MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO
GRUPO PRESTADOR DE ATENCION EN SALUD

MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL
Unidad: _____
Radicado No: _____
Recibido por: _____
Fecha: _____ Hora _____

No. GS-2023- **/ UPRES – GUPAS 29.25**

Armenia, 24 de febrero de 2023

Subintendente
YENNY ALEXANDRA GÓMEZ PATIÑO
Responsable Grupo Contratos Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 3.
Calle 94 Avenida Villa Olímpica Frente a Expofuturo
Tel.3164770
Pereira

Asunto: Verificación Técnica Proceso **PN RASES N3 MIC 007 2023**

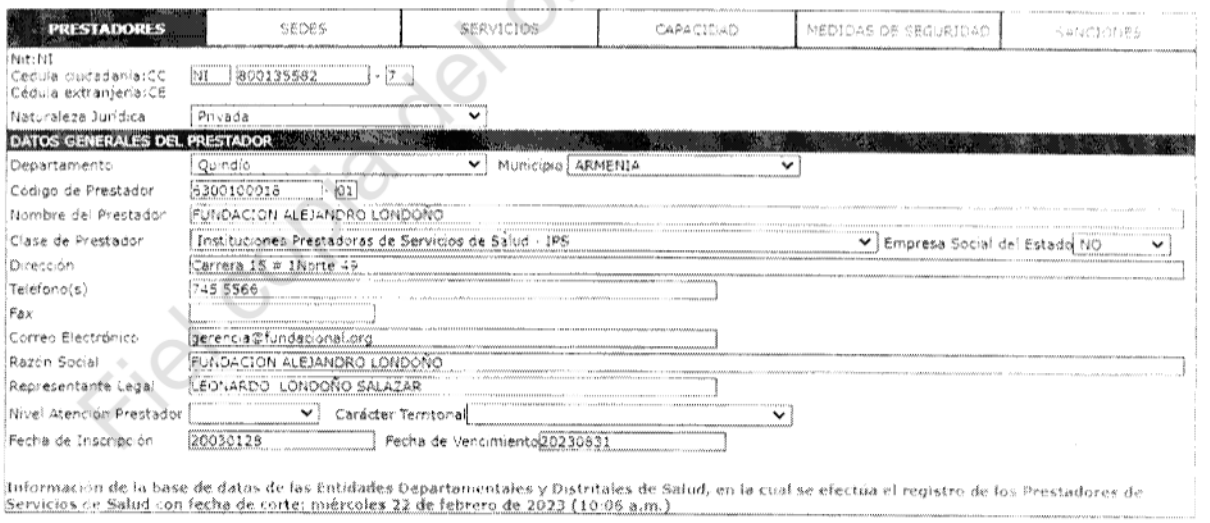
Respetuosamente me permito enviar a mi Subintendente, la verificación técnica de la oferta presentada, dentro del proceso de contratación que tiene como objeto **"PRESTACIÓN DEL SERVICIO ESPECIALIZADO DE MEDICINA NUCLEAR Y SUS AYUDAS DIAGNÓSTICAS, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LOS DEPARTAMENTOS DE RISARALDA Y QUINDIO ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO. 3."**

Después de verificar la documentación presentada por el oferente en mención así:

PRIMERA PROPUESTA GRUPO 2 QUINDIO

PERSONA JURÍDICA	IDENTIFICACIÓN
FUNDACION ALEJANDRO LONDOÑO	NIT 800135582-7

-Consulta en el reps habilitado para los servicios que se evidencian así:



PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

Nit:NI
Cedula ciudadania:CC — NI 800135582 - 7
Cédula extranjeria:CE
Naturaleza Jurídica: Privada

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Departamento: Quindío — Municipio: ARMENIA
Código de Prestador: 6300100018 - 01
Nombre del Prestador: FUNDACION ALEJANDRO LONDOÑO
Clase de Prestador: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS — Empresa Social del Estado: NO
Dirección: Carrera 15 # 1Norte 45
Telefono(s): 745 5566
Fax:
Correo Electrónico: gerencia@fundacional.org
Razon Social: FUNDACION ALEJANDRO LONDOÑO
Representante Legal: LEONARDO LONDOÑO SALAZAR
Nivel Atencion Prestador: — Carácter Territorial:
Fecha de Inscripción: 20030128 — Fecha de Vencimiento: 20230831

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectua el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: miércoles 22 de febrero de 2023 (10:06 a.m.)

