**DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR**
**DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO**

**DISPENSARIO MEDICO ORIENTE**

Villavicencio -Meta, 28 de Mayo de 2020

ASUNTO: EVALUACIÓN TÉCNICA de los documentos requeridos en el proceso de Contratación de Menor Cuantía SA 021-DMORI-2020, cuyo objeto es **SERVICIOS DE SALUD EN IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, INCLUYENDO EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO PARA ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BAS 22 EN SAN JOSÉ DEL GUAVIARE VIGENCIA 2020".**

Se permite iniciar la evaluación de los documentos presentados por el oferente:

Centro Medico Guaviare CMG S,A,S representante legal **ADRIANA ELENA MURCIA BELTRAN**, identificado con cedula de ciudadanía **No. 21.182.135 de Cumaral, dirección Calle 11 No. 27-18 Edificio San José 1 Barrio el Dorado teléfono 5849738/3163954154.**

**CONDICIONES TÉCNICAS EXIGIDAS**

Las especificaciones técnicas mínimas requeridas son de obligatorio cumplimiento, de no hacerlo la propuesta será considerada no apta técnicamente.

**REQUISITOS TÉCNICOS OBJETO DE VERIFICACIÓN**

Las especificaciones técnicas mínimas requeridas son de obligatorio cumplimiento, de no hacerlo la propuesta será considerada no apta técnicamente.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **EXPERIENCIA DEL PROPONENTE.** | **CUMPLE SI** | **CUMPLE NO** | **OBSERVACIONES** |
| El oferente deberá acreditar con copias de contrato, certificaciones, actas de terminación o acta de liquidación respectiva la ejecución de contratos celebrados con una entidad de derecho público o privado, que reúna las siguientes condiciones: | X | | Anexa certificación, contrato suscrito con Hospital San Jose del Guaviare. Unión temporal servisalud San Jose |
| • OBJETO: **"**SERVICIOS DE SALUD EN IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, INCLUYENDO EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO" y/o similar. | X | | Anexa certificación, contrato suscrito con Hospital San Jose del Guaviare. Unión temporal servisalud San Jose |
| • VALOR: La sumatoria de los contratos debe ser igual o superior al presupuesto oficial asignado en la presente convocatoria pública. | X | | Anexa certificación, contrato suscrito con Hospital San Jose del Guaviare. Unión temporal servisalud San Jose |
| DE EJECUCIÓN: Los contratos acreditados como experiencia, deben haber sido ejecutados y liquidados. | x | | Anexa certificación, contrato suscrito con Hospital San Jose del Guaviare. Unión temporal servisalud San Jose |
| Si la experiencia la acredita a través de certificados, estos deberán contener como mínimo la siguiente información: | X | | Anexa certificación, contrato suscrito con Hospital San |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | Jose del Guaviare. Unión temporal servisalud San Jose |
| • Nombre de la Entidad contratante con membrete. | X | | Anexa certificación, contrato suscrito con Hospital San Jose del Guaviare. Unión temporal servisalud San Jose |
| • Objeto del contrato que se refiera a las actividades relacionadas en el presente Pliego de Condiciones. | X | | Anexa certificación, contrato suscrito con Hospital San Jose del Guaviare. Unión temporal servisalud San Jose |
| • Número del contrato. | X | | Anexa certificación, contrato suscrito con Hospital San Jose del Guaviare. Unión temporal servisalud San Jose |
| • Plazo de ejecución. (especificando tiempo inicio y termino del contrato). | X | | Anexa certificación, contrato suscrito con Hospital San Jose del Guaviare. Unión temporal servisalud San Jose |
| • Valor total del contrato. | X | | Anexa certificación, contrato suscrito con Hospital San Jose del Guaviare. Unión temporal servisalud San Jose |
| • Firma del Representante Legal y/o persona natural que emite el documento. | X | | Anexa certificación, contrato suscrito con Hospital San Jose del Guaviare. Unión temporal servisalud San Jose |
| **CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO** | | | |
| El oferente deberá Incluir certificado donde se compromete a prestar los servicios médicos incluidos en el plan de necesidades y descritos en el presente proceso. | | x | No se observa en la documentación adjunta |
| **CERTIFICACIÓN DE SUFICIENCIA TÉCNICA, CIENTÍFICA Y ADMINISTRATIVA** | | | |
| Certificación por escrito por parte del oferente que soporte la suficiencia científica, técnica y administrativa para prestar los servicios que garantice la prestación de servicios objeto del contrato (capacidad instalada versus población a atender) suscrito por el representante legal. | x | | Presenta documento sin fecha de la presente anualidad. |
| **CERTIFICACIÓN DE HABILITACIÓN DE LICENCIA MÉDICA** | | | |
| El oferente debe presentar certificado de habilitación donde cumpla con lo establecido en la Resolución No 482/ de | x | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2018, por la cual define licencias médicas equipos generadores de radiación ionizante. | | | |
| **CERTIFICADO DE AUDITORÍA INTERNA** | | | |
| El oferente debe certificar que posee un sistema de Auditoría interna que este en contacto con el Auditor de Cuentas delegado por el Área de Sanidad Villavicencio para el control y supervisión del contrato. | x | | |
| **CERTIFICADO DE TALENO HUMANO** | | | |
| El Representante legal de la entidad, deberá presentar un anexo con la relación del talento humano especializado que prestará los servicios. La mencionada relación debe ser elaborada en Excel y contener como mínimo, nombre del profesional, cédula de ciudadanía y título profesional el cual garantiza su idoneidad y experiencia para lo cual debe anexar los siguientes documentos así: | x | | No se anexa cuadro de Excel. |
| a) La hoja de vida , | | x | |
| b) Copia del diploma y/o acta de grado, | | x | |
| c) Copia de la cédula, | | x | |
| d) Copia de la tarjeta profesional | | x | |
| e) Copia de certificación en Protección Radiológica vigente. (resolución 482/2018) | | x | |
| Copia del contrato de trabajo o su equivalente que demuestre vinculación con la entidad o carta de compromiso firmada por el representante legal y por el profesional donde certifique que será este profesional quien prestara los servicios para la ejecución del contrato objeto del presente proceso. | | x | |
| **CERTIFICADO DE MANTENIMIENTO** | | | |
| El oferente deberá Incluir certificado de mantenimiento de los equipos médicos utilizados para la práctica médica. | | x | Presenta contrato del año 2017 |
| **CERTIFICADO DE CONTACTO** | | | |
| El oferente deberá incluir certificado donde se compromete en asignar a una persona con la que el supervisor del contrato pueda mantener comunicación directa vía telefónica e internet para desarrollar el objeto contractual durante las 24 horas del día; mantener comunicación constante con el Supervisor del contrato, a fin de solucionar de manera concertada cualquier inconveniente que se presente en desarrollo del mismo. | | x | |
| **1.1 CERTIFICADO DE ATENCIÓN OPORTUNA (prioritaria)** | | | |
| El oferente debe certificar que el tiempo de Interpretación del estudio realizado no debe ser mayor a 12 (doce) horas para atención prioritaria. | X | | No se encuentra adjunto. |


Km 7 Vía Puerto López Vereda Apiay - Villavicencio
Tel. 098-6631606
Correo Electrónico: homioprecontractual@gmail.com

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1.2CERTIFICADO DE ATENCIÓN OPORTUNA (cita)** | | | |
| El oferente debe certificar que el tiempo de Interpretación del estudio realizado no debe ser mayor a 72 (setenta y dos) horas para el servicio ambulatorio (cita programada). | x | | |
| **1.3CERTIFICADO DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA** | | | |
| El oferente debe certificar que cuenta con un sistema estructurado de referencia, contra-referencia y atención al usuario, cuyo proceso y operación será informado al contratante. | x | | |
| **PORTAFOLIO DE SERVICIOS** | | | |
| El proponente deberá adjuntar el portafolio de servicios actualizado de la entidad, el cual debe ser detallado por cada servicio y con la totalidad de los procedimientos ofrecidos por la entidad, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 5975 de diciembre de 2016, por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015, que adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud —CUPS- el Anexo Técnico No. 2", tomando como base el siguiente ejemplo, El portafolio deberá además contener: | | x | |
| **Información de la IPS** | | | |
| • Nombre, NIT, correo electrónico institucional, persona de contacto con número de teléfono y correo electrónico, fax, dirección, nivel de complejidad. | | x | |
| **Información detallada sobre la Infraestructura física y tecnológica:** | | | |
| • Información discriminada de la totalidad de los servicios, especialidades y | | x | |
| • procedimientos que ofrecen. | | x | |
| • Horario de atención y días de atención por cada especialidad. | | x | |
| **1.4CERTIFICADO DE HABILITACIÓN**<br><br>El proponente deberá anexar el certificado de habilitación expedido por la secretaría de salud para los servicios ofertados | **x** | | |


Km 7 Vía Puerto López Vereda Apiay - Villavicencio
Tel. 098-6631606
Correo Electrónico: homioprecontractual@gmail.com

**VERIFICACION PORTAFOLIO**

| | TOMOGRAFÍA |
|---|---|

| ÍTEM | ESPECIFICACION TECNICA | CÓDIGOS CUPS | MEDIDA O CANTIDAD | CUMPLE SI | CUMPLE NO | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | TOMOGRAFÍA CRÁNEO SIMPLE | 879111 | UNIDAD | | X | |
| 2 | TOMOGRAFÍA CRÁNEO SIMPLE CON CONTRASTE | 879112 | UNIDAD | | X | |
| 3 | TOMOGRAFÍA CRÁNEO SIMPLE Y CON CONTRASTE | 879113 | UNIDAD | | X | |
| 4 | TOMOGRAFÍA SILLA TURCA (HIPÓFISIS) | 879116 | UNIDAD | | X | |
| 5 | TOMOGRAFÍA ÓRBITAS (CORTES AXIALES) | 879121 | UNIDAD | | X | |
| 6 | TOMOGRAFIA COMPUTADA SENOS PARANASALES O CARA | 879131 | UNIDAD | | X | |
| 7 | TