MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
ESTABLECIMIENTO SANIDAD MILITAR BAS08

Al contestar, cite este número

Radicado N° 2026336032309293: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-COEJC-DIV5-BR8-BASPC8-ESM BAS08

Armenia, Quindío, 6 de octubre de 2026

Señora Teniente Coronel
NESLY CAROLINA CASTAÑEDA GRANADOS
Gerente de Proyecto
Avenida Centenario 25 N-00
Armenia, Quindío

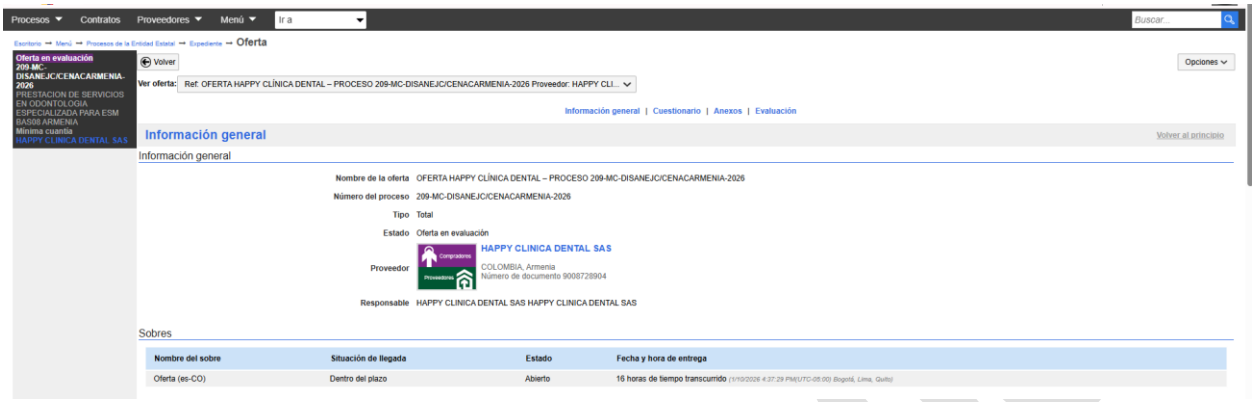
Asunto: Evaluación Técnica final de la oferta que se presenta para el proceso No. **209-DISANEJC/CENACARMENIA-2026** cuyo objeto es "PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFM DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR ESM BAS08 EN ARMENIA Y SUS SATELITES."



EMPRESA: **HAPPY CLÍNICA DENTAL SAS.**; NIT. **900.872.890-4**; Representante Legal**: LEIDY JOHANA RENDON HENAO**; C.C. 1.094.890.460.de Armenia; DIRECCIÓN: CR 14 N° 9-15 Piso 2 Local 2, Armenia, Quindío; TEL: 606-7358596 - 3182745771; correo electrónico: happyclinicadental@gmail.com.

Al contestar, cite este número

Radicado N° 2026336032309293: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-COEJC-DIV5-BR8-BASPC8-ESM BAS08



ITEM	REQUERIMIENTO	DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	DOCUMENTO
1.	ANEXO 2	DILIGENCIAR ANEXO 2 VER FORMATOS DOCUMENTACION ANEXA	**X**		**ANEXA DOCUMENTO**
2.	CERTIFICADO DE HABILITACIÓN DE LOS SERVICIOS	El oferente deberá adjuntar el certificado o constancia de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) expedido por la Secretaría de Salud competente, de conformidad con lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 y sus modificaciones vigentes introducidas por la Resolución 465 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social. Nota: Los servicios ofertados deben estar habilitados. En consecuencia, no se considera necesario que el servicio de toma de radiografías, Los componentes de sala y apoyo anestésico requeridos para determinados procedimientos de cirugía oral pueden garantizarse mediante interdependencia o un tercero habilitado y las muestras de biopsia pueden remitirse para estudio anatomopatológico a un prestador externo habilitado, que presta los servicios odontológicos especializados, siempre que, cuando sea requerido, este sea realizado por un prestador debidamente habilitado para tal fin.	**X**		**ANEXA DOCUMENTO**
3.	SOPORTE DE SUFICIENCIA PARA PRESTAR SERVICIOS	Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.	**X**		**ANEXA DOCUMENTO**
4.	MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (portafolio)	El oferente deberá entregar el modelo de prestación de servicios o portafolios de servicios (puede ser en Excel)	**X**		**ANEXA DOCUMENTO**
5.	INDICADORES DE CALIDAD	El oferente deberá certificar mediante documento escrito firmado por el	**X**		**ANEXA DOCUMENTO**

