ACTA DE EVALUACIÓN TÉCNICA DE LA OFERTA PRESENTADA PARA PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGIA, MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS PARA LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS, ATENCIÓN HOSPITALARIA, ATENCIÓN AMBULATORIA, CRÍTICOS Y ATENCIÓN QUIRÚRGICA

1. VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS.

DOCUMENTOS Y REQUISITOS:	OFERENTE: **ASOCIACION SINDICAL DE ANESTESIOLOGOS DEL CAUCA ASANESCA**

Descripción del valor de la propuesta técnica, en pesos colombianos.

$ 120.317 Valor/Hora

- ✓ Total de horas en el tiempo contratado será de 5.420 horas durante la ejecución del contrato.

CUPS	Descripción	Valor total
39140	INTERCONSULTA HOSPITALARIA	$ 58.700
89044	SEGUIMIENTO HOSPITALARIO	$ 58.700
39143	CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA	$ 41.900
39143	CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA AIC, ASMET, EMSSANAR	$ 40.685
39144	JUNTA MEDICO QUIRÚRGICA	$ 64.272

CUPS	Descripción	Valor total
819200	BLOQUEO NEUROMA POR LESIÓN ALGESIOLOGÍA	$ 214.240
53114	BLOQUEO REGIONAL DE PLEXO NERVIOSO GUIADO POR ECOGRAFÍA O FLUOROCOPIA ALGESIOLOGÍA	$ 814.112
53103	BLOQUEO SACROILIACO UNILATERAL INTRARTICULAR Y EXTRARTICULAR CON ARTROGRAFÍA - ALGESIOLOGÍA	$ 1.231.880
53103	BLOQUEO COXOFEMORAL (CADERA) UNILATERAL INTRARTICULAR Y EXTRARTICULAR CON ARTROGRAFÍA O SONOGRAFÍA - ALGESIOLOGÍA	$ 1.231.880
53114	BLOQUEO DE RODILLA UNILATERAL INTRARTICULAR Y EXTRARTICULAR CON ARTROGRAFÍA O SONOGRAFÍA - ALGESIOLOGÍA	$ 681.283
53114	BLOQUEO DE HOMBRO UNILATERAL INCLUYE: INTRARTICULAR MAS EXTRARTICULAR Y BURSA SACROACROMIAL SUBDELTOIDEA CON ARTROGRAFÍA O SONOGRAFÍA -	$ 681.283
48101	BLOQUEO DE NERVIO TRIGÉMINO INTRACRANEAL CON MEDIO DE CONTRASTE UNILATERAL - ALGESIOLOGÍA	$ 900.000
53114	BLOQUEO EPIDURAL BILATERAL: CERVICAL, TORÁXICO LUMBAR O CAUDAL CON ARTROGRAFÍA - ALGESIOLOGÍA	$ 950.895
53103	BLOQUEO TRANSFORAMINAL UNILATERAL: CERVICAL, TORÁXICO LUMBAR O SACRO CON ARTROGRAFÍA (UNO O VARIOS NIVELES) - ALGESIOLOGÍA	$ 1.098.032
39005	BLOQUEO BIFACETARIO: CERVICAL, TORÁXICO LUMBAR O CAUDAL CON ARTROGRAFÍA O SONOGRAFÍA - ALGESIOLOGÍA	$ 1.300.000
39500	PARCHE HEMÁTICO CON ARTROGRAFÍA O SONOGRAFÍA - ALGESIOLOGÍA	$ 900.000
53114	BLOQUEO DE PLEXO SIMPÁTICO UNILATERAL POR REGIÓN: CERVICAL, TORÁXICO, LUMBAR O HIPOGÁSTRICO CON ECO-	$ 1.350.000

El valor de la propuesta presentada corresponde a la suma de **NOVECIENTOS UN MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($901.836.554.oo).** El valor de la propuesta se adapta al valor del presupuesto del hospital. En la Disponibilidad Presupuestal N° **398 del 30 de julio de 2024.**

	GRAFÍA O FLUOROSCOPIA. INCLUYE 1 O MÁS NIVELES POR REGIÓN - ALGESIOLOGÍA	
53115	BLOQUEO BILATERAL DE PLEXO SIMPÁTICO PRESACRO DE GANGLIO IMPAR - ALGESIOLOGÍA	$ 1.045.000
53301	GANGLIOLISIS QUÍMICA DE PLEXO SIMPÁTICO UNILATERAL POR REGIÓN: CERVICAL, TORÁXICO, LUMBAR O HIPOGÁSTRICO CON ECOGRAFÍA O FLUOROSCOPIA. INCLUYE 1 O MÁS NIVELES POR REGÍON - ALGESIOLOGÍA	$ 1.700.000
53207	GANGLIOLISIS QUÍMICA BILATERAL DE PLEXO SIMPÁTICO PRESACRO DE GANGLIO IMPAR - ALGESIOLOGÍA	$ 1.500.000
38200	NEUROLISIS QUÍMICA BILATERAL DE RAÍCES NERVIOSAS ESPLÁCNICAS SUPERIORES Y DE PLEXO CELÍACO - ALGESIOLOGÍA	$ 1.531.000
32301	NEUROLISIS POR RADIOFRECUENCIA DE FACETAS CERVICALES, TORÁCICAS, LUMBARES, SACROILIACAS O COXOFEMORALES UNILATERAL Y/O BILATERAL - ALGESIOLOGÍA	$ 2.700.000
32301	NEUROLISIS POR RADIOFRECUENCIA DE PLEXO SIMPÁTICO UNILATERAL: CERVICAL, TORÁXICO, LUMBAR, HIPOGÁSTRICO O DE GANGLIO IMPAR UNO O VARIOS NIVELES POR REGIÓN -	$ 2.700.000

Nota 1: Los paquetes detallados anteriormente incluyen: a. Honorarios de Subespecialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos (Algesiólogo) y b. Honorarios de Anestesiología (segundo especialista también Algesiólogo).

Nota 2: En caso de procedimientos solicitados como dos paquetes, el segundo paquete se facturará al 75% del valor (diferente vía).

Nota 3 El Código 819200 BLOQUEO NEUROMA POR LESIÓN ALGESIOLOGÍA es general y de él se derivan los correspondientes a cada área o región, puede homologarse a Código 048201 o Código 048203 INYECCIÓN DE AGENTE ANESTESICO EN ESPACIO INTERFASCIAL DE NERVIO PERIFÉRICO. Se debe expresar claramente el lugar anatómico donde se vaya a hacer el bloqueo y si es único o múltiple (dos o más).

Nota 4: Incluyen insumos de radiofrecuencia detallados: 1) Pad de radiofrecuencia, 2) Estilete de radiofrecuencia, 3) Aguja de Radiofrecuencia 22G 10mm activa, 4) Uso de Equipo de radiofrecuencia durante el procedimiento.
Nota 5: Todos los procedimientos son guiados por imagen: Ecografía o Fluoroscopia y se realizaran en quirófano con asistencia de auxiliar de enfermería e instrumentador quirúrgico. En todos los procedimientos que requieran Ecografía el equipo requerido será proporcionado sin costos adicionales incluidos.

Nota 6: Cuando se realice un procedimiento, el CONTRATISTA será el encargado de suministrar los insumos relacionados con el procedimiento como se menciona en la nota 4, el suministro de estos insumos deberán cumplir las siguientes características:

a. Deberán ingresar al subproceso de gestión de suministros y activos fijos (almacén) como mínimo 24 horas hábiles antes del procedimiento del usuario, agendada por la oficina de programación de cirugía, para realizar los trámites administrativos necesarios por parte del hospital.
b. Todos los insumos ingresados mediante una hoja de remisión deberán tener registro Invima, ficha técnica, fecha de fabricación, vencimiento, laboratorio fabricante marca y lote y esta misma debe ser entregada a farmacia y valor económico
c. Todos los insumos ingresados deberán contar con factura y RUT del contratista, que serán entregados al subproceso de Suministros y activos fijos.
d. Las suturas o demás dispositivos médicos, según la indicación del fabricante serán de un solo uso por paciente.
e. Los insumos ingresados para el procedimiento o la prestación de servicios que **no sean utilizados**, el **contratista** deberá informar al Proceso de suministros y activos fijos para que se realice el respectivo registro en el sistema y devolución de los Dispositivos médicos.

f. Remitir al servicio farmacéutico el listado de los dispositivos adicionales (accesorios) que se requieran para el manejo y funcionamiento de los dispositivos médicos ingresados y suministrados al paciente.

Nota 7: Los equipos biomédico requeridos así como el apoyo tecnológico para procedimientos quirúrgicos de ser necesarios, su mantenimiento preventivo como correctivo estarán a cargo del CONTRATISTA durante la vigencia del contrato y deberá garantizar las condiciones técnicas relacionadas con mantener en óptimo funcionamiento el equipo durante el término del contrato. Todos los equipos deben incluir: inventario de los equipos con marca, modelo, serie, accesorios y numero de registro Invima, además de cronograma de mantenimiento preventivo, hojas de vida del equipo, certificado de calibración (cuando aplique) al proceso – líder de Ingeniería Hospitalaria.

Nota 8: Los costos o gastos en los incurra la ESE por falta de oportunidad o capacidad resolutiva del CONTRATISTA, para realizar consultas o intervenir quirúrgicamente a los pacientes objeto del contrato, serán descontados al pago del valor según contratación con las EPS.

Nota 9: En caso de requerir GUÍA ECOGRÁFICA es necesario utilizar adicionalmente el código CUPS 881701, así mismo de ser requerida FLUOROSCOPIA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS es necesario utilizar adicionalmente el código CUPS 873501.

Nota 10: El número de consultas de Seguimiento Hospitalario (CUPS 89044) tendrán un número máximo de cuatro (4) actividades por cada paciente. En caso de ser requeridos seguimientos adicionales se definirán en junta médica su necesidad entre la especialidad tratante, Algesiología y Cuidados Paliativos más Auditoria concurrente.

Nota 11: En caso de no encontrar el procedimiento en el listado anexo No. 1 Listado de cups paquetes y/o cuando se rompe el paquete; los honorarios del cirujano y par quirúrgico como Médico Ayudante se reconocerá el 70% del valor según lo pactado con las diferentes EAPB. Ver Tablas No.1 y 2

Tabla No. 1. TARIFA HONORARIOS MÉDICOS PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

ENTIDAD	SOAT 2022
SECRETARIA - ADRES	PLENO
SOAT	PLENO

Tabla No. 2. TARIFA HONORARIOS MÉDICOS PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS de OTRAS ENTIDADES

ENTIDAD	SOAT 2021
ASMET	20%
EMSSANAR	30%
AIC	25%

	NUEVA EPS	20%		
	SANITAS	20%		
	MALLAMAS	20%		
	POLINAL (REGIONAL)	20%		
	BATALLON	20%		
	COSMITET	20%		
	UNICAUCA - SENA	20%		
	OTRAS EAPB	20%		

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, 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 de Gestión Humana del Hospital, la cual certifican que cumplen.

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

PROFESIONAL		
INFORMACIÓN GENERAL	N° CEDULA CIUDADANÍA Y/O EXTRANJERÍA	SI
	NOMBRE	SI
	SEXO	SI
	NUMERO DE TARJETA PROFESIONAL (SI APLICA)	SI
	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA)	SI
	CORREO ELECTRÓNICO	SI
	TIPO DE VINCULACIÓN	SI
	ACTIVIDAD A DESARROLLAR	SI
	PROCESO (Asistencial - Administrativos)	SI
	SUBPROCESO	SI
	FECHA DE INGRESO (PARA INDICE DE ROTACIÓN 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 ÚNICO 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 ÉTICA MEDICA (VIGENTE)	N/A
REQUISITOS DE FORMACIÓN ACADÉMICA	**DIPLOMA** PREGRADO / TECNOLOGO / TÉCNICO	SI
	ACTA DE GRADO PREGRADO / TECNOLOGO / TÉCNICO	SI
	CONVALIDACION DE TITULO CUANDO APLIQUE PREGRADO	SI
	VERIFICACIÓN DE TITULO PREGRADO	SI
	RETHUS	SI
	TARJETA PROFESIONAL CUANDO APLIQUE PREGRADO	SI
	RESOLUCIÓN DEL PARA EJERCER LA PROFESIÓN (Ministerio de Salud o SDSC)	SI
OTROS REQUISITOS	INDUCCIÓN ESPECIFICA	SI
	PRUEBA PSICOTECNICA	SI
	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	SI
	EXPERIENCIA LABORAL	SI
	PROFESIÓN	SI

	N° De Horas Mensuales Contratadas	SI

Reporte de indicadores el cual contenga:

- ✓ Rotación de personal

			Ingresos y Retiros		Total de trabajadores	
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, que deberá entregarse en un plazo máximo de hasta un mes después del ingreso.
- ✓ Certificado de reinducción institucional de acuerdo a la programación del hospital, si el personal se encuentra prestando los servicios en el momento en el que se realice.
- ✓ Listado de personal mensual que desarrolla las actividades.
- ✓ Presentar informe de medición de satisfacción y cultura organizacional y ejecución del plan implementado, que deberá entregarse una vez por semestre.
- ✓ Informe de evaluación de desempeño, que deberá entregarse en septiembre de la presente vigencia.

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 **médicos 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	Es verificado y revisado su cumplimiento por la Oficina del clínica del Hospital, la cual certifican que cumplen.

• Cuantía del contrato • Certificación de satisfacción por parte del usuario.	

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 profesionales especializados en anestesiología, medicina del dolor y cuidados paliativos.

3. CONCLUSIONES:

De la evaluación técnica realizada se evidencia que la oferta presentada por **LA ASOCIACION SINDICAL DE ANESTESIOLOGOS DEL CAUCA ASANESCA** 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 **NOVECIENTOS UN MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($901.836.554.oo).**

Dada en Popayán, a los treinta y un (31) días del mes de julio del 2024.

DRA. YINA ANDREA ROMERO IMBACHI
Subdirectora Científica

EDWIN FARITH OBANDO GARCIA
Profesional Universitario de Gestión Humana