**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**
**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA**
**DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR**
**DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO**
**NIT. 830.039.670-5**
**"CENAC REGIONAL FLORENCIA"**

Florencia (Caquetá), 05 de abril de 2021

Señor Mayor
**HERNAN QUINTERO VILLA**
Gerente de Proyecto

**ASUNTO** : Evaluación Técnica de la Oferta del Proceso de **MINIMA CUANTIA No–. 128-DIGSA-CENAC REGIONAL FLORENCIA–2021.**

Respetuosamente y en atención a la revisión y evaluación de la oferta de menor precio presentadas por la Señora **CRUZ ROSMIRA GAVIRIA SERNA**CC 27.355.494, Representante Legal de **CODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA IPS E.U** con NIT: 900045440-6, dentro del proceso del asunto, cuyo objeto es la "**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA: (ENDODONCIA, ODONTOPEDIATRIA, ODONTOLOGIA CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL, ODONTOLOGIA PERIODONCIA EN LA SALUD DE ACUERDO A LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN EL ACUERDO Nº. 002 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFFMM CENTRALIZADOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL BATALLÓN DE APOYO DE SERVICIOS PARA EL COMBATE Nº.27**" con fundamento en el numeral 4 del artículo 2.2.1.2.1.5.2 del decreto 1082 de 2015, me permito Evaluar la propuesta de presentada por el oferente:

**OFERENTE:CRUZ ROSMIRA GAVIRIA SERNA** CC.27.355.494, Representante Legal de **CODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA IPS E.U** con NIT: 900045440-6.

**REQUERIMIENTO:**

1. **CUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO (ANEXO 2)**. numeral 2.3.3.1 de la invitación pública.

Las especificaciones técnicas requeridas del proceso, las cuales deben ser cumplidas en su totalidad por el oferente y se relacionan a continuación.

**PRESTACIÓN DEL SERVICIO ESPECIALIZADO EN ENDODONCIA.**

| ITEM | CODIGO UNSPC | CODIGO CUPS | DESCRIPCION | UNIDAD | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 85122001 | 890204 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA | SERVICIO | SI | |
| 2 | 85122001 | 237301 | TRATAMIENTO DE CONDUCTOS UNIRADICULAR | SERVICIO | SI | |
| 3 | 85122001 | 237302 | TRATAMIENTO ENDODONTICO | SERVICIO | SI | |



Calle 16 No 16- 00 – Centro - Florencia Caquetá
cenacflo@buzonejercito.mil.co
Mensajeriacenacflore@ejercito.mil.co

ISO 9001 icontec
IQNet

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | BIRADICULAR (CADA CONDUCTO) | | | |
| 4 | 85122001 | 237303 | TRATAMIENTO ENDODONTICO MULTIRADICULAR (CADA CONDUCTO) | SERVICIO | SI | |
| 5 | 85122001 | 237401 | CIRUGÍA ENDODÓNTICA UNIRADICULAR | SERVICIO | SI | |
| 6 | 85122001 | 237401 | CIRUGIA ENDODONTICA BIRADICULAR (CADA CONDUCTO) | SERVICIO | SI | |
| 7 | 85122001 | 237401 | CIRUGIA ENDODONTICA MULTIRADICULA (CADA CONDUCTO) | SERVICIO | SI | |
| 8 | 85122001 | 767701 | TRATAMIENTO INTEGRAL DEL TRAUMA DENTOALVEOLAR | SERVICIO | SI | |
| 9 | 85122001 | 237301 | RETRATAMIENTO ENDODONTICO UNIRADICULAR | SERVICIO | SI | |
| 10 | 85122001 | 237302 | RETRATAMIENTO ENDODONTICO BIRADICULAR (CADA CONDUCTO) | SERVICIO | SI | |
| 11 | 85122001 | 237303 | RETRATAMIENTO ENDODONTICO MULTIRADICULAR (CADA CONDUCTO) | SERVICIO | SI | |
| 12 | 85122001 | 237304 | SELLE DE PERFORACIÓN CON MTA | SERVICIO | SI | |
| 13 | 85122001 | 237200 | APEXOGÉNESIS | SERVICIO | SI | |
| 14 | 85122001 | 237305 | REMOCIÓN DE INSTRUMENTOS FRACTURADOS | SERVICIO | SI | |
| 15 | 85122001 | 232103 | OBTURACION CON IONOMERO POS ENDODONCIA | SERVICIO | SI | |