Al contestar, cite este número

Radicado N° 2026336032309293: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-COEJC-DIV5-BR8-BASPC8-ESM BAS08

ITEM	REQUERIMIENTO	DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	DOCUMENTO
	EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS	representante legal o quien esté autorizado para ello, que cumple con los indicadores de calidad en la prestación de los servicios.			
6.	AUDITORIA DE LA CALIDAD	El oferente deberá certificar mediante documento escrito firmado por el representante legal o quien esté autorizado para ello, que aceptará y facilitará la realización del proceso de Auditoria DE LA CALIDAD, incluida las visitas que se consideren necesarias con el fin de verificar la calidad de la atención recibida por los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares de acuerdo con la normatividad legal vigente y el compromiso de cumplir sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención de salud - SOGCS	**X**		**ANEXA DOCUMENTO**
7.	ENCARGADO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	El oferente deberá mediante documento escrito firmado por el representante legal o quien esté autorizado para ello, certificar que tiene implementado el sistema de referencia y contrareferencia, así mismo, informará quienes son los responsables de dicha área, entregando la siguiente información: Nombres Teléfono de Contacto Correo Electrónico Horario de Atención	**X**		**ANEXA DOCUMENTOS**
8.	COORDINADOR OFICINA ATENCIÓN AL USUARIO	El oferente deberá mediante documento escrito firmado por el representante legal o quien esté autorizado para ello, informar quien es el responsable de la oficina de atención al usuario, comprometiéndose de que, esta oficina estará en contacto permanente con la oficina de atención al usuario del Establecimiento de Sanidad Militar, así mismo suministrará a siguiente información: Nombres Completos Número de Teléfono Correo Electrónico Horario de Atención	**X**		**ANEXA DOCUMENTO**
9.	ENTREGA DE FACTURACIÓN	El oferente deberá mediante documento escrito firmado por el representante legal o quien esté autorizado para ello, CERTIFICAR que se compromete a realizar entrega de facturación mensual (antes del día 20 de cada mes) a la firma auditora contratada, y a enviar al supervisor copia de la relación de las facturas que fueron radicadas, con el fin de que se lleve un estricto control de la ejecución del contrato.	**X**		**ANEXA DOCUMENTO**
10.	VALIDACIÓN TALENTO HUMANO CONTRATADO	El proponente anexará la certificación firmada por el representante legal o por el responsable de talento humano en donde manifieste que cuenta con el talento humano asistencial idóneo el cual le permitirá cumplir con el objeto contractual, igualmente que realizó verificación y	**X**		**ANEXA DOCUMENTO**

ESMBAS08

ITEM	REQUERIMIENTO	DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	DOCUMENTO
		validación de los títulos del personal que así lo requiera, como la verificación de que ha revisado y constatado que el personal cuenta con el registro profesional departamental, nacional y/o Registro único nacional de talento humano en salud (RETHUS).			
11.	OPORTUNIDAD CITAS	Deberá certificar por escrito mediante oficio firmado por el representante legal que: garantice la oportunidad para la asignación de citas ambulatorias, en un intervalo de (5) días, una vez solicitado el servicio.	**X**		**ANEXA DOCUMENTO**
12.	CERTIFICADO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	El oferente deberá certificar mediante documento escrito firmado por el representante legal o quien esté autorizado para ello, que cumple con los requerimientos de seguridad y salud en el trabajo según normatividad vigente. Y que serán entregados al momento de ser solicitados por parte del supervisor durante la ejecución del contrato.- diligenciar formato	**X**		**ANEXA DOCUMENTO**
13.	FORMATO ANEXO DE COMPROMISO AMBIENTAL Y GESTIÓN DE RESIDUOS	Formato Anexo de Compromiso Ambiental y Gestión de Residuos Con la firma de este documento, el proponente declara bajo la gravedad del juramento que cuenta con las capacidades e infraestructura ambiental exigidas por el Ministerio de Salud y se obliga a entregar los soportes físicos correspondientes únicamente al supervisor del contrato durante la ejecución del mismo en caso de ser solicitado.	**X**		**ANEXA DOCUMENTO**
14.	GARANTÍA DE ATENCIÓN POST-QUIRÚRGICA COMPLETA SIN COSTO ADICIONAL	. El contratista adjudicatario deberá garantizar, de manera integral y sin generar costos adicionales para la entidad contratante ni para el usuario, la atención postquirúrgica relacionada directamente con los procedimientos de odontología especializada realizados en el marco del contrato. Esta garantía comprenderá, según criterio clínico y necesidad del paciente, las consultas de control, valoraciones postoperatorias, curaciones, retiro de suturas o puntos, manejo de eventos postquirúrgicos menores y demás atenciones de control que se encuentren directamente relacionadas con el procedimiento realizado. La cobertura de atención postquirúrgica tendrá una vigencia de quince (15) días calendario, contados a partir del día siguiente a la realización del procedimiento. Cuando durante dicho periodo se presente una situación clínica directamente	**X**		**ANEXA DOCUMENTO**

