ANEXO 2
ESPECIFICACIONES TECNICAS

Los documentos técnicos objeto de verificación y evaluación de la oferta, son todos aquellos que por sus características Especiales requieren de una exigencia particular de cumplimiento que no pueden obviarse y, por lo tanto, son de carácter obligatorio y serán evaluados como **CUMPLE O NO CUMPLE**.

De acuerdo con la necesidad planteada por las diferentes unidades, las especificaciones técnicas del presente proceso se encuentran descritas y pueden ser consultadas en el **ANEXO 2 "ESPECIFICACIONES TÉCNICAS"**, el cual deberá diligenciarse y ser presentado en la plataforma del SECOP II.

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL SERVICIO A CONTRATAR

GRUPO 1 ESTABLECIMIENTO SANIDAD MILITAR BAS08 ARMENIA

ITEM	PAQUETE		UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
	CUPS	DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO				
1	890346	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	SERVICIO	A NECESIDAD		
2	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	SERVICIO	A NECESIDAD		
PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS						
3	441302	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA	SERVICIO	A NECESIDAD		
4	452301	COLONOSCOPIA TOTAL	SERVICIO	A NECESIDAD		
5	452305	COLONOSCOPIA TOTAL CON O SIN BIOPSIA	SERVICIO	A NECESIDAD		
6	452401	SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE O RIGIDA	SERVICIO	A NECESIDAD		

ENDOSCOPIAS TERAPEUTICAS						
7	423301	POLIPECTOMÍA DE ESÓFAGO VÍA ENDOSCÓPICA	SERVICIO	A NECESIDAD		
8	423302	CONTROL DE HEMORRAGIA DE ESÓFAGO VÍA ENDOSCÓPICA	SERVICIO	A NECESIDAD		
9	423305	LIGADURA DE VÁRICES ESOFÁGICAS VÍA ENDOSCÓPICA	SERVICIO	A NECESIDAD		
10	429209	DILATACIÓN ESOFÁGICA CON DISPOSITIVO	SERVICIO	A NECESIDAD		
11	429405	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO	SERVICIO	A NECESIDAD		
12	434001	ESCISIÓN DE PÓLIPOS GÁSTRICOS VÍA ENDOSCÓPICA	SERVICIO	A NECESIDAD		
13	434102	CONTROL ENDOSCÓPICO DE HEMORRAGIA GÁSTRICA MEDIANTE ESCLEROTERAPIA	SERVICIO	A NECESIDAD		
14	441301	ESOFAGOGASTRODUODEOSCOPIA [EGD] CON EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	SERVICIO	A NECESIDAD		
15	441303	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON MAGNIFICACIÓN O CROMOENDOSCOPIA	SERVICIO	A NECESIDAD		
16	451302	ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO DESPUÉS DE DUODENO **(VIDEO CAPSULA ENDOSCOPICA)**	SERVICIO	A NECESIDAD		
17	452303	COLONOSCOPIA CON MAGNIFICACIÓN O CROMOENDOSCÓPICA	SERVICIO	A NECESIDAD		

18	452304	MARCACIÓN DE LESIÓN EN COLON VÍA ENDOSCÓPICA	SERVICIO	A NECESIDAD		
19	454203	CONTROL DE HEMORRAGIA DE COLON O RECTO VÍA ENDOSCÓPICA	SERVICIO	A NECESIDAD		
20	454207	RESECCIÓN DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA (1- 3)	SERVICIO	A NECESIDAD		
21	469702	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINO GRUESO	SERVICIO	A NECESIDAD		
22	483801	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO.	SERVICIO	A NECESIDAD		
23	494001	LIGADURA DE HEMORROIDES	SERVICIO	A NECESIDAD		
24	960801	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE SONDA NASOYEYUNAL	SERVICIO	A NECESIDAD		
25	975100	EXTRACCIÓN DE TUBO DE GASTROSTOMÍA SOD	SERVICIO	A NECESIDAD		
26	998702	SOPORTE DE SEDACIÓN PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	SERVICIO	A NECESIDAD		
FISIOLOGIA DIGESTIVA						
27	893201	MANOMETRÍA ESOFÁGICA SIN IMPEDANCIOMETRÍA	SERVICIO	A NECESIDAD		
28	893202	MANOMETRÍA ESOFÁGICA CON IMPEDANCIOMETRÍA	SERVICIO	A NECESIDAD		
29	893901	MONITOREO DE pH ESOFÁGICO EN 24 HORAS [pHMETRÍA] SIN IMPEDANCIOMETRÍA	SERVICIO	A NECESIDAD		

30	893902	ESTUDIO DE MOTILIDAD ESOFÁGICA	SERVICIO	A NECESIDAD		
31	893905	MONITOREO DE pH ESOFÁGICO EN 24 HORAS [pHMETRÍA] CON IMPEDANCIOMETRÍA	SERVICIO	A NECESIDAD		
32	903043	PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA Helicobacter pilory	SERVICIO	A NECESIDAD		
33	85121605	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL (Incluye: ESTIMULACIÓN, ELECTROTERAPIA (BIO-FEED BACK)	SERVICIO	A NECESIDAD		

GRUPO 2 ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BIAYA – MANIZALES.