Fiel copia del original mayo 5 lopez

275343204

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Quindío	ARMENIA	630010001S	01	FUNDACION ALEJANDRO LONDOÑO	302 -CARDIOLOGÍA	DHSS0059674
Quindío	ARMENIA	630010001S	01	FUNDACION ALEJANDRO LONDOÑO	320 -GINECOBSTETRICIA	DHSS0059675
Quindío	ARMENIA	630010001S	01	FUNDACION ALEJANDRO LONDOÑO	327 -MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN	DHSS0059676
Quindío	ARMENIA	630010001S	01	FUNDACION ALEJANDRO LONDOÑO	361 -CARDIOLOGÍA PEDIATRICA	DHSS0059678
Quindío	ARMENIA	630010001S	01	FUNDACION ALEJANDRO LONDOÑO	383 -MEDICINA NUCLEAR	DHSS0059679
Quindío	ARMENIA	630010001S	01	FUNDACION ALEJANDRO LONDOÑO	715 -MEDICINA NUCLEAR	DHSS0059680
Quindío	ARMENIA	630010001S	01	FUNDACION ALEJANDRO LONDOÑO	739 -FISIOTERAPIA	DHSS0059681
Quindío	ARMENIA	630010001S	01	FUNDACION ALEJANDRO LONDOÑO	742 -DIAGNÓSTICO VASCULAR	DHSS0059682
Quindío	ARMENIA	630010001S	01	FUNDACION ALEJANDRO LONDOÑO	744 -IMAGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	DHSS0059683
Quindío	ARMENIA	630010001S	01	FUNDACION ALEJANDRO LONDOÑO	745 -IMAGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	DHSS0059684
Quindío	ARMENIA	630010001S	04	Fundacion Alejandro Londoño Sede Sur	302 -CARDIOLOGÍA	DHSS0059637
Quindío	ARMENIA	630010001S	04	Fundacion Alejandro Londoño Sede Sur	320 -GINECOBSTETRICIA	DHSS0059638
Quindío	ARMENIA	630010001S	04	Fundacion Alejandro Londoño Sede Sur	327 -MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN	DHSS0059639
Quindío	ARMENIA	630010001S	04	Fundacion Alejandro Londoño Sede Sur	739 -FISIOTERAPIA	DHSS0059691
Quindío	ARMENIA	630010001S	04	Fundacion Alejandro Londoño Sede Sur	742 -DIAGNÓSTICO VASCULAR	DHSS0059692
Quindío	ARMENIA	630010001S	04	Fundacion Alejandro Londoño Sede Sur	744 -IMAGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	DHSS0059693
Quindío	ARMENIA	630010001S	04	Fundacion Alejandro Londoño Sede Sur	745 -IMAGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	DHSS0059694

ITEM	DESCRIPCIÓN	ANEXA (CUMPLE)	NO CUMPLE
EXPERIENCIA DEL PROPONENTE	Con el fin de garantizar la calidad de los bienes o servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere acreditar experiencia en proyectos iguales o similares al objeto del presente estudio previo, tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos que acrediten la realización de contratos celebrados y ejecutados durante los años (2019 y/o 2020 y/o 2021 y hasta la fecha del cierre) de proyectos iguales o similares al presente proceso contractual cuya suma supere el cincuenta por ciento (50%) del presupuesto asignado al presente proceso, con empresas públicas o privadas, para lo cual el oferente deberá presentar máximo tres (3) certificaciones (certificación por contrato) con concepto favorable de la recepción de los contratos. El oferente acreditará la experiencia a través de certificaciones que deben contener la siguiente información: 1) Nombre o razón social del contratante 2) Nombre o razón social del contratista. 3) Objeto del contrato. 4) Fecha de iniciación y terminación del contrato. 5) Valor del contrato. 6) Dirección y número telefónico del contratante No se admiten: -Certificaciones de Subcontrataciones -No se acepta auto certificaciones. -Copias de facturas órdenes de pago etc. -Copias de Contratos. Cuando se certifiquen contratos que se encuentren en ejecución al momento de presentar la oferta, además de la información solicitada en el párrafo anterior, se debe incluir el porcentaje de ejecución a la fecha de expedición de la certificación, el cual será tomado para verificar la experiencia solicitada. En el evento que el oferente presente más de tres (3) certificaciones, la Regional de Aseguramiento en Salud N°3 tomará para la verificación y evaluación de la experiencia, únicamente las tres (3) certificaciones de mayor valor, que cumplan con los requisitos exigidos y que se encuentren relacionadas. NOTA: En caso de que el oferente haya firmado contratos con la Regional de Aseguramiento en Salud N°3, no es obligatorio que anexe certificación, solamente con enunciar el contrato objeto y el valor; la unidad verificara la información, según la Ley 019 de del 2012.	X Aunque solo enuncie el contrato y no el valor, se verificó y en el estudio previo registra contratos por el monto solicitado con la Regional de Aseguramiento en Salud N° 3	
NIVEL DE EDUCACIÓN O	El oferente deberá anexar certificación firmada por el Representante Legal donde manifieste que cuenta con el personal asistencial idóneo el cual le permitirá cumplir con el objeto contractual, igualmente que realizó la verificación y	X	