Al contestar, cite este número

Radicado N° 2026336032309293: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-COEJC-DIV5-BR8-BASPC8-ESM BAS08

ITEM	REQUERIMIENTO	DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	DOCUMENTO
		relacionada con el procedimiento realizado, el contratista deberá realizar la valoración correspondiente y determinar la conducta clínica requerida, sin generar costos adicionales para la entidad contratante ni para el usuario, dentro del alcance de la presente garantía. Lo anterior se entiende sin perjuicio de las obligaciones y responsabilidades que legalmente correspondan al contratista frente a eventos adversos o complicaciones derivadas del procedimiento. **NOTA: El Requisito Técnico hace referencia exclusiva a las atenciones postquirúrgicas menores y demás atenciones directamente relacionadas con el procedimiento, las cuales serán efectuadas conforme al criterio clínico y a la necesidad del paciente.**			
15.	ACREDITACIÓN DE EXPERIENCIA	EXPERIENCIA- VER CONDICION SEGUN CORRESPONDA DOCUMENTACIÓN ANEXA	**X**		**ANEXA DOCUMENTO**
16.	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS (RX, PATOLOGIA Y ANESTECIA O SALA DE CIRUGIA)	Para la habilitación de los servicios complementarios el servicio de toma de radiografías, Los componentes de sala y apoyo anestésico requeridos para determinados procedimientos de cirugía oral Para hacer efectiva la viabilidad de los servicios complementarios mediante terceros (interdependencia, convenios o contratos), el proponente deberá presentar junto con su propuesta (o en la etapa que el pliego determine) los siguientes documentos soporte: Acuerdo de voluntades: Copia del contrato, convenio, carta de intención bilateral o acuerdo de interdependencia vigente. Este documento debe estar firmado por los representantes legales de ambas partes. Debe especificar claramente el objeto (ej. prestación de servicios de radiología, patología, anestesia o salas de cirugía). Certificado de Inscripción en el REPS: Copia del distintivo de habilitación o reporte del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) del tercero aliado, expedido por la respectiva Secretaría de Salud, donde se evidencie que los servicios ofertados se encuentran en estado ACTIVO y habilitados.	**X**		**ANEXA DOCUMENTO**

CONCLUSION:

ESMBAS08

Al contestar, cite este número

Radicado N° 2026336032309293: MDN-COGFM-COEJC-SECEJ-COEJC-DIV5-BR8-BASPC8-ESM BAS08

Este comité técnico se permite informar que revisada la documentación solicitada para subsanar, la cual fue subida mediante la plataforma SECOPII por parte del oferente: **HAPPY CLÍNICA DENTAL SAS.**; NIT**. 900.872.890-4**; Representante Legal: **LEIDY JOHANA RENDON HENAO**; C.C**. 1.094.890.460** de Armenia Quindío; DIRECCIÓN: CR 14 N° 9-15 Piso 2 Local 2, Armenia, Quindío; TEL: 606-7358596 - 3182745771; correo electrónico: happyclinicadental@gmail.com; correo electrónico: conexiomobiliaria@hotmail.com, se evidencia que el oferente anexó la documentación requerida correctamente y en los tiempos estipulados, por lo cual este comité lo encuentra

HABILITADO TECNICAMENTE

Atentamente,

Liliana María Beltrán O

AS. LILIANA MARIA BELTRAN ORJUELA

Comité Técnico Evaluador

ESM BAS08