**PRESTACIÓN DEL SERVICIO ESPECIALIZADO EN ODONTOPEDIATRIA.**

| ITEN | CODIGO UNSPC | CODIGO CUPS | DESCRIPCION | UNIDAD | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 85122001 | 893107 | ORTOPEDIA MAXILAR | SERVICIO | SI | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 85122001 | 232102 | OBTURACION EN RESINA | SERVICIO | SI | |
| 3 | 85122001 | 230203 | EXODONCIA DE TEMPORALES | SERVICIO | SI | |
| 4 | 85122001 | 274100 | FRENILLECTOMIA | SERVICIO | SI | |
| 5 | 85122001 | 232103 | OBTURACIONDENTAL EN IONOMERO | SERVICIO | SI | |
| 6 | 85122001 | 232401 | ANGULO INCISAL EN RESINA | SERVICIO | SI | |
| 7 | 85122001 | 232402 | TERCIO INCISAL EN RESINA | SERVICIO | SI | |
| 8 | 85122001 | 237305 | TERAPIA DE CONDUCTO EN DIENTE TEMPORAL | SERVICIO | SI | |
| 9 | 85122001 | 997310 | CONTROL DE PLACA BACTERIANA | SERVICIO | SI | |
| 10 | 85122001 | 237102 | POLPOTOMIA CON PULPECTOMIA | SERVICIO | SI | |
| 11 | 85122001 | 997104 | TOPIFICACION DE FLUOR EN SOLUCION | SERVICIO | SI | |

**PRESTACIÓN DEL SERVICIO ESPECIALIZADO ODONTOLOGIA CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL**

| ITEN | CODIGO UNSPC | CODIGO CUPS | DESCRIPCION | UNIDAD | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 85122001 | 231303 | EXODONCIA DE INCLUÍOS | SERVICIO | SI | |
| 2 | 85122001 | 231303 | EXODONCIA QUIRÚRGICA | SERVICIO | SI | |
| 3 | 85122001 | 241100 | TOMA DE BIOPSIAS | SERVICIO | SI | |
| 4 | 85122001 | 243301 | ENUCLEACIÓN DE QUISTES | SERVICIO | SI | |
| 5 | 85122001 | 227101 | CIERRE DE COMUNICACIÓN ORO-ANTRAL | SERVICIO | SI | |
| 6 | 85122001 | 274100 | FRENILLECTOMÍAS | SERVICIO | SI | |
| 7 | 85122001 | 231301 | COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE QUIRURGICO | SERVICIO | SI | |
| 8 | 85122001 | 231500 | VENTANA QUIRURGICA | SERVICIO | SI | |
| 9 | 85122001 | 768101 | INJERTO DE HUESO (1 GRS) | SERVICIO | SI | |
| 10 | 85122001 | 242400 | MEMBRANAS DENTALES | SERVICIO | SI | |

**PRESTACIÓN DEL SERVICIO ESPECIALIZADO ODONTOLOGIA PERIODONCIA**

| ITEN | CODIGO UNSPC | CODIGO CUPS | DESCRIPCION | UNIDAD | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 85122001 | 240200 | DETARTRAJE INFRAGINGIVAL Y SUPRAGINGIVAL | SERVICIO | SI | |
| 2 | 85122001 | 243400 | GINGIVECTOMIA | SERVICIO | SI | |
| 3 | 85122001 | 242101 | GINGIVOPLASTIA | SERVICIO | SI | |
| 4 | 85122001 | 240300 | RASPADO Y ALISADO RADICULAR A CAMPO CERRADO | SERVICIO | SI | |

**IMÁGENES DIAGNOSTICAS ODONTOLOGICAS**

| ITEN | CODIGO UNSPC | CODIGO CUPS | DESCRIPCION | UNIDAD | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 85121808 | 870001 | RADIOGRAFIA PANORAMICA | SERVICIO | SI | |
| 2 | 85121808 | 870002 | PERFILOGRAMA CON CEFALOMETRIA | SERVICIO | SI | |
| 3 | 85121808 | 870003 | JUEGO PERIAPICALES COMPLETO | SERVICIO | SI | |
| 4 | 85121808 | 870004 | RADIOGRAFIA OCLUSAL | SERVICIO | SI | |
| 5 | 85121808 | 870005 | RADIOGRAFIA PERIAPICAL | SERVICIO | SI | |