Fiel copia del original maryori.lopez

275343204

NIVEL ACADÉMICO	validación (RETHUS) de los títulos del personal que requiere para el cumplimiento del contrato. El talento humano profesional y auxiliar en salud ofertado deber reunir los requisitos definidos por el Estándar Recurso Humano establecido por el Ministerio de Salud y la Protección Social. NOTA: El oferente deberá garantizar dentro de la certificación que todo el personal expuesto a radiación cuente con el carné de protección radiológica (médicos radiólogos, auxiliar, etc.) .		
EXPERIENCIA DEL PERSONAL	El oferente certificará mediante documento escrito firmado por el representante legal, donde manifieste que cuenta con experiencia suficiente para llevar a cabalidad la ejecución del presente proceso, para la prestación del servicio en la especialidad de MEDICINA NUCLEAR Y AYUDAS DIAGNOSTICAS	X	
CAPACIDAD OPERATIVA	El oferente deberá certificar mediante documento escrito firmado por el Representante Legal, que está en la capacidad de prestar los servicios propios del objeto del presente proceso, para lo cual se compromete a cumplir con los siguientes requisitos: • Los elementos, equipos y accesorios para la prestación del servicio deben ser suministrados por la IPS contratada y cumplen con su respectivo mantenimiento, calibración y hojas de vida al día. • Debe contar con una sala de espera que cumpla con los requisitos mínimos de habilitación • Debe contar con el Recurso Humano indispensable para la prestación de los servicios de salud ofertados; con equipos que cumplan con las normas legales vigentes expedidas por el Ministerio de Salud y Protección social. • Debe contar con Equipo biomédico y material médico acorde a las necesidades y bajo estándares de seguridad para la atención de los usuarios. • Cumplir con ATRIBUTOS DE CALIDAD enmarcados en la Resolución 2003 del 2014 que fue derogada por la Resolución 3100 del 2019, relacionados con Oportunidad, Pertinencia, Accesibilidad, Continuidad y Seguridad en la atención de los pacientes. • Debe contar con la capacidad técnica y tecnológica acordes para la prestación del servicio que se oferta. • Acreditar la aplicación de protocolos aceptados en salud para el manejo de pacientes y por ningún motivo se aceptarán tratamientos o procedimientos experimentales. • Garantizar la accesibilidad y oportunidad en la atención de los servicios ofertados. • Debe contar con la capacidad técnica y tecnológica acordes para la prestación del servicio que se oferta • Debe contar con instalaciones y equipos que cumplan con los estándares mínimos de habilitación y calidad para la prestación de sus servicios que oferta (Procedimientos y tomas de exámenes). El oferente debe presentar certificación escrita firmado por el representante legal en la cual manifestará que prestará sus servicios como mínimo en horarios de oficina, de lunes a sábado y de ser necesario en casos prioritarios establecidos por la Regional de Aseguramiento en Salud No 3 (Unidad Prestadora de Salud Quindío), ser flexible con el horario y tener en cuenta que estos casos son en su mayoría producto de fallos judiciales razón por la cual deben ser asignados como máximo 48 horas después de realizada la solicitud. Así mismo deberá certificar que cuenta con toda la infraestructura de instalaciones, capacidad técnica, tecnológica y talento humano para prestar los servicios que oferta, en donde se evidencie que sus instalaciones se encuentran habilitadas; al igual que sean idóneas para la prestación del servicio objeto del contrato a realizar y que los equipos biomédicos que se utilizarán en la ejecución del objeto contractual, tengan mantenimiento preventivo de calibración y que cumplen con las condiciones técnicas mínimas exigidas por los entes de control	X Anexa certificación enunciando que cumple con todos los puntos	

