HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E.	**SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**		
	FORMATO SOLICITUD DE PRE-COTIZACION PARA ESTUDIO DE MERCADO		
Código: HSR-ARF-ABS-P01-F06		**Versión: 02**	**Página: 1 de 1**
HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E			
1. Datos generales.			
	Fecha de solicitud:	**JUNIO DEL 2024**	
	El Hospital San Rafael de El Espinal Tolima E.S.E. de conformidad con los principios de transparencia y publicidad para la contratación, tiene el gusto de invitarlo a presentar pre-cotización, conforme a lo estipulado en el siguiente:		
	La precotización solicitada servirá de base para la elaboración de un estudio de mercado y precios, por lo tanto, no constituye en sí misma una oferta y consecuentemente NO obliga a las partes.		
	Proveedor:	UNIDAD OFTALMOLÓGICA DE ALTA TECNOLOGÍA S.A.S.	
	Cedula y/o NIT:	900.606.427-8	
	Objeto:	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA PROCEDIMIENTOS OFTALMOLÓGICOS EN EL HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E. DE EL ESPINAL.	
	Plazo para presentar la Pre - cotización:	10 DIAS	
	Lugar y fecha máxima para presentar la pre-cotizacion:	EL ESPINAL, JUNIO DEL 2024	

	2. Especificaciones técnicas de la obra, bien o servicio que se pretende adquirir.		
	Ha de suscribirse con una persona jurídica que tenga la suficiente idoneidad y experiencia en el objeto del futuro contrato, y capacidad para ejecutarlo, además que se ajusten a las condiciones técnicas y financieras dispuestas por el hospital. **PERFIL REQUERIDO:** Los especialistas que disponga el contratista para la ejecución de las actividades del contrato deben ser profesionales en Oftalmología de alta experiencia en los procedimientos ofertados, con excelentes cualidades profesionales, humanas, actitud de servicio hacia el paciente, responsabilidad plena en cada una de sus actuaciones, con capacidad técnica y científica suficiente para lograr la satisfacción plena de nuestros usuarios. De igual manera, deberá disponer de equipos Oftalmológico de avanzada tecnología		
	3. Condiciones de la contratación.		
	Plazo de ejecución:	SEIS (06) MESES	
	Forma de pago:	El Hospital San Rafael de El Espinal Tolima E.S.E. pagará el valor del contrato en pagos parciales, de acuerdo con los procedimientos realizados por mes y de conformidad con el esquema tarifario presentado por el contratista en su cotización el cual hace parte integral del presente contrato y previa presentación de los siguientes documentos: • Cuenta de cobro y/o factura de venta • Informe de actividades • Soporte de pago al sistema de seguridad social integral • Certificación de cumplimiento suscrito por el Supervisor **PARÁGRAFO**: Los servicios, actividades, procedimientos y tecnologías en salud serán reconocidos y pagados al CONTRATISTA según la modalidad de contratación y forma de pago pactada entre el HOSPITAL y las empresas promotoras de salud, entidades administradoras de planes de beneficios y demás	

		entidades responsables de pago. En caso de que ocurran cambios en la contratación con las empresas promotoras de salud, entidades administradoras de planes de beneficios y demás entidades responsables de pago, el contrato será objeto de modificación mediante la suscripción de un acta adicional y modificatoria.	
	Obligaciones:	**OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:** **1.** Ejecutar el objeto del contrato de acuerdo con lo estipulado en las condiciones para contratar y en la oferta presentada por el contratista. **2.** Realizar oportunamente los pagos al sistema de seguridad social y parafiscal de acuerdo con el artículo 23 de la Ley 1150 del 2007. **3.** Guardar la suficiente reserva profesional sobre la información que se obtenga del contratante. **4.** Responder por la calidad de los servicios prestados. **5.** Presentar informes al supervisor del contrato sobre el cumplimiento de las obligaciones, para la realización del respectivo pago. **6.** El contratista deberá asumir el pago de los impuestos que le corresponda cancelar de conformidad a la ley. **7.** Las demás que se requieran de acuerdo a la naturaleza del contrato. **OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA:** **1.** Prestar los servicios de salud especializados para procedimientos oftalmológicos, de acuerdo con la propuesta presentada por parte del contratista para la suscripción del contrato y su anexo respectivo. **2.** Ejecutar con plena autonomía técnica y científica el objeto del contrato. **3.** Prestar los servicios conforme a los procesos relacionados, con los criterios de calidad, seguridad, pertinencia, oportunidad y eficiencia debidas, conservando los principios de ética profesional. **4.** Contar con un equipo Laser Oftalmológico de avanzada tecnología y todos los materiales requeridos para los procedimientos.	

		5. Diligenciar en forma completa y adecuada la Historia Clínica de los pacientes. **6.** Prestar atención inmediata a través de las rutinas y procedimientos de diagnóstico, tratamiento clínico para asegurar la calidad de la asistencia médica a los pacientes. **7.** Orientar a los pacientes y a la familia sobre los cuidados y procedimientos realizados en las rutinas hospitalarias, así como en los cuidados después de ser dados de alta. **8.** Diligenciar la historia clínica dando respuesta a las valoraciones, interconsultas que sean solicitadas. **9.** Entregar a enfermería las órdenes relacionadas con el tratamiento de un paciente. **10.** Registrar o diligenciar el 100% de los formatos requeridos como soporte de facturación en las actividades médicas realizadas. **11.** Supervisar, capacitar y acompañar, las actividades de los estudiantes de acuerdo a los convenios docente asistencial. **12.** Realizar procedimientos especiales para establecer diagnósticos o para dar tratamiento a los pacientes que requieran de sus conocimientos en los servicios de atención ambulatoria u hospitalaria, urgencias, Cirugía, UCI, o de las diferentes áreas del Hospital. El seguimiento por procedimiento debe ser realizado por el médico tratante hasta la evolución satisfactoria del mismo, en común acuerdo con el servicio. **13.** Participar en las actividades clínicas, docentes, investigativas y/o administrativas en las cuales el hospital requiera de su intervención. **14.** Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, formatos de justificación de medicamentos, servicios e insumos NO POS, diligenciar y registrar en la historia clínica los reportes de estudios de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoría y el manual de historias clínicas de la Institución, respaldando toda actuación con su firma y sello.	

		15. En caso de presentarse glosas durante el proceso de recaudo, el Hospital revertirá al contratista si comprueba que existió culpabilidad de este último. **16.** Rendir los informes que requiera el supervisor del contrato o las diferentes áreas del hospital con ocasión de la ejecución de las actividades. **17.** Participar en las reuniones multidisciplinarias para toma de decisiones de pacientes y de los comités que sean necesarios para la revisión de historias clínicas, eventos adversos, juntas médicas, auditorias médicas y otras actividades médicas y administrativas y las que de aquellas se deriven que tengan relación con el servicio de salud contratado. **18.** Informar al Supervisor del contrato sobre cualquier novedad relacionada con el desarrollo del objeto contractual. **19.** Las demás que sean impartidas por el Supervisor del contrato, que se deriven o tengan relación con la naturaleza de la misma, de acuerdo con las directrices que imparta la Gerencia.	
	Lugar de ejecucion:	Hospital San Rafael E.S.E.		
	Observaciones:	N/A		
	Datos solicitante:	**Nombres y apellidos:**	HERNEY ARMANDO BURITICA MONCALEANO	
		Cargo:	SUBDIRECTOR OPERATIVO	
		Firma:		

UNIOFTALT
UNIDAD OFTALMOLOGICA DE ALTA TECNOLOGIA S.A.S

Adm/175-2024

Girardot, 24 de junio de 2024

Señores
HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL E.S.E
Atn: Dra. PAULA GONGORA
Espinal

Asunto: Cotización

Cordial Saludo:

La Unidad Oftalmológica de Alta Tecnología S.A.S., se permite cotizar los siguientes procedimientos oftalmológicos:

CUPS VIGENTE	DESCRIPCIÓN SERVICIO O PROCEDIMIENTO	VALOR TARIFA
952001	BIOMETRIA OCULAR (unilateral)	$ 62.300
082101	RESECCION DE CHALAZION VIA ANTERIOR	$ 305.500
082102	RESECCION DE CHALAZION VIA POSTERIOR	$ 305.500
106101	SUTURA EN LA CONJUNTIVA	$ 208.300
088201	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA UNICA DE PARPADO	$ 208.300
136505	CAPSULOTOMIA ASISTIDA	$ 250.000
103103	RESECCION SIMPLE DE PTERIGION (NASAL O TEMPORAL)	$ 393.600
890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	$ 35.000
890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	$ 35.000
951302	ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B	$ 120.700
950505	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO (unilateral)	$ 68.100
103101	RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA	$ 393.600
103105	RESECCION DE PTERIGION REPRODUCIDO (NASAL O TEMPORAL) CON INJERTO	$ 584.000
982101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE LA CONJUNTIVA	$ 50.000
110001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN CORNEA	$ 50.000
982102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN CORNEA O ESCLEROTICA	$ 50.000
103102	RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA CON INJERTO	$ 537.900
103104	RESECCION DE PTERIGION (NASAL O TEMPORAL) CON INJERTO	$ 584.000
950602	INTERFEROMETRIA (unilateral)	$ 43.400
121102	IRIDOTOMIA ASISTIDA	$ 250.000
952501	PAQUIMETRIA (unilateral)	$ 62.300
950610	RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES (unilateral)	$ 81.500

Carrera 7ª No. 20ª - 20 -
3107914203
administracion@unioftalt.com

UNIOFTALT

UNIDAD OFTALMOLOGICA DE ALTA TECNOLOGIA S.A.S

CUPS VIGENTE	DESCRIPCIÓN SERVICIO O PROCEDIMIENTO	VALOR TARIFA
103107	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE CONJUNTIVA SIN INJERTO	$ 393.600
083804	BLEFAROPLASTIA SUPERIOR	$ 896.200
082403	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO - ESPESOR TOTAL - UN TERCIO	$ 584.000
130003	EXTRACCION EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO (paquete incluye inserción lente)	$ 1.590.000
130002	EXTRACCION EXTRACAPSULAR MANUAL DE CRISTALINO (paquete incluye inserción lente)	$ 1.390.000
951901	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO ANTERIOR (unilateral)	$ 160.000
951902	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR (unilateral)	$ 160.000
115306	SUTURA DE CORNEA	$ 584.000
128101	SUTURA DE LA ESCLERA [ESCLERORRAFIA]	$ 584.000

Cualquier notificación puede ser realizada al número celular 3107914203 o al correo administracion@unioftalt.com

Atentamente

ROSA LILIANA BUITRAGO MEJIA
Representante Legal
UNIDAD OFTALMOLOGICA DE ALTA TECNOLOGIA SAS
Nit 900606427-8