ACTA DE EVALUACIÓN TÉCNICA DE LA OFERTA PRESENTADA PARA PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS DE GASTROENTEROLOGÍA Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA AVANZADA PARA EL HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.

1. **VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS.**

<table>
<tr><td>DOCUMENTOS Y REQUISITOS:</td><td>OFERENTE:
GASTROCENTER CENTRO DE GASTROENTEROLOGÍA Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA AVANZADA S.A.S</td></tr>
<tr><td>Descripción del valor de la propuesta técnica, en pesos colombianos.

<table>
<tr><th>ACTIVIDAD</th><th>MODALIDAD DE PAGO</th><th>TARIFA</th></tr>
<tr><td>Consulta e interconsulta Gastroenterología adultos</td><td>Evento</td><td rowspan="2">Según anexo 1</td></tr>
<tr><td>Consulta e interconsulta Gastroenterología pediátrica</td><td>Monto Fijo</td></tr>
<tr><td>Procedimientos diagnósticos y terapéuticos y los insumos requeridos para los mismos</td><td>Evento</td><td>Según anexo 2 y 3</td></tr>
</table>
Para Consulta e interconsulta Gastroenterología pediátrica Se reconocerá un valor mensual de CINCO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE ($5.250.000) , por Consultas de primera vez por especialista en Gastroenterología pediatrica a demanda del hospital (30 consultas entre primera vez y control), Consultas de control o seguimiento por especialista en Gastroenterología pediatrica a demanda del hospital (30 consultas entre primera vez y control), interconsultas por especialista en gastroenterología pediatrica a necesidad del hospital y participacion en las juntas medicas que el hospital considere necesaria su participacion o acompañamiento.

Cuando se realice un procedimiento el CONTRATISTA será el encargado de suministrar los insumos relacionados con el procedimiento, y todos los utilizados en el pre operatorio, transoperatorio y posoperatorio y estos se reconoceran según valor pactado.

El suministro de estos insumos deberán cumplir las siguientes características:
1. Todos los insumos ingresados deberán tener registro Invima, fecha de fabricación y vencimiento, laboratorio fabricante y valor económico.</td><td>El valor de la propuesta presentada corresponde a la suma de TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA MIL DOSCIENTOS OCHO PESOS M/CTE. ($374.350.208). El valor de la propuesta se adapta al valor del presupuesto del hospital. En la Disponibilidad Presupuestal 335 del 17 de junio del 2024.</td></tr>
</table>

2. Los insumos utilizados en los procedimientos diagnosticos o terapeuticos seran utilizados según las recomendaciones del fabricante y cumpliendo con la politica de reuso de la institución.

Los equipos biomédicos requeridos para procedimientos serán dispuestos en comodato, y su mantenimiento preventivo como correctivo estará a cargo del CONTRATISTA.

El contratista debe aportar al Hospital:

- Inventario de equipos que hacen parte del contrato, describiendo marca, modelo, serie y clasificación del riego.
- Registro sanitario o permiso de comercialización
- Hojas de vida.
- Cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo.
- Certificados de calibración si los equipos pesan, miden o cuentan
- Certificado de verificación metrológica si los equipos no pesan, miden o cuentan.
- Además, ejecutar el plan de mantenimiento preventivo de los equipos objeto del contrato durante el periodo del mismo, con la frecuencia recomendada por el fabricante, así como el mantenimiento correctivo, en ambos casos incluyendo todas las partes y los repuestos requeridos, dejando los reportes en físico o digitales describiendo el procedimiento realizado, en la oficina del proceso de Ingeniería Hospitalaria.
- Atender los llamados del Hospital derivados del mal funcionamiento de equipo durante el término del contrato. Si el contratista evidencia la necesidad de retirar el equipo clasificado en riesgo IIB y III deberá gestionar la contingencia o respaldo mientras se restablece el funcionamiento del mismo
- Garantizar que el Personal técnico encargado de la instalación, capacitación y mantenimiento éste debidamente inscrito al INVIMA.
- Garantizar el suministro de consumibles y repuestos de los dispositivos médicos durante su vida útil dentro del territorio nacional e informar respecto a los proveedores autorizados.

ANEXO 1

TARIFAS CONSULTAS	CODIGO	COSTO
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR CIRUGIA GASTROINTESTINAL	890234	64.890
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	890246	64.890

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL (CADA VALORACIÓN AL PACIENTE)	890341	64.890
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA (CADA VALORACIÓN AL PACIENTE)	890346	64.890
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL	890441	64.890
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA (CADA VALORACIÓN AL PACIENTE)	890446	64.890
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	Monto Fijo: $5.250.000	
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA (CADA VALORACIÓN AL PACIENTE)		
INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA (CADA VALORACIÓN AL PACIENTE)		
PARTICIPACION EN JUNTAS MEDICAS QUE SEA CITADO POR PARTE DEL HOSPITAL SEGÚN NECESIDAD		

ANEXO 2

DESCRIPCIÓN	CÓDIGO	NOMBRE COMÚN	COSTO
MIOTOMIA PERORAL ENDOSCOPICA POEM PARA TRATAMIENTO DE ACALASIA NEPS	293102	POEM	23.990.000
MIOTOMIA PERORAL ENDOSCOPICA POEM PARA TRATAMIENTO DE ACALASIA OTRAS EPS	421102	POEM	23.990.000
ESOFAGOSTOMIA CON MIOTOMIA CERVICAL VIA ENDOSCOPICA	421102	DIVERTICULECTOMIA ESOFAGICA	3.700.000
ESOFAGOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL	422002		392.137
ESOFAGOSCOPIA VIA ORAL EXPLORATORIA O DIAGNOSTICA SIN BIOPSIA	422003		392.137
INYECCION EN ESOFAGO DE SUSTANCIA PROFILACTICA O TERAPEUTICA VIA ENDOSCOPICA	422004		444.465
BIOPSIA DE ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA	422602		301.980
POLIPECTOMIA DE ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA	423301		826.930
CONTROL DE HEMORRAGIA DE ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA	423302		500.360
INYECCION (ESCLEROSIS) DE VARICES ESOFAGICAS VIA ENDOSCOPICA	423304		507.500
LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS VIA ENDOSCOPICA	423305		870000
ABLACION DE LESION ESOFAGICA VIA ENDOSCOPICA	423306		826.930
RESECCION DE LESION MUCOSA DE ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA	423308		1.525.332
RESECCION DE LESION SUBMUCOSA DE ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA	423309	ESD ESOFAGO	9.212.000
CIERRE DE PERFORACION O FISTULA ESOFAGICA VIA ENDOSCOPICA	425801		2.734.000
INSERCION DE TUBO O PROTESIS (STENT) PERMANENTE EN ESOFAGO SOD	428100		754.593
REPOSICIONAMIENTO DE DISPOSITIVO EN ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA	429601		444.465
DILATACION ESOFAGICA CON DISPOSITIVO	429209		826.930

INSERCION DE DISPOSITIVO EN ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA	429301		754.593	
EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN ESOFAGO	429405		550.000	
INSERCION DE OTRO DISPOSITIVO ESOFAGOGASTRICO	429501		754.593	
REPOSICIONAMIENTO DE DISPOSITIVO EN ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA	429601		444.465	
EXTRACCION DE DISPOSITIVO EN ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA	429602		490.000	
GASTROSTOMIA VIA PERCUTANEA (ENDOSCOPICA)	431002		870.000	
ESCISION DE POLIPOS GASTRICOS VIA ENDOSCOPICA	434001	POLIPECTOMIA GASTRICA	1.525.332	
LIGADURA ENDOSCOPICA DE VARICES GASTRICAS	434101		500.360	
CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA MEDIANTE ESCLEROTERAPIA	434102		530.000	
VIDEOCAPSULA ENDOSCÓPICA	451302		6000000	
CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA MEDIANTE CORRIENTE BIPOLAR	434103		826.930	
RESECCION DE LESION O TUMOR SUBMUCOSO GASTRICO VIA ENDOSCOPICA	434201	ESD ESTOMAGO	9.212.000	
MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA GASTRICA SOD	434500		1.525.232	
ESOFAGOGASTRODUODEOSCOPIA [EGD] CON EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO	441301		550.000	
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA	441302		460.000	
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON MAGNIFICACION O CROMOENDOSCOPIA	441303		728.000	
MARCACION DE LESION EN ESOFAGO ESTOMAGO O DUODENO VIA ENDOSCOPICA	441304		728.000	
DILATACION DE PILORO VIA ENDOSCOPICA	442201		1.258.196	
DILATACION DE ANASTOMOSIS GASTROENTERICA VIA ENDOSCOPICA	442202		1.258.196	
CONTROL DE HEMORRAGIA GASTRICA O DUODENAL CON DISPOSITIVO VIA ENDOSCOPICA	444305		500.360	
CIERRE DE PERFORACION O FISTULA GASTRICA VIA ENDOSCOPICA	446303	CIERRE FISTULA GASTRICA	2.700.000	
ABLACION DE LESION GASTRICA VIA ENDOSCOPICA	449001	ARGON PLASMA ESTOMAGO	1.347.000	
EXTRACCION DE DISPOSITIVO INTRAGASTRICO RESTRICTIVO POR ENDOSCOPIA	449401		728.465	
ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO DELGADO SOD	451200		728.000	
ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL SOD	451200		728.000	
INSERCION ENDOSCOPICA DE DISPOSTIVO DUODENAL	451303		1.570.000	
ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO DESPUES DE DUODENO CON BIOPSIA	451306	ENTEROSCOPIA	3750000	
CONTROL DE HEMORRAGIA DE INTESTINO DELGADO CON DISPOSITIVO VIA ENDOSCOPICA	451307	ENTEROSCOPIA	3750000	