Fiel copia del original | mauricio.lopez

275343204

	y que tiene la capacidad de prestar el servicio ajustándose a la Necesidad de la Regional de Aseguramiento en salud No 3. El oferente deberá mediante certificación firmada por el representante legal de la entidad demostrar que cuenta con la infraestructura física y apoyo tecnológico suficiente para la prestación de los servicios de salud, debiendo cumplir con las siguientes condiciones: NOTA: En caso de ser necesario, la capacidad instalada y capacidad operativa, será verificada por parte del personal de la Regional de Aseguramiento en Salud No.3 que conforme el Comité Técnico, mediante visita a las instalaciones. Deberán encontrarse habilitados y en buen estado de funcionamiento.		

OTRAS CONDICIONES DEL SERVICIO: El oferente indicará si se acoge, si cumple o no a las condiciones del servicio que se relacionan a continuación.

ITEM	CONDICIONES DEL SERVICIO	OFRECE	
		SI	NO
1	Efectuar la Prestación del Servicio de acuerdo a los protocolos establecidos técnica y científicamente en el ámbito Nacional consignados en el acuerdo No. 002 por el cual se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial.	X	
2	Prestar los servicios durante el plazo de ejecución del contrato de acuerdo a lo informado en el portafolio de servicios, en las instalaciones de acuerdo a los pliegos de condiciones y de acuerdo a la oferta presentada, los cuales hacen parte integral del presente documento.	X	
3	Prestar los servicios sin ningún tipo de discriminación y con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano, profesional, tecnólogo y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, la moral y las buenas costumbres.	X	
4	El CONTRATISTA debe permitir el acceso a los Auditores de la Policía Nacional, así mismo permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley y permitirle realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual, mediante verificaciones periódicas a la institución, verificando las condiciones locativas, y el recurso humano disponible para el desarrollo del presente contrato.	X	
5	Atender al Usuario de acuerdo con la orden de servicios expedida por el médico de referencia y Contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 3 (UPRES- Quindío).	X	
6	El **CONTRATISTA** debe implementar y mantener activo el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en cumplimiento de lo definido por la ley.	X	
7	El **CONTRATISTA** se compromete a presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros cinco (05) días del mes siguiente en la Oficina Central de Cuentas de la Jefatura de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 3 (UPRES - Quindío), acompañada de la siguiente información: 1. Fecha de prestación del servicio. 2. Relación de los pacientes atendidos con número de identificación 3. Procedimientos realizados de acuerdo al objeto del contrato. 5. Presentar Factura que cumpla con los requisitos legales vigentes, así como todos los documentos que soporten los eventos facturados en la misma.	X	
8	El **CONTRATISTA** dará respuesta oportuna a las glosas realizadas por el Auditor de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 3 (UPRES - Quindío).	X	
9	El **CONTRATISTA** designará un funcionario, para que en coordinación con el Supervisor del Contrato vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presenten.	X	
10	EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL, donde se compromete a **Informar al supervisor del contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un cincuenta (50%) por ciento, setenta (70%) por ciento. Una vez recibida la información estudiará la viabilidad de adicionar el contrato. De igual manera deberá informar por escrito cuando el contrato se haya ejecutado en un cien (100%) por ciento, de inmediato el contratista no debe seguir prestando el servicio, pues la Regional de Aseguramiento en Salud No.3 no reconocerá ningún servicio prestado, exceptuando por urgencia vital.**	X	
11	El **CONTRATISTA** debe garantizar lo ofertado en la propuesta presentada, durante la ejecución del contrato.	x	
12	El **CONTRATISTA** debe responder por la prestación de los servicios objeto del presente contrato y en el caso de que en un momento dado no pueda prestar alguno de ellos, deberá informar al supervisor del contrato, pero garantizará la prestación del servicio a los usuarios.	x	

275343204

13	Debe realizar los trámites para la legalización del contrato dentro de los tres (03) días hábiles siguientes contados a partir de la firma del Contrato.	x	
14	Cumplir con las obligaciones de pagar mensualmente los aportes de afiliación y cotización a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, cuando a ello haya lugar de acuerdo con el artículo 50 de la ley 789 de 2002, Ley 828 de julio 10 de 2003 y de la Ley 100 de 1993; para tal fin deberá allegar con la correspondiente factura certificación donde conste dicho cumplimiento firmada por el Representante Legal y revisor fiscal si conforme a las normas pertinentes estuviera obligado a tenerlo.	x	
15	Cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y las normas generales vigentes.	x	
16	El oferente debe contar con una línea telefónica, para la asignación de citas en horario de oficina, para la atención de nuestros afiliados, garantizando un buen servicio	x	
17	El contratista deberá mantener la oportunidad de ccitas para consultas y procedimientos (10 días Hábiles), así como llevar el registro de los pacientes atendidos y entregar este informe con la cuenta de cobro	x	
18	No seguir prestando los servicios una vez ejecutado el presupuesto asignado para el presente proceso de medicina nuclear, evitando la sobre-ejecución.	x	
19	El Oferente debe contar con la licencia de cada uno de los equipos que se utilicen para prestar los servicios de salud, expedida por la entidad que regula su funcionamiento.	x	
20	Adicional a la garantía única el oferente deberá anexar la Póliza de Responsabilidad médica que adquiere anualmente, que cubra los daños a terceros por Responsabilidad Civil.	x	
21	El **CONTRATISTA** certificará mediante documento escrito los horarios de atención a nuestros usuarios y beneficiarios, de igual forma especificará la ubicación del lugar donde se prestará dicho servicio.	x	
22	Mantener y evaluar las medidas de seguridad radiológica y/o radiactiva para el personal profesional, los pacientes y el público general.	x	
23	La actualización de los conocimientos científicos y técnicas médicas se evidencia en el desempeño profesional	x	
24	Los estudios de diagnóstico no invasivo, el análisis e interpretación se realizan conforme a los parámetros establecidos y el criterio profesional en la especialidad.	x	
25	Los procedimientos de preparación para exámenes médicos y diagnósticos, entre otros, se realizan de acuerdo con las instrucciones establecidas por el médico tratante y las guías de manejo.	x	
26	El seguimiento a pacientes con reacción adversas a medios de contraste se realizará por parte del contratista.	x	
27	Para prestar los SERVICIOS PROGRAMADOS por parte del Contratista, se pedirá al usuario entregar orden de medica legible y autorización, la cual debe especificar la ayuda diagnóstica, la complementación terapéutica y/o el procedimiento a realizar de acuerdo con el objeto del contrato, el diagnóstico y el resumen de la atención que apoye el servicio solicitado según padecimiento del enfermo remitido, incluido el CUPS respectivo del servicio a prestar y la Orden del Facilitador que incluirá Código de Autorización expedido por el profesional Médico de Central de Autorizaciones - Oficina de Referencia Contrarreferencia del Área de Sanidad, única dependencia facultada para Autorizar la prestación del servicio de salud, o quien haga sus veces, y quienes en cumplimiento del proceso pertinente verificarán: derechos en Policía Risaralda, la no existencia de multiafiliacion al Sistema de Seguridad Social y la pertinencia del servicio. Nota: dentro del tiempo de la pandemia (COVID-19) el contratista puede aceptar el número de autorización entregado por el área de referencia y una vez asignada la cita solicitar al área de referencia el envió de la autorización, lo anterior para evitar aglomeración de personas en la ventanilla del contratista y el área de referencia de la Policía	x	
28	Los procedimientos propuestos se deben realizar bajo los protocolos y guías alopáticas, universalmente aceptadas para los procedimientos, tratamientos requeridos y basados en la evidencia y avalados por el Área referencia de cada unidad Policial.	x	
29	El CONTRATISTA designará un funcionario, para la coordinación con el Supervisor del Contrato, vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presenten *Diligenciar la siguiente información:* **Nombres y Apellidos** Erienyht Herrera García **Teléfonos** 3127249564 - Fijo: 606 7455566 Ext 109 **Correo electrónico** cuentasmedicas@fundacional.org - facturacion@fundacional.org	x	
30	Designar una persona asistencial quien cumplirá las funciones de interlocutor entre el contratista y los médicos de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 3 (Risaralda , Caldas y Quindío), para resolver las inquietudes médicas que se presenten. Diligenciar la siguiente información: **Nombres y Apellidos:** Maximiliano Huérfano Correa **Teléfonos** 3142179289 - Fijo: 606 7455566 Ext 206	x	