## 2. REQUISITOS TÉCNICOS ADICIONALES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

| NO. | ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ADICIONALES | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|
| **1** | El Oferente para la prestación del servicio objeto del presente proceso, contará con las instalaciones las cuales deberán tener la correspondiente habilitación de la entidad territorial de salud. Las instalaciones deberán estar ubicadas exclusivamente en la ciudad de Mocoa, Putumayo. El Servicio deberá garantizarse con oportunidad, accesibilidad, eficiencia y calidad, de acuerdo a lo establecido por la normatividad vigente. | SI | |
| **2** | En caso que se requiera algún servicio por una especialidad o subespecialidad no relacionada anteriormente y que el oferente está en capacidad y cuente con la habilitación para prestarlo, deberá realizarlo a las tarifas pactadas con el contratante, por intermedio del supervisor del contrato. | SI | |
| **3** | El oferente deberá cumplir con los protocolos y las normas de bioseguridad, actividades de prevención, seguimiento y control sobre factores y agentes de riesgo biológicos de manera integral a las cuales se encuentran expuestos colaboradores, funcionarios, contratistas, personal médico, pacientes y cualquier persona que preste sus servicios en la entidad en razón a la pandemia COVID-19. | SI | |
| **4** | El oferente se compromete a presentar el portafolio de servicios con códigos CUPS. | SI | |
| **5** | El Oferente se compromete a prestar los servicios de salud a los usuarios de forma permanente, eficiente, amable y con excelente trato, dentro de los honorarios de atención ambulatoria estipulados para cada servicio, de manera oportuna y con calidad, para lo cual dispondrá de un sistema o proceso de atención preferencial a los usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, sin discriminación frente a otro tipo de pacientes que atienda. | SI | |
| **6** | El Oferente deberá contar con un Aplicativo de Información sistematizada histórica que registre de forma individual las actividades desarrolladas, | SI | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | utilizando la Codificación establecida en el Manual Tarifario Ofertado y la generación de los Registros Individuales de Procedimientos en Salud (RIPS). | | |
| **7** | Para el proceso de referencia siempre deberá remitir al paciente con copia de historia clínica y solicitud debidamente diligenciada así:<br>• Formato en papel membretado<br>• Fecha de expedición<br>• Datos de identificación del usuario objeto de la solicitud<br>• Código CIE10 y nombre del diagnostico<br>• Código CUPS y nombre del procedimiento o consulta a solicitar<br>• Breve justificación si lo solicitado pertenece a un nivel de complejidad superior.<br>• Nombre completo, identificación, registro médico, firma y sello del profesional que emite la solicitud | SI | |
| **8** | El oferente se compromete a realizar el proceso de contra referencia anexando la imagen diagnostica post tratamiento y resumen del tratamiento médico. | SI | |
| **9** | Se solicita que al término del tratamiento el oferente se comprometa a realizar el sellamiento de la apertura del conducto con ionómero de vidrio para prevenir contaminación e infección. | SI | |
| **10** | Todas las citas de control con especialista requerirán ser autorizadas, con excepción de los controles post operatorios dentro de los términos fijados en la normatividad vigente. | SI | |
| **11** | El Oferente se compromete a mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la Ley y las autoridades administrativas o sanitarias para prestar servicios de salud en los niveles de atención ofertados. | SI | |
| **12** | El Oferente se compromete a que el personal asistencial que preste los servicios se base en el Acuerdo No 002 / 01 expedido por el Consejo Superior de Salud de las fuerzas militares y de policía. | SI | |
| **13** | El oferente prestará los servicios de salud obligándose a verificar los derechos de los afiliados que pertenecen al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares de la manera; para los Oficial, Suboficiales, Soldados Profesional y todos los beneficiarios de los mismos se realizará a través del documento de identidad y el carnet de servicios médicos vigentes; evitando así la suplantación y uso fraudulento de la afiliación. Los menores que no posean documento de identidad se identificarán con el registro de nacido vivo y el carnet de afiliación de la madre expedida por la Dirección General de Sanidad Militar hasta treinta (30) días de edad y en adelante con el carnet expedido por la Dirección General de Sanidad Militar. Cualquier verificación de identificación deberá realizarse ante el Establecimiento de Sanidad y/o con el Coordinador del ESM. En el caso de los Soldados Regulares, Soldados Campesinos y Soldados Bachilleres la verificación de derechos se realizará mediante Constancia de Actividad expedida por el Jefe de Talento Humano de la Unidad (Constancia con una vigencia de 30 días contados a partir de la fecha de expedición) y para los Usuarios Activos por Tutelas deberán verificar y prestar únicamente los servicios establecidos en el Fallo de la Tutela. | SI | |
| **14** | El oferente debe comprometerse a diligenciar de manera completa y clara la historia clínica de acuerdo a las normas vigentes y demás registros obligatorios de atención de cada usuario, así como también de las acciones realizadas por el equipo de salud involucrado; permitiendo a EL CONTRATANTE el acceso a la misma, siendo este el único instrumento válido para la revisión y la auditoría. | SI | |
| **15** | La institución contratada deberá prestar los servicios con personal debidamente capacitado y certificado en sus respectivas áreas, con los equipos y materiales de la mejor calidad y con la mejor tecnología disponible para su nivel. Así mismo las instalaciones deberán estar en las mejores condiciones de mantenimiento, aseo y pulcritud posibles. | SI | |
| **16** | El Contratista deberá implantar su propio sistema de auditoría médica y permitir que el Área de Sanidad Ejército del ESM-BAS27, a través de su auditor de calidad o de concurrencia realice las auditorias e inspecciones que sean necesarias a las áreas y documentos que éste o la Dirección de Sanidad Ejército –CENAC FLORENCIA consideren pertinentes. | SI | |
| **17** | La oportunidad para Consulta Especializada se desarrollará de acuerdo a los términos exigidos por el ministerio de salud y pactados con el contratista. | SI | |



Calle 16 No 16- 00 – Centro - Florencia Caquetá
cenacflo@buzonejercito.mil.co
Mensajeriacenacflore@ejercito.mil.co

ISO 9001 icontec
IQNet

| | | | |
|---|---|---|---|
| **18** | El oferente brindara oportunidad de cita por especialista para los casos de solicitudes de interconsultas del servicio de atención prioritaria de la institución, dentro de un tiempo no mayor a 48 horas, las cuales deberán encontrarse debidamente autorizadas por el proceso autorizador del dispensario y serán gestionadas por la Enfermera Jefe del servicio con el enlace establecido por el oferente. | SI | |
| **19** | El Oferente deberá disponer de por lo menos un funcionario de enlace, una línea telefónica para mantener comunicación permanente entre la entidad y el contratista, de igual forma deberá disponer de un correo electrónico para el envío de documentos requeridos. | SI | |
| **20** | El Contratista, debe atender al Usuario de acuerdo con la orden de servicios expedida por el médico, el formato de autorización emitido por la oficina del proceso autorizador con los respectivos sellos validadores, copia del carnet de la Dirección de Sanidad Ejército y copia del documento de identificación debidamente actualizada, caso contrario se glosará la cuenta. | SI | |
| **21** | Presentar junto con las facturas, información estadística mensual en su archivo plano el cual debe venir en medio magnético e impreso, que contenga la siguiente información: Número del consecutivo, Apellidos y Nombres, Número de Identificación, Edad del Usuario, Fecha del Servicio, Diagnóstico con CIE10, código del procedimiento, Nombre del procedimiento o estudio realizado, valor del procedimiento, nombre del médico solicitante, cédula del médico solicitante, servicio solicitante, fecha de atención y facturación. Esta debe entregarse los cinco (05) primeros días hábiles de cada mes o cuando se soliciten de cortes parciales. Informe que hace parte integral de los soportes de la factura. Con copia al correo electrónico referenciacontrareferencia01@**gmail.com**. | SI | |
| **22** | Reportar semanalmente el gasto facturado y programado en agendamiento al correo electrónico referenciacontrarefrencia01@**gmail.com** | SI | |
| **23** | Cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, los requisitos mínimos esenciales y las condiciones sanitarias que fijen las autoridades competentes tanto en el orden nacional como territorial. | SI | |
| **24** | Presentar los protocolos y guías de manejo de las patologías atendidas por especialidad a contratar, así como los protocolos de los procedimientos. La anterior documentación deberá ser entregada a la Dirección del Dispensario Médico Florencia ESM-BAS27, a los 10 días después de firmado el contrato en medio físico y magnético la cual será requisito para el primer pago de la prestación de los servicios. | SI | |
| **25** | Información al supervisor del contrato cuando se haya ejecutado el 50% y el 70% del presupuesto asignado al contrato. Una vez ejecutado el 100%, el contratista se obliga a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con las disposiciones expedida por el Ministerio de Salud. | SI | |
| **26** | El Oferente deberá dar cumplimiento a la normatividad que sobre gestión ambiental se encuentre vigente y en especial a las disposiciones referentes al manejo de los residuos peligrosos que sean generados como consecuencia de la ejecución del contrato cuando haya lugar. | SI | |
| **27** | Una vez agotado el contrato, el oferente se compromete con el Área de Sanidad Ejército a no continuar prestando los servicios objeto de contrato. | SI | |