ITEM	PAQUETE		UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
	CUPS	DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO				
1	451600	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON BIOPSIA CERRADA SOD	SERVICIO	A NECESIDAD		
2	431002	GASTROSTOMIA VIA PERCUTANEA (ENDOSCOPICA)	SERVICIO	A NECESIDAD		
3	452301	COLONOSCOPIA TOTAL	SERVICIO	A NECESIDAD		
4	903043	PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA Helicobacter pilory	SERVICIO	A NECESIDAD		
5	453002	RESECCION O ABLACION DE LESION DE DUODENO VIA ENDOSCOPICA	SERVICIO	A NECESIDAD		
6	454208	RESECCION DE LESION DE INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPICA (4 - 10)	SERVICIO	A NECESIDAD		

7	454207	RESECCION DE LESION DE INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPICA (1- 3)	SERVICIO	A NECESIDAD		
8	423301	POLIPECTOMIA DE ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA	SERVICIO	A NECESIDAD		
9	441303	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON MAGNIFICACION O CROMOENDOSCOPIA	SERVICIO	A NECESIDAD		
10	434001	ESCISION DE POLIPOS GASTRICOS VIA ENDOSCOPICA	SERVICIO	A NECESIDAD		
11	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	SERVICIO	A NECESIDAD		
12	890241	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA	SERVICIO	A NECESIDAD		
13	890346	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	SERVICIO	A NECESIDAD		
14	890341	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA	SERVICIO	A NECESIDAD		
15	452303	COLONOSCOPIA CON MAGNIFICACIÓN O CROMOENDOSCÓPICA	SERVICIO	A NECESIDAD		
16	998702	SOPORTE DE SEDACIÓN PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	SERVICIO	A NECESIDAD		
17	998701	SOPORTE ANESTÉSICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	SERVICIO	A NECESIDAD		
18	449301	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAGÁSTRICO RESTRICTIVO POR ENDOSCOPIA	SERVICIO	A NECESIDAD		

GRUPO 3 ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BIVEN CARTAGO

ITEM	PAQUETE		UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
	CUPS	DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO				
1	85121605	COLONOSCOPIA IZQUIERDA	SERVICIO	A NECESIDAD		
2	85121605	COLONOSCOPIA TOTAL	SERVICIO	A NECESIDAD		
3	85121605	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO GASTROENTEROLOGÍA	SERVICIO	A NECESIDAD		
4	85121605	CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA GASTROENTEROLOGÍA	SERVICIO	A NECESIDAD		
5	85121605	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) DIAGNOSTICA O EXPLORATORIA CON O SIN BIPSIA	SERVICIO	A NECESIDAD		
6	85121605	LIGADURA DE HEMORROIDES	SERVICIO	A NECESIDAD		
7	85121605	MARCACIÓN DE LESIÓN DE COLON VÍA ENDOSCÓPICA	SERVICIO	A NECESIDAD		
8	85121605	MONITOREA DE PH ESOFÁGICO EN 24 HORAS (PHMETRIA) CON IMPEDANCIOMETRIA	SERVICIO	A NECESIDAD		
9	85121605	POLIPECTOMÍA DE ESÓFAGO VÍA ENDOSCÓPICA	SERVICIO	A NECESIDAD		
10	85121605	PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA HELICOBACTER PILORY	SERVICIO	A NECESIDAD		
11	85121605	RESECCIÓN DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA (1- 3)	SERVICIO	A NECESIDAD		
12	85121605	SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE O RÍGIDA	SERVICIO	A NECESIDAD		

13	85121605	SOPORTE DE SEDACIÓN PARA CONSULTA O APOYO DIAGNOSTICO	SERVICIO	A NECESIDAD		
14	85121605	ELASTOGRAFIA HEPATICA (FIBROSCAN)	SERVICIO	A NECESIDAD		