RESECCION O ABLACION DE LESION DE INTESTINO DELGADO VIA ENDOSCOPICA	451308	ENTEROSCOPIA	3750000	
MARCACION DE LESION EN INTESTINO DELGADO VIA ENDOSCOPICA	451310	ENTEROSCOPIA	3750000	
ENDOSCOPIA DEL INTESTINO GRUESO A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL	452201		815.000	
COLONOSCOPIA TOTAL	452301		815.000	
COLONOSCOPIA CON MAGNIFICACION O CROMOENDOSCOPICA	452303		1.237.000	
MARCACION DE LESION EN COLON VIA ENDOSCOPICA	452304		815.000	
COLONOSCOPIA TOTAL CON O SIN BIOPSIA	452305		815.000	
SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE O RIGIDA	452401		395.000	
BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO ESCALONADA VIA ENDOSCOPICA (10 O MAS)	452502		882.880	
RESECCION O ABLACION DE LESION DE DUODENO VIA ENDOSCOPICA	453002	ARGON PLASMA DE DUODENO	1.436.850	
CONTROL DE HEMORRAGIA DE COLON O RECTO VIA ENDOSCOPICA	454203		815.000	
MUCOSECTOMIA DE COLON O RECTO VIA ENDOSCOPICA	454205		1.436.850	
DISECCION DE LA SUBMUCOSA EN COLON O RECTO VIA ENDOSCOPICA	454206		9.212.000	
RESECCION DE LESION DE INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPICA (1- 3)	454207	POLIPECTOMIA RECTO Y COLON	1.525.300	
RESECCION DE LESION DE INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPICA (4 - 10)	454208	POLIPECTOMIA RECTO Y COLON	1.525.300	
RESECCION DE LESION DE INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPICA (11 O MAS)	454209	POLIPECTOMIA RECTO Y COLON	1.525.300	
ABLACION DE LESION EN INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPICA	454210	TERAPIA ARGON DE COLON	1.523.300	
INSERCION DE DISPOSITIVO EN INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPICA	454301		1.425.000	
REPARACION O CIERRE DE PERFORACION DE INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPICA	467906	ENDOVAC PARA FISTULAS	3.450.000	
DESCOMPRESION ENDOSCOPICA DE DILATACION AGUDA DE COLON (OGILVIE)	468020		815.000	
DESCOMPRESION ENDOSCOPICA DE VOLVULO DE COLON (SIGMOIDE)	468021		815.000	
DESPLAZAMIENTO DE CONTENIDO INTESTINAL POR ENDOSCOPIA	468102		815.000	
DILATACION DEL COLON POR COLONOSCOPIA	468501		872.880	
EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINO DELGADO	469701		728.465	
EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINO GRUESO	469702		815.000	
PROCTOSIGMOIDOSCOPIA A TRAVES DEL ESTOMA ARTIFICIAL	482201		395.000	
PROCTOSIGMOIDOSCOPIA	482301		542.252	
BIOPSIA CERRADA (ENDOSCOPICA) DE RECTO O SIGMOIDE SOD	482400		395.000	
DILATACION INSTRUMENTAL ENDOSCOPICA DE RECTO SOD	489400		826.930	
LIGADURA DE HEMORROIDES	494001		815.000	
INYECCION (ESCLEROSIS) EN HEMORROIDES	494201		815.000	