## 3. EXPERIENCIA DEL PROPONENTE EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

| REQUERIMIENTO | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|
| Con el fin de garantizar la calidad de los servicios a contratar y evitar incumplimientos e inconvenientes en la ejecución del futuro contrato, se requiere que el oferente que desee participar demuestre su experiencia e idoneidad en proyectos similares al objeto del presente proceso, para ello el proponente deberá presentar una certificación de un contrato cuyo objeto sea igual o similar al objeto del presente proceso contractual, contratos realizados con entidad públicas o privadas. La sumatoria de las cuantías de las certificaciones, deberá ser igual o superior al 100% del presupuesto asignado al presente proceso. La certificación deberá contener como mínimo la siguiente información: | SI | |

| | | |
|---|---|---|
| □ Datos del Contratista<br>□ Datos del Contratante<br>□ Cuantía<br>□ Objeto<br>□ Fecha Inicio y Terminación<br><br>**Nota 1:** La CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE REGIONAL FLORENCIA se reserva el derecho de verificar la veracidad de la información y de rechazar las propuestas en las cuales se incluya información inconsistente o que no corresponda a la realidad, sin perjuicio de las eventuales acciones civiles y penales a que haya lugar.<br>**Nota 2:** No se aceptan auto certificaciones.<br>**Nota 3:** Las certificaciones de los contratos que se harán valer como experiencia deben ser completamente legibles<br>**Nota 4:** La información suministrada se entiende bajo la gravedad de juramento y debe ser correlativa a la documentación aportada<br>**Nota 5:** El objeto del contrato debe haber sido ejecutado a satisfacción y en su desarrollo no debe haberse presentado ningún tipo de sanción y/o multa por incumplimiento del contratista. A lo anterior se dará aplicación, de conformidad al procedimiento establecido en el artículo 86 de la ley 1474 de 2011.<br>**Nota 6:** Si la certificación de experiencia aportada por el proponente no incluye cualquiera de los datos aquí solicitados (Datos del Contratista, Datos del Contratante, Cuantía, Objeto y Fecha Inicio y Terminación) podrá aportarse el Acta de Liquidación del respectivo contrato como soporte de experiencia en la prestación del servicio. | | |

## 4. REGISTRO ESPECIAL NACIONAL DEL MINISTERIO DE LA SALUD Y LA PROTECCION SOCIAL o INSCRIPCIÓN ENTE TERRITORIAL DEL PUTUMAYO

| REQUERIMIENTO | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|
| Dando cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 2.2.1.2.1.2.21 del decreto 1082 de 2015, las personas naturales o jurídicas que presten servicios en salud, deberán estar inscritas en el registro especial nacional del ministerio de salud y protección social de conformidad con la ley 100 de 1993, para lo cual deberá anexar la correspondiente habilitación para la prestación de servicios requeridos en el presente proceso o en su defecto inscripción ante el ente territorial expedido por la secretaria de salud del departamento del Putumayo y en una fecha no mayor a (30) días, contados antes del cierre del proceso. | SI | |