NOTA PARA LOS 3 GRUPOS: Téngase en cuenta que la lista de servicios relacionados en las especificaciones técnicas del presente proceso de selección han sido los servicios históricamente más solicitados y autorizados a la población beneficiaria de acuerdo con su condición clínica, y se toman como referente para la presente contratación No obstante, si por necesidad del servicio, y por estar en riesgo el derecho a la vida y a la salud (Derechos fundamentales amparados en la Carta Magna) de algún usuario y/o beneficiario de cualquier de los Establecimientos de Sanidad Militar de la Regional No. 11, llegase a requerir un procedimiento médico o atención integral en salud que tenga estrecha relación con los códigos CUPS (Resolución 2336 actualización CUPS 2024) contemplados en el acuerdo No 002 del 27 de Abril de 2001, 080 de 2022 que trata sobre el plan de beneficios en salud para el personal de afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas militares y por su Nivel de complejidad se encuentre incluido en el portafolio de servicios del oferente seleccionado, este servicio podrá ser prestado por el contratista , previa cotización del servicio requerido y visto bueno por parte del supervisor del contrato, de la misma forma se prestaran aquellos que no se encuentren incluidos en el acuerdo N° 002 del 27 de Abril de 2001, 080 DE 2022 y Resolución 2336 actualización CUPS 2024 y sean ordenados mediante acción judicial o comité técnico científico favorable, con el fin de garantizar el derecho a la salud y a la vida de la población beneficiaria.

NOTA 2: El valor ofertado para aquellos servicios que lo requieran, deben incluir los medicamentos, insumos, materiales, el valor y cualquier otro elemento que requiera ser usado en la prestación de servicios de salud.

NOTA 3: El oferemte debe especificar en el anexo 2 "ESPECIFICACIONES TECNICAS" a que grupo o grupos se va a presentar.

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS DE OBLUGATORIO CUMPLIMIENTO PARA LOS 3 GRUPOS

El Decreto 474 de 2007, "Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicos de salud de la población a cargo, y se dictan otras disposiciones", establece en el capitulo II, articulo 5, los requisitos minimos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de vluntades para la prestación de servicios y demás normas relacionadas.

ITEM	REQUERIMIENTO (nombrar cada uno de los documentos requeridos con el nombre que aparece en cada una de las filas de esta columna)	DESCRIPCIÓN

1.	CERTIFICADO DE HABILITACIÓN DE LOS SERVICIOS	El oferente debe adjuntar la Certificación de inscripción en el registro especial de Prestadores de acuerdo al decreto 780 de 2016 y a la resolución 3100 de 2019. Nota: Los servicios ofertados deben estar habilitados.
2.	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.
3.	MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (portafolio)	El oferente deberá entregar el modelo de prestación de servicios o portafolios de servicios (puede ser en Excel)
4.	INDICADORES DE CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS	El oferente deberá presentar el soporte del reporte de indicadores de calidad, así mismo el plan de mejoramiento en caso de aplicar.
5.	AUDITORÍA CONCURRENTE	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 concurrente por el personal designado por la Sanidad Ejercito Nacional y suministrará la información correspondiente para tal efecto. Las actividades de auditoria serán orientadas hacia verificación de la entidad prestadora de servicios y demás condiciones indispensables para el cumplimiento del contrato, así como las actividades de promoción y prevención.
6.	COORDINADOR EJECUCIÓN DEL CONTRATO	El oferente deberá mediante documento escrito firmado por el representante legal o quien esté autorizado para ello, informar quién será el coordinador o responsable de realizar el seguimiento contractual en conjunto con el supervisor que sea designado por parte de la Entidad contratante, dicha certificación tendrá la siguiente información: • Nombres completos del coordinador o responsable del seguimiento al contrato • Número de teléfono de contacto Correo electrónico
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 TELEFONO DE CONTACTO CORREO ELECTRONICO HORARIO DE ATENCIÓN

8.	COORDINADOR OFICINA ATENCIÓN AL USUARIO	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
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.
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 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 tiempo entre diez (10) a quince (15) días, una vez solicitado el servicio.
12.	CERTIFICADO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	El oferente deberá diligenciar el formato de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo a la resolución 0312 de 2019, por la cual se establece los estándares mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-ST.
13.	EXPERIENCIA	El proponente debe presentar como mínimo una (01), certificación y/o copia de contrato y/o factura que sea igual o superior al ochenta 80% del presupuesto oficial cuyo objeto sea igual o similar a la del presente proceso contractual. (Puede incluir varias facturas o contratos o certificaciones). Las certificaciones deben contener la siguiente información: Objeto del contrato No. Del contrato

		Valor Plazo Fechas de inicio y finalización del contrato Cumplimiento Nombre y NIT del contratante y del contratista. NOTA: NO SE ACEPTAN AUTOCERTIFICACIONES

NOTA 1: LOS TÉRMINOS DEL PRESENTE ACÁPITE, DEBEN CONSTAR EN DOCUMENTO INDEPENDIENTE FIRMADO POR EL PROPONENTE, SEÑALANDO SI ACEPTA O NO EL REQUERIMIENTO.

NOTA 2: El oferente debe especificar a que grupo o grupos se presenta.

FIRMA DEL OFERENTE