275343204

	Correo electrónico nuclear@fundacional.org		
31	Análisis del impacto Ambiental: "El oferente deberá cumplir con todas las políticas que reglamentan el adecuado manejo de los diferentes residuos hospitalarios y de su disposición final, en cumplimiento con la normatividad ambiental así: - Ley 99 de 1993: Por la cual se crea el Ministerio del Medio Ambiente, se reordena el Sector Público encargado de la gestión y conservación del medio ambiente y los recursos naturales renovables, se reorganiza el Sistema Nacional Ambiental "SINA" y se dicta otras disposiciones. - Ley 253 de 1995: Por medio de la cual se aprueba el Convenio de Basilea, sobre el control de los movimientos transfronterizos de los desechos peligrosos y su eliminación hecho en Basilea el 22 de marzo de 1989. - Decreto 1609 de 2002: expedido por el Ministerio de Transporte. "Transporte de Mercancías Peligrosas en Carretera". - Decreto 4741 del 30 de Diciembre de 2005 expedido por el Ministerio de Medio Ambiente y Vivienda Territorial. "Por el cual se reglamenta la prevención y el manejo de los residuos o desechos peligrosos generados en el marco de la gestión Integral". - Ley 1252 de 2008: (noviembre 27) Diario Oficial No. 47.186 de 27 de noviembre de 2008, CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Por la cual se dictan normas prohibitivas en materia ambiental referentes a los residuos y desechos peligrosos y se dictan otras disposiciones".	x	
32	El contratista informara cualquier novedad en la prestación de al correo electrónico dequi.upres-rco@policia.gov.co, celular 3505592021	x	
33	Para los no incluye insumos especiales, materiales o equipos especiales para estos excluyes se acepta una intermediación máxima del 12% y siempre se debe tener el aval de referencia y contrarreferencia de Sanidad Policía, para dicho aval se debe enviar a referencia del insumo o material, para su aval.	x	
34	Si dentro del proceso de atención el médico especialista de la IPS contratada, observa que el servicio se encuentra fuera del Plan de Beneficios de la Policía Nacional, en la misma consulta se realizara el diligenciamiento del formato CTC, el cual se debe radicar en la ventanillas de la Regional de Aseguramiento en salud No. 3.	x	
35	El oferente debe adjuntar copia de la licencia (vigente) para manejo de material radiactivo, expedido por el Servicio Geológico Colombiano	x	

ÍTEM	CÓDIGO CUPS	DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
1	890267B	CONSULTA MEDICINA NUCLEAR	X	
2	890367B	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO MEDICINA NUCLEAR	X	
3	920103B	CISTERNOGAMAGRAFÍA "FISTULOGRAFÍA" (INCLUYE: RADIOFARMÁCOS E INSUMOS)	X	
4	920201B	CAPTACIÓN TIROIDEA DE 1-131 A 4 Y/O 24 HORAS 5MCI (INCLUYE: RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
5	920201B	CAPTACIÓN TIROIDEA DE 1-131 A 4 Y/O 24 HORAS 10MCI (INCLUYE: RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
6	920201B	CAPTACIÓN TIROIDEA DE 1-131 A 4 Y/O 24 HORAS 15MCI (INCLUYE: RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
7	920201B	CAPTACIÓN TIROIDEA DE 1-131 A 4 Y/O 24 HORAS 20MCI (INCLUYE: RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
8	920201B	CAPTACIÓN TIROIDEA DE 1-131 A 4 Y/O 24 HORAS 30MCI (INCLUYE: RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
9	920202B	GAMAGRAFIA DE TIROIDES (INCLUYE: RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
10	920203B	RECORRIDO CORPORAL CON I-131 (RASTREO METASTASIS) 5MCI TIROIDES (INCLUYE: RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
11	920203B	RECORRIDO CORPORAL CON I-131 (RASTREO METASTASIS) 10MCI TIROIDES (INCLUYE: RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
12	920203B	RECORRIDO CORPORAL CON I-131 (RASTREO METASTASIS) 15MCI TIROIDES (INCLUYE: RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
13	920203B	RECORRIDO CORPORAL CON I-131 (RASTREO METASTASIS) 15MCI TIROIDES (INCLUYE: RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
14	920203B	RECORRIDO CORPORAL CON I-131 (RASTREO METASTASIS) 30MCI TIROIDES (INCLUYE: RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	