DRENAJE BILIAR VIA ENDOSCOPICA Y COLOCACION DE DISPOSITIVO	510302		1.525.332
COLANGIO-PANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA SOD	511000		1.258.196
COLANGIOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA (TRANSDUODENAL)	511102		937.831
BIOPSIA ESFINTER DE ODDI VIA ENDOSCOPICA	511705		1.347.030
BIOPSIA DE VIA BILIAR POR COLEDOCOSCOPIA	511707	SPY GLASS SPY BITE	20.895.000
FULGURACION DE LESIONES POR COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA SOD	512200		1.415.000
LITOTRIPSIA BILIAR POR COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA	512301		1.436.850
LITOTRIPSIA INTRADUCTAL POR COLEDOSCOPIA	512302	SPY GLASS LITOTRIPCIA HE	21.895.000
ESCISION DE LESION EN LAS VIAS BILIARES VIA ENDOSCOPICA	516401		1.525.332
ESCISION DE LA AMPOLLA DE VATER VIA ENDOSCOPICA	516402	AMPULECTOMIA VIA ENDOSCOPICA	4.120.000
DILATACION DE ESFINTER DE ODDI	518101		1.525.332
DILATACION ENDOSCOPICA DE AMPOLLA Y DEL CONDUCTO BILIAR	518401		1.525.332
ESFINTERECTOMIA Y PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA SOD	518500		1.347.030
EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DE LAS VIAS BILIARES CON ESFINTEROTOMIA	518801		1.436.850
INSERCION DE DISPOSITIVO EN VIA BILIAR VIA ENDOSCOPICA	518902		1.525.332
EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE VIA BILIAR VIA ENDOSCOPICA	519503		1.525.332
EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CONDUCTO PANCREATICO VIA ENDOSCOPICA	523201		1.436.850
EXTRACCION DE DISPOSITIVO DEL CONDUCTO PANCREATICO VIA ENDOSCOPICA	523202		1.436.850
DRENAJE TRANSGASTRICO ENDOSCOPICO DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREATICO	524101		1.510.000
DRENAJE TRANSAMPULAR ENDOSCOPICO DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREATICO	524102		1.370.000
INSERCION ENDOSCOPICA DE TUBO TUTOR (PROTESIS, STENT) EN EL CONDUCTO PANCREATICO SOD	529300		1.450.000
EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DEL CONDUCTO PANCREATICO SOD	529400		1.436.850
DILATACION ENDOSCOPICA DE DUCTO PANCREATICO SOD	529800		1.450.000
BIOPSIA POR PUNCION Y ASPIRACION GUIADA POR ECOENDOSCOPIA	542901	EUS CON PUNCION Y BIOPSIA	3.976.000
ECOGRAFIA ENDOSCOPICA DE ESOFAGO	881312	EUS ESOFAGO	1.780.000
ECOGRAFIA ENDOSCOPICA DE ESTOMAGO O DUODENO	881314	EUS ESTOMAGO	1.980.000
ECOGRAFIA ENDOSCOPICA BILIOPANCREATICA	881317	EUS BILIOPANCREATICA	2.430.000
ECOGRAFIA ENDOSCOPICA DE RECTO	881319	EUS RECTO	1.780.000
DRENAJE DE SEUDOQUISTE DE		TERAPEUTICA	4.950.000

	BALON GASTRICO	2.500.000		
	FLUSHKNIFE	2.891.700		
	ARGON PLASMA	498.407		
	AGUJA DE ESCLEROTERAPIA	270.000		
	SONDA DE GASTROSTOMIA	350.700		
	PAPILOTOMO CURVO	987.350		
	PAPILOTOMO DE PUNTA	987.350		
	GUIA HIDROFILICA DE 0.035"	902.120		
	GUIA HIDROFILICA DE 0.025"	970.325		
	BALON DE EXTRACCION DE CALCULOS	1.025.880		
	CANASTILLA EXTRACTORA DE CALCULOS EXAGONAL	1.025.880		
	BALON DE DILATACION DE VIA BILIAR	937.525		
	PISTOLA PARA BALON DILATADOR	680.550		
	KIT DE GASTROSTOMIA	776.853		
	KIT DE GASTROSTOMIA CON EXTENSIONA YEYUNO	2.530.000		
	KIT DE LIGADURA ENDOSCOPICA DE VARICES	1.075.487		
	KIT DE LIGADURA ENDOSCOPICA DE HEMORROIDES	316.250		
	AGUJA DE PUNCION DE ENDOSONOGRAFIA FNA	1.800.000		
	AGUJA DE PUNCION DE ENDOSONOGRAFIA FNB	2.278.315		
	OTROS INSUMOS NECESARIOS PARA LOS PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS			

Presentar las Hojas de Vida del personal con las que la empresa prestara el servicio, con el ánimo de verificar la idoneidad del contratista y brindar la seguridad a los usuarios que acuden a nuestra Institución para lo cual deben cumplir los siguientes requisitos que serán verificados por el profesional universitario de Gestión Humana y Subdirección Científica, el cual deberán certificar el cumplimiento de los requisitos exigidos, sin que esto se pueda entender que se está violando con la autonomía del contratista ya que solo se trata de una verificación de documentos y requisitos que exige la norma para poder prestar los servicios de salud.

Es verificado y revisado su cumplimiento por la Oficina del Subdirector Científico del Hospital, la cual certifican que cumplen.

Base de Datos Digital (EXCEL) con la siguiente información:

PROFESIONAL ESPECIALIZADO		
INFORMACIÓN GENERAL	N° CEDULA CIUDADANIA Y/O EXTRANJERIA	SI
	NOMBRE	SI
	SEXO	SI
	NUMERO DE TARJETA PROFESIONAL (SI APLICA)	SI
	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA)	SI
	CORREO ELECTRONICO	SI

PANCREAS GUIADO POR ULTRASONOGRAFIA ENDOSCOPICA (CISTOGASTROSTOMIA)			
DRENAJE BILIAR GUIADO POR ULTRASONOGRAFIA ENDOSCOPICA		TERAPEUTICA	4.950.000
NEUROLISIS DEL PLEXO CELIACO GUIADO POR ULTRASONOGRAFIA ENDOSCOPICA		TERAPEUTICA	4.950.000
INSERCION ENDOSCOPICA DE SONDA NASOYEYUNAL	960801		491.103
SUSTITUCION DE SONDA DE GASTROSTOMIA	970200		500.000

ANEXO 3

NOMBRE DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS PERTINENTES PARA LOS PROCEDIMIENTOS	COSTO
PINZA DE CUERPO EXTRAÑO	519.697
PINZA COAGRASPER/PINZA HEMOSTATICA 360	No hay para importación al momento
PINZA DE BIOPSIA DE COLONOSCOPIA	90.000
PINZA DE BIOSIA DE GASTROSCOPIA	90.000
ASA DE POLIPECTOMIA DE 2.5 CM	270.000
ASA DE POLIPECTOMIA DE 5 CM	270.000
ASA DE POLIPECTOMIA DE 10 MM	270.000
ASA FRIA DE POLIPECTOMIA OVAL	268.000
ASA DE POLIPECTOMIA HEXAGONAL	237.000
ASA DE POLIPECTOMIA OVAL	237.000
CLIPS METALICOS 360 RESOLUTION X 4	3.200.000
STENT BILIAR TEFLON 5 FR	417.600
STENT BILIAR TEFLON 7 FR	417.600
STENT BILIAR DE TEFLON 10 FR	417.600
INTRODUCTOR DE STENT BILIAR 7, 8,5 Y 10 FR	596.770
STENT BILIAR METALICO AUTOEXPANDIBLE DE 10 FR	4.743.750
STENT ESOFAGICO AUTOEXPANDIBLE MONO HOMBRO	4.743.750
STENT ESOFAGICO AUTOEXPANDIBLE MONO CUERPO	4.743.750
STENT DUODENAL	4.743.750
STENT COLONICO	4.743.750
SPYGLAS SPYBITE	13.919.923
ALQUILER DE TORRE	1.000.000
SPYGLASS AUTOLITH	14.695.525
ALQUILER DE TORRE	1.000.000
BALON DE DILATACION NEUMATICA ESOFAGICA	1.400.000
BALON DE DILATACION DE ACALASIA HERCULES	2.501.384