## 5. NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADEMICO

| REQUERIMIENTO | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|
| El oferente deberá Anexar la hoja de vida con soportes que acrediten su especialidad y experiencia requerida. Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano EL CONTRATISTA debe certificar que el personal cuenta con experiencia profesional de mínimo dos años, para esto se debe anexar hoja de vida, copia de diploma y/o acta de grado, copia de la cédula, copia de la tarjeta profesional. El Oferente deberá contar con el siguiente personal en las áreas de:<br>• Endodoncia<br>• Periodoncia<br>• Odontopediatria<br>• Cirugía Máxilo facial | SI | |

| | | |
|---|---|---|
| **NOTA:** Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano EL CONTRATISTA debe certificar que el personal de profesionales cuenta con experiencia laboral de mínimo dos años para cada área específica; para todo el personal debe anexar hoja de vida, copia de diploma y/o acta de grado, copia de la cédula, copia de la tarjeta profesional, copia del contrato de trabajo o su equivalente que demuestre vinculación con la entidad o carta de compromiso firmada por el representante legal y por el profesional donde se certifique que será éste profesional quien prestará los servicios para la ejecución del contrato objeto del presente proceso, copia de contratos que demuestren la experiencia profesional. En todo caso la institución contratada debe garantizar el estándar de talento humano establecido en la Resolución 2003 de 2014. | | |

## 6. GARANTÍA TÉCNICA:

| REQUERIMIENTO | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|
| El oferente y/o su representante legal, debe anexar junto a la oferta por escrito y en documento independiente la garantía técnica para los ítems ofrecidos debidamente suscrita por él. La garantía técnica mínima requerida en este proceso debe amparar la totalidad de los siguientes aspectos:<br><br>1. Que ampare la calidad de los servicios a adquirir<br>2. Que ampare el cumplimiento de las condiciones técnicas exigidas, responsabilizándose de los reclamos por la calidad de los servicios.<br><br>**NOTA 1:** Este documento debe venir firmado por el proponente.<br>**NOTA 2:** Durante el lapso de la vigencia de las diferentes garantías constituidas, los costos y gastos que se generen deberá asumirlos el contratista adjudicatario, quien se compromete para con el MDN-EJÉRCITO NACIONAL- CENAC REGIONAL FLORENCIA a tramitar y hacer efectivas las mismas sin costo adicional. | SI | |

## 7. TÉRMINO DE RESPUESTA DE LA GARANTÍA TÉCNICA

| REQUERIMIENTO | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|
| El contratista en documento independiente junto con la oferta deberá garantizar que, en caso de presentarse defectos de calidad de los servicios a adquirir, responderá en un tiempo máximo dos (02) días después de la notificación por parte de la Central Administrativa y Contable “CENAC REGIONAL FLORENCIA”, previo concepto del Supervisor del Contrato. (Este documento debe venir firmado por el proponente)<br><br>**NOTA:** Todos los costos de entrega o cambio en que deba incurrir el oferente en el cumplimiento de su deber de garantía, estarán a su cargo.<br><br>**TÉRMINO DE ENTREGA:**<br>El servicio a Contratar deberá ser prestado por el adjudicatario en un tiempo máximo de dos (02) días hábiles después de la notificación por parte del supervisor ya sea de forma Verbal o por escrito. | SI | |

## 8. DEVOLUCIÓN Y REPOSICIÓN

| REQUERIMIENTO | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|
| El CENAC REGIONAL FLORENCIA y sus Unidades Centralizadas, se reserva el derecho de rechazar directamente a través del supervisor los bienes y/o servicios objeto del contrato, si estos no cumplen con las especificaciones técnicas | SI | |

| | | |
|---|---|---|
| establecidas, evento en el cual, el contratista queda obligado a remplazarlo por otros que se ajustan exactamente a lo requerido y ofrecido. (Debe constar en Certificación expedida por el oferente y/o su representante legal por escrito y el documento independiente). | | |

**CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓNCODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA IPS E.U**

La propuesta presentada por el oferente, **CRUZ ROSMIRA GAVIRIA SERNA** CC.27.355.494, Representante Legal de **CODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA IPS E.U** con NIT: 900045440-6, en el PROCESO MINIMA CUANTIA No.- 128-DIGSA-CENAC REGIONAL FLORENCIA–2021, CUYO OBJETO ES LA "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA: (ENDODONCIA, ODONTOPEDIATRIA, ODONTOLOGIA CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL, ODONTOLOGIA PERIODONCIA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES CENTRALIZADOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR ESM-BAS27 DEL BATALLÓN DE SERVICIOS N°.27, PERTENECIENTES A LA DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO – CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE "CENAC FLORENCIA", el Comité Técnico Evaluador Recomienda **HABILITAR.**

**(ORIGINAL DEBIDAMENTE FIRMADO)**
**TE. NURY FERNANDA CANDIA HERRERA**
Técnico Evaluador