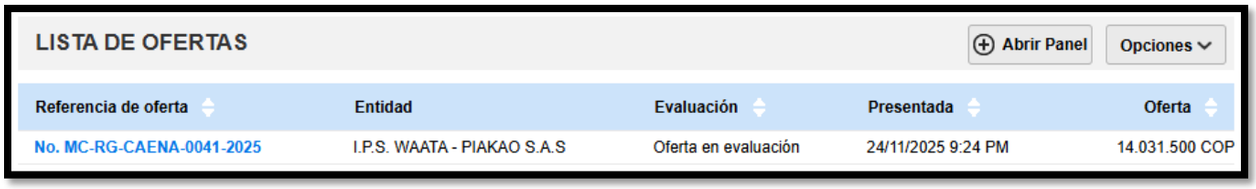
**CENTRO DE AMBIENTAL Y ECOTURISTICO DEL NORORIENTE AMAZONICO**
**SENA REGIONAL GUAINIA**
**Mínima cuantía No. MC-RG-CAENA-0041-2025**

**EVALUACIÓN TECNICA**

**1. INFORMACIÓN GENERAL**

| | |
|---|---|
| **OBJETO:** | CONTRATAR LOS SERVICIOS MÉDICOS OCUPACIONALES PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS Y COMPLEMENTARIOS PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA REGIONAL GUAINÍA Y CENTRO AMBIENTAL Y ECOTURÍSTICO NORORIENTE AMAZÓNICO 2025. |
| **PRESUPUESTO OFICIAL:** | 14.031.500,00 |
| **PLAZO:** | 30 DIAS |
| **LIMITACION A MIPYME** | SI |
| **OFERTAS PRESENTADAS** | UNO (01) |

**2. PRESENTARON OFERTA LOS SIGUIENTES PROPONENTES**


LISTA DE OFERTAS

Abrir Panel | Opciones

| Referencia de oferta | Entidad | Evaluación | Presentada | Oferta |
|---|---|---|---|---|
| No. MC-RG-CAENA-0041-2025 | I.P.S. WAATA - PIAKAO S.A.S | Oferta en evaluación | 24/11/2025 9:24 PM | 14.031.500 COP |

**3. CONDICIONES TECNICAS Y DE EXPERIENCIA**

**Proponente 01**
**I.P.S WAATA-PIAKAO S.A.S**
**Nit : 9 0 1 4 3 5 3 9 9-9**

| **CONDICIONES TÉCNICAS Y DE EXPERIENCIA** | | | |
|---|---|---|---|
| **I.P.S WAATA-PIAKAO S.A.S** | | | |
| **ITEM** | **VERIFICACIÓN PRELIMINAR** | | |
| | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **OBSERVACIONES** |
| Deberá presentar mínimo dos (2) certificaciones y/o copia de contratos ejecutados y liquidados con entidades de derecho público o empresas del sector privado de reconocida idoneidad, de experiencia relacionada con el objeto del presente proceso de selección y cuya sumatoria sea igual o superior al presupuesto previsto para el presente proceso de selección. | **X** | | |
| Entregar certificados de calibración de cada equipo de servicio médico utilizado, (espirómetro, cabina de audiometría, alcoholímetro, entre otros) deben estar vigentes de acuerdo con las especificaciones del fabricante. | **X** | | |
| Entregar copia de la habilitación (licencia de funcionamiento) de la empresa prestadora de servicios de salud. | **X** | | |
| Entregar copia de la licencia de seguridad y salud del personal responsable de la empresa prestadora de servicios de salud. | **X** | | |
| Especificaciones técnicas: | **X** | | |
| El oferente **CUMPLE** | | | |

Firmado digitalmente por Luz Melba Pinilla Calderon
Fecha: 2025.11.27 15:22:47 -05'00'

**LUZ MELBA PINILLA CALDERON**
**Coordinadora Grupo de Apoyo Administrativo Mixto**
Parte Técnica