	CEDULA | NOMBRES | Actividad a desarrollar | Ingresos | Retiros | Inicio del Mes | Final de Mes ✓ Plan de Capacitación con forme a las necesidades de capacitación detectadas para la prestación del servicio. ✓ Ejecución del Plan de Capacitación mensual. Tema Capacitación | Actividad que Desarrolla | N° Persona a quien va dirigida | N° de Personas que asistieron | Porcentaje de Adherencia ✓ Para el personal nuevo certificación de Inducción General y Especifica ✓ Certificado de reinducción Institucional de acuerdo a la programación del hospital. ✓ Listado de personal mensual que desarrolla las actividades. ✓ Presentar informe de medición de satisfacción y cultura organizacional y ejecución mensual del plan implementado. ✓ Informe de evaluación de desempeño. Las hojas de vida que no anexen los documentos exigidos por la institución para verificar requisitos no serán tenidas en cuenta y por lo tanto no se dará código para prestar los servicios contratados en aras de salvaguardar la seguridad de nuestros usuarios.	
EXPERIENCIA DEL PROPONENTE Y CUMPLIMIENTO DE CONTRATOS REALIZADOS: El oferente debe acreditar, mediante la presentación de certificaciones, su experiencia general relacionada con la prestación de servicios de PROFESIONALES ESPECIALIZADOS, en las que se demuestre la suscripción, desarrollo y ejecución de contratos cuyo objeto esté relacionado con tales actividades. Dichas certificaciones deberán contener la siguiente información: • Descripción del objeto desarrollado. • Cumplimiento del contrato • Duración del contrato • Cuantía del contrato • Certificación de satisfacción por parte del usuario.	Es verificado y revisado su cumplimiento por la Oficina del Subdirector Científico del Hospital, la cual certifican que cumplen.

2. ANÁLISIS DEL CONTENIDO DE LA PROPUESTA:

- El oferente describe en su propuesta los servicios que prestará al hospital.
- El oferente cuenta con un largo y positivo historial de prestación de servicios en cirugía de tórax

	TIPO DE VINCULACIÓN	SI
	ACTIVIDAD A DESARROLLAR	SI
	PROCESO (Asistencial - Administrativos)	SI
	SUBPROCESO	SI
	FECHA DE INGRESO (PARA INDICE DE ROTACION DE PERSONAL)	SI
	FECHA DE RETIRO	SI

Presentar los requisitos en el siguiente orden, los cuales deben ser adjuntados digitalmente en formato pdf por cada documento solicitado de forma individual, por asociado y actividad a desarrollar.
Nota: Los documentos deben ser legibles

REQUISITOS LEGALES	FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA	SI
	Documento de Identificación	SI
	Libreta Militar (Hombres)	SI
	ANTECEDENTES FISCALES (VIGENCIA NO MAYOR A 3 MESES)	SI
	ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS (VIGENCIA NO MAYOR A 3 MESES)	SI
	ANTECEDENTES JUDICIALES (VIGENCIA NO MAYOR A 3 MESES)	SI
	CERTIFICADO ETICA MEDICA (VIGENTE)	N/A
REQUISITOS DE FORMACION ACADEMICA	**DIPLOMA** PREGRADO / TECNOLOGO / TECNICO	SI
	ACTA DE GRADO PREGRADO / TECNOLOGO / TECNICO	SI
	CONVALIDACION DE TITULO CUANDO APLIQUE PREGRADO	SI
	VERIFICACION DE TITULO PREGRADO	SI
	RETHUS	SI
	TARJETA PROFESIONAL CUANDO APLIQUE PREGRADO	SI
	RESOLUCIÓN DEL PARA EJERCER LA PROFESION (Ministerio de Salud o SDSC)	SI
OTROS REQUISITOS	INDUCCION ESPECIFICA	SI
	PRUEBA PSICOTECNICA	SI
	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	SI
	EXPERIENCIA LABORAL	SI
	PROFESION	SI
	N° De Horas Mensuales Contratadas	SI

Reporte de indicadores el cual contenga:

- ✓ Rotación de personal

			Ingresos y Retiros	**Total de trabajadores**

3. CONCLUSIONES:

De la evaluación técnica realizada se evidencia que la oferta presentada por **GASTROCENTER CENTRO DE GASTROENTEROLOGÍA Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA AVANZADA S.A.S.,** cumple con los requisitos solicitados en los estudios de conveniencia, donde se declara no encontrarse incurso en inhabilidad o incompatibilidad para contratar, documentos que fueron verificados por la oficina de Gestión Humana y Subdirección Científica del hospital, conforme a los requerimientos y las normas que rigen nuestra contratación, por lo que se sugiere contratar con ellos por un valor de **TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA MIL DOSCIENTOS OCHO PESOS M/CTE. ($374.350.208).**

Dado en Popayán, a los veintiún (21) días del mes de junio de 2024.

YINA ANDREA ROMERO IMBACHI
Subdirectora Científica

EDWIN FARITH OBANDO GARCIA
Profesional Universitario de Gestión Humana