Electrónico Original maryuri lopez

275343204

15	920208B	GAMAGRAFÍA DE GLÁNDULAS PARATIROIDES O TETROFOSMIN (INCLUYE: RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
16	920214B	GAMAGRAFÍA CON OCTREOTIDE "CON PREVIA COTIZACIÓN" (INCLUYE: RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
17	920301B	GAMAGRAFÍA PULMONAR, PERFUSIÓN INCLUYE: RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
18	920307B	SALIVOGRAMA (TEST DE BRONCOSPIA) INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
19	920406B	PERFUSIÓN MIOCÁRDICA EN REPOSO CON ISONITRILOS) INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
20	920407B	PERFUSIÓN MIOCÁRDICA EN REPOSO Y POST EJERCICIO CON ISONITRILOS INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
21	920408B	PERFUSIÓN MIOCÁRDICA CON STRESS FARMACOLÓGICO: INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
22	920410B	GAMAGRAFIA DE MIOCARDIO CON PIROFOSFATOS INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
23	920412B	VENOGAMAGRAFÍA INCLUYE: INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
24	920503B	GAMAGRAFÍA DE GANGLIOS LINFÁTICOS – LINFOGAMAGRAFÍA INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
25	920601B	GAMAGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES "SIALOGRAFÍA" INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
26	920603B	GAMAGRAFÍA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA CON COLOIDE INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
27	920604B	GAMAGRAFÍA PARA MUCOSA GÁSTRICA ECTÓPICA INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
28	920606B	GAMAGRAFÍA DE REFLUJO GÁSTROESOFÁGICO INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
29	920607B	GAMAGRAFÍA DE VACIAMIENTO GÁSTRICO EN FASE SÓLIDA INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
30	920608B	GAMAGRAFÍA DE VACIAMIENTO GÁSTRICO EN FASE LIQUIDA INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
31	920605B	GAMAGRAFÍA DE TRÁNSITO ESOFÁGICO INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
32	920701B	GAMAGRAFÍA HEPATOESPLENICA INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
33	920702B	GAMAGRAFÍA HEPATOBILIAR INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
34	920708B	GAMAGRAFÍA DE REFLUJO BILIAR INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
35	920802B	RENOGRAMA SECUENCIAL CON FILTRACIÓN GLOMERULAR INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
36	920803B	GAMAGRAFÍA DE FLUJO PLASMÁTICO RENAL EFECTIVO INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
37	920806B	GAMAGRAFÍA DE PERFUSIÓN TESTICULAR Y CONTENIDO ESCROTAL INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
38	920807B	CISTOGAMAGRAFÍA (VESICAL VEGIGA) INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
39	920808B	RENOGRAMA BASAL Y POST CAPTOPRIL INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
40	920809B	GAMAGRAFÍA RENAL ESTÁTICA CON DMSA INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
41	920811B	RENOGRAMA CON MERTIATIDE INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
42	920812B	RENOGRAMA DIURÉTICO INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
43	920901B	GAMAGRAFÍA ÓSEA (CORPORAL TOTAL O SEGMENTARIA) INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
44	920902B	GAMAGRAFÍA ÓSEA DE TRES FASES INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
45	920903B	GAMAGRAFÍA ÓSEA CON SPECT INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
46	921100B	DACRIOSISTOGAMAGRAFÍA (GAMAGRAFÍA DE VÍAS LAGRIMALES) INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	
47	922801B	TERAPIA DE CA DE TIROIDES O HIPERTIROIDISMO HASTA 30 MCI INCLUYE: (RADIOFARMACOS E INSUMOS)	X	

Firma digital original maryuri.lopez

275343204

CONDICIONES TÉCNICAS DE CALIFICACIÓN

Por lo anterior, la entidad **FUNDACION ALEJANDRO LONDOÑO** con **NIT 800135582-7, oferta todos los ítems y cumple con** la totalidad de los requisitos solicitados en las condiciones del servicio estipuladas en el presente proceso.

Atentamente;

Luisa Fda. Echeverri M

CPS. LUISA FERNANDA ECHEVERRI MEJIA
Evaluador Técnico

Carrera 13ª Nro. 1ª-117 frente al parque fundadores
Teléfonos (6) 3505592021
dequi.upres-rco@policia.gov.co
www.policia.gov.co

Fiel copia del original maryuri.lopez

Humana

INFORMACIÓN PUBLICA

275343204