ANEXO 2

NORMAS Y/O FICHAS TÉCNICAS Y/O ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

EL OFERENTE deberá acreditar que cada uno de los elementos a suministrar cumple con las Especificaciones técnicas relacionadas a continuación para lo cual se deberá diligenciar el cumplimiento de dicho requisito, mediante el formulario respectivo.

SERVICIOS OFTALMOLOGIA				
No.	**CODIGO UNSPC**	**CODIGO CUPS**	**DESCRIPCION DEL SERVICIO**	**CANTIDAD**
1	85121610	890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	SERVICIO
2	85121610	890376	CONSULTA DE CONTROL POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	SERVICIO
3	85121610	890476	CONSULTA DE URGENCIAS POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	SERVICIO
4	85121610	890288-1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO
5	85121610	890388-1	CONSULTA DECONTROL POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA PEDIATRICA	SERVICIO
6	85121610	890276-2	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN CORNEA Y SEGMENTO ANTERIOR	SERVICIO
7	85121610	890376-2	CONSULTA DE CONTROL POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN CORNEA Y SEGMENTO ANTERIOR	SERVICIO
8	85121610	890276-7	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN GLAUCOMA	SERVICIO
9	85121610	890376-7	CONSULTA DE CONTROL POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN GLAUCOMA	SERVICIO
10	85121610	890276-4	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN OCULOPLASTIA	SERVICIO
11	85121610	890376-4	CONSULTA DE CONTROL POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN OCULOPLASTIA	SERVICIO
12	85121610	890276-6	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN VITREO RETINA	SERVICIO
13	85121610	890376-6	CONSULTA DE CONTROL POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN VITREO RETINA	SERVICIO
14	85121610	890276-5	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN ONCOLOGIA	SERVICIO
15	85121610	890376-5	CONSULTA DE CONTROL POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA SUBESPECIALISTA EN ONCOLOGIA	SERVICIO
PROCEDIMIENTOS				
16	85101501	103104	PTERIGION GRADO II EN ADELANTE UNILATERAL CON INJERTO: PAQUETES QUIRÚRGICOS A TODO COSTO INCLUYE: DERECHOS DE SALA, MATERIALES, HONORARIOS DE OFTALMOLOGO, VALORACION POR OFTALMOLOGIA, VALORACION PREANESTESICA, DOS CONTROLES POST OPERATORIOS.	SERVICIO

17	85101501	103103	PTERIGION GRADO II EN ADELANTE UNILATERAL SIN INJERTO: PAQUETES QUIRÚRGICOS A TODO COSTO INCLUYE VALORACIÓN POR OFTALMOLOGÍA, VALORACIÓN PRE ANESTÉSICA, DOS CONTROLES POS OPERATORIOS	SERVICIO
18	85101501	103104	PTERIGION BILATERAL GRADO II EN ADELANTE CON INJERTO: PAQUETES QUIRÚRGICOS A TODO COSTO INCLUYE VALORACION POR OFTALMOLOGIA, VALORACION PREANESTESICA, DOS CONTROLES POS OPERATORIOS	SERVICIO
19	85101501	103103	PTERIGION BILATERAL GRADO II EN ADELANTE SIN INJERTO: PAQUETES QUIRÚRGICOS A TODO COSTO INCLUYE VALORACIÓN POR OFTALMOLOGÍA, VALORACIÓN PRE ANESTÉSICA, DOS CONTROLES POS OPERATORIOS	SERVICIO
20	85101501	O82101	RESECCIÓN DE CHALAZIÓN VÍA ANTERIOR, CHALAZIÓN UNILATERAL SE REALIZA EN QUIROFANO: PAQUETES QUIRÚRGICOS A TODO COSTO INCLUYE: DERECHOS DE SALA, MATERIALES, HONORARIOS DE ANESTESIA Y OFTALMOLOGO, VALORACION POR OFTALMOLOGIA, VALORACION PREANESTESICA, DOS CONTROLES POS OPERATORIOS	SERVICIO
21	85101501	O82101	RESECCIÓN DE CHALAZIÓN VÍA ANTERIOR, CHALAZIÓN BILATERAL SE REALIZA EN QUIROFANO: PAQUETES QUIRÚRGICOS A TODO COSTO INCLUYE: DERECHOS DE SALA, MATERIALES, HONORARIOS DE ANESTESIA Y OFTALMOLOGO, VALORACION POR OFTALMOLOGIA, VALORACION PREANESTESICA, DOS CONTROLES POS OPERATORIOS	SERVICIO
22	85101501	O82102	RESECCIÓN DE CHALAZIÓN VÍA POSTERIOR, CHALAZIÓN UNILATERAL: PAQUETES QUIRÚRGICOS A TODO COSTO INCLUYE VALORACION POR OFTALMOLOGIA, VALORACION PREANESTESICA, DOS CONTROLES POS OPERATORIOS	SERVICIO
23	85101501	O82102	RESECCIÓN DE CHALAZIÓN VÍA POSTERIOR, CHALAZIÓN BILATERAL: PAQUETES QUIRÚRGICOS A TODO COSTO INCLUYE VALORACION POR OFTALMOLOGIA, VALORACION PREANESTESICA, DOS CONTROLES POS OPERATORIOS	SERVICIO
24	85101501	130003	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO CON IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR SUTURADO SOD (Incluye derechos de sala, lente intraocular, visco elástico, biometría, honorarios de anestesia, honorarios de oftalmología, dos controles post operatorios) se deben facturar los materiales según la hoja de los gastos.	SERVICIO
25	85101501	130003	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO CON IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR POR FACOEMULSIFICACIÒN (Incluye derechos de sala, lente intraocular, visco elástico de alta densidad, biometría, honorarios de anestesia, honorarios de oftalmología, dos controles post operatorios) se deben facturar los materiales según la hoja de los gastos.	SERVICIO
26	85101501	O94202	SONDEO Y LAVADO DE LAS VÍAS LAGRIMALES VÍA ENDOSCÓPICA, DRENAJE INCLUYE: DERECHOS DE SALA, MATERIALES, HONORARIOS DE OFTALMOLOGO, DOS CONTROL POST PROCEDIMIENTO.	SERVICIO

27	85101501	147403	VITRECTOMÍA POSTERIOR ASISTIDA NO INCLUYE MEDICAMENTOS, INCLUYE: DERECHOS DE SALA, MATERIALES, HONORARIOS DE OFTALMOLOGO Y ANESTESIA, VALORACION OFTALMOLOGÌA, VALORACIÒN PREANESTESICA, DOS CONTROL POST PROCEDIMIENTO. se deben facturar los materiales según la hoja de los gastos.	SERVICIO
28	85101501	147402	RETINOPEXIA CON BUCLE ESCLERAL EN 360º NO INCLUYE MEDICAMENTOS, INCLUYE: DERECHOS DE SALA, MATERIALES, HONORARIOS DE OFTALMOLOGO Y ANESTESIOLOGO, VALORACION OFTALMOLOGÌA, VALORACIÒN PREANESTESICA , DOS CONTROL POST PROCEDIMIENTO	SERVICIO
APOYO DIAGNOSTICO				
29	85121610	951302	ULTRASONOGRAFIA OCULAR MODO AB (ECOGRAFIA OCULAR UNILATERAL)	SERVICIO
30	85121610	952001	BIOMETRIA OCULAR UNILATERAL	SERVICIO
31	85121610	952501	PAQUIMETRIA UNILATERAL	SERVICIO
32	85121610	951102	FOTOGRAFÍA A COLOR DE SEGMENTO ANTERIOR DEL OJO UNILATERAL (FOTO DE FONDO DE OJO)	SERVICIO
33	85121610	951103	FOTOGRAFÍA A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO UNILATERAL (FOTO DE FONDO DE OJO)	SERVICIO
34	85121610	950501	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL Y PERIFERICO CONVENCIONAL BILATERAL	SERVICIO
35	85121610	950505	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO BILATERAL	SERVICIO
36	85121610	951202	ANGIOGRAFÍA OCULAR DE SEGMENTO ANTERIOR DEL OJO UNILATERAL CON FLUORESCENCIA INCLUYE: MEDIO DE CONTRASTE **PREVIA AUTORIZACION CTC BOGOTÀ**	SERVICIO
37	85121610	951203	ANGIOGRAFÍA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO UNILATERAL CON FLUORESCENCIA INCLUYE: MEDIO DE CONTRASTE**PREVIA AUTORIZACION CTC BOGOTÀ**	SERVICIO
38	85121610	950602	INTERFEROMETRÍA UNILATERAL	SERVICIO
39	85121610		INTERFEROMETRÍA BILATERAL	SERVICIO
40	85121610	951501	TOPOGRAFÍA COMPUTADA CORNEAL SIMPLE UNILATERAL (PENTACAM)	SERVICIO
41	85121610	951502	TOPOGRAFÍA COMPUTADA CORNEAL POR ELEVACIÓN UNILATERAL (PENTACAM)	SERVICIO
42	85121610	950610	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES	SERVICIO
APOYO TERAPEUTICO				
43	85101501	136505	CAPSULOTOMÍA POSTERIOR ASISTIDA YAG LASSER UNILATERAL: PAQUETES QUIRÚRGICOS A TODO COSTO INCLUYE: DERECHOS DE SALA, MATERIALES, HONORARIOS DE ANESTESIOLOGO Y OFTALMOLOGO, VALORACION POR OFTALMOLOGIA, VALORACION PREANESTESICA, DOS CONTROLES POS OPERATORIOS.	SERVICIO
44	85101501	121102	IRIDOTOMÍA POSTERIORASISTIDA YAG LASSER UNILATERAL: PAQUETES QUIRÚRGICOS A TODO COSTO INCLUYE: DERECHOS DE SALA, MATERIALES, HONORARIOS DE ANESTESIOLOGO Y OFTALMOLOGO, VALORACION POR OFTALMOLOGIA, VALORACION PREANESTESICA, DOS CONTROLES POS OPERATORIOS Y AYUDAS DIAGNOSTICAS DIFERENTES A LABORATORIO CLINICO (SERVICIO)	SERVICIO

45	85101501	144103	IDENTACION ESCLERAL CON IMPLANTACION TAMPONAMIENTO INTERNO CON GAS (NEUMORETINOPEXIA).	SERVICIO
46	85101501	144103	FOTOCOAGULACION (LASER) POR RETINOPATIA DIABETICA UNILATERAL.	SERVICIO
47	85101501	144103	FOTOCOAGULACION FOCAL MACULAR UNILATERAL	SERVICIO
48	85101501	144103	PANFOTOCOAGULACION DE RETINA CON LASER ARGON O KRIPTON UNILATERAL	SERVICIO
SERVICIO NO POS				
49	85121610	951901	TOMOGRAFÍA ÓPTICA DE SEGMENTO ANTERIOR BILATERAL **PREVIA AUTORIZACION DE CTC DISAN BOGOTÀ**	SERVICIO
50	85121610	951901	TOMOGRAFÍA ÓPTICA DE SEGMENTO ANTERIOR UNILATERAL **PREVIA AUTORIZACION DE CTC DISAN BOGOTÀ**	SERVICIO
51	85121610	951902	TOMOGRAFIA ÓPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR BILATERAL **PREVIA AUTORIZACION DE CTC DISAN BOGOTÀ**	SERVICIO
52	85121610	951902	TOMOGRAFIA ÓPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR UNILATERAL **PREVIA AUTORIZACION DE CTC DISAN BOGOTÀ**	SERVICIO
53	85121610	951901	TOMOGRAFÍA ÓPTICACOHERENTE DE RETINA UNILATERAL **PREVIA AUTORIZACION DE CTC DISAN BOGOTÀ**	SERVICIO
54	85121610	951901	TOMOGRAFÍA ÓPTICA COHERENTE PARA NERVIO OPTICO UNILATERAL **PREVIA AUTORIZACION DE CTC DISAN BOGOTÀ**	SERVICIO
55	85121610		APLICACIÓN DE INYECCION INTRAVITREA **PREVIA AUTORIZACION DE CTC DISAN BOGOTÀ**	SERVICIO
56	85121610	N/A	PROTESIS OCULARES **PREVIA AUTORIZACION DE CTC DISAN BOGOTÀ**	SERVICIO
SERVICIO DE OPTOMETRIA				
No.	**CODIGO UNSPC**	**CODIGO CUPS**	**DESCRIPCION DEL SERVICIO**	**CANTIDAD**
57	85121702	890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OPTOMETRÌA	SERVICIO
58	85121702	890307	CONSULTA DE CONTROL POR ESPECIALISTA EN OPTOMETRÌA	SERVICIO
59	85121702	890207-1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRA ESPECIALISTA EN ORTOPTICA	SERVICIO
60	85121702	890307-1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRA ESPECIALISTA EN ORTOPTICA	SERVICIO
61	85121702	953501	TERAPIA ORTOPTICA O SECCION TRATAMIENTO DE ORTOPTICA PARA MANEJO DE PROBLEMAS MOTORES Y PLEOPTICA	SERVICIO

El OFERENTE :

(Nombre, número del documento de identificación y firma del OFERENTE o su representante o apoderado)