**PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL**

**ETAPA PRECONTRACTUAL**

Villavicencio, 15 de abril de 2026

Señor,
**Álvaro Ivan Barrero Buitrago**
Director (E) Regional

Asunto: Proceso de Contratación MC-MTA-007-2026 que tiene por objeto: Contratar la prestación de los servicios de salud en el área de odontología integral, sus especialidades y demás servicios ambulatorios de salud oral, requeridos dentro de la atención de los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial de la Regional Meta.

Con toda atención nos dirigimos al director regional, en su calidad de delegatario del gasto, con el propósito de presentar la evaluación de carácter técnico en el marco requisitos habilitantes técnicos para el proceso del asunto, así:

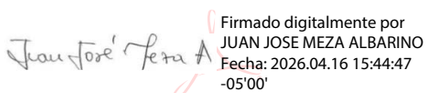
1. **OFERENTE: CLINICA ODONTOLOGICA DENTCLASS E.U**
   **NIT. 900222916-9**
   **REPRESENTANTE LEGAL: MARTHA JANETH LOPEZ ACOSTA**

| **REQUISITOS TECNICOS** | | | |
|---|---|---|---|
| **CRITERIOS** | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
| Copia de la certificación de habilitación en salud de cada uno de los servicios ofertados (licencia de funcionamiento) de la empresa prestadora de servicio de salud. | X | | |
| Copia del manual de bioseguridad. | X | | |
| Plan de Gestión de Residuos en Atención en Salud | X | | |
| El oferente debe garantizar que cuenta con los equipos, capacidad instalada y talento humano acordes a los exigidos en los requisitos de | X | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| habilitación, garantizando el servicio. Lo cual acreditará mediante certificación expedida por el Representante Legal. | | | |
| El oferente deberá entregar certificación de oportunidad dentro de la cual indique que la asignación de citas de odontología no podrá exceder los tres (3) días hábiles contados a partir de la solicitud, deberá entregar certificación de cumplimiento de este requisito firmado por su Representante Legal. | X | | |
| El oferente debe entregar certificación de atención preferencial que se debe tener con los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial (niños, niñas, adolescentes, adultos mayores, las embarazadas, las personas con algún tipo de discapacidad, los enfermos mentales, y personas que sufren de enfermedades crónicas). deberá entregar certificación de cumplimiento de este requisito firmado por su Representante Legal. | X | | |
| Experiencia | X | | |

**CONCLUSIÓN COMITÉ TECNICO: SI** CUMPLE con los requisitos habilitantes técnicos.

**FIRMA COMITÉ TECNICO**




Nombre: JUAN JOSE MEZA ALVARINO
CC. 80.722.226
Cargo: Coordinador Grupo de Gestión de Talento Humano



Nombre: NIDYA CAQUEZ MARTINEZ
CC. 20.485.540
Cargo: Contratista apoyo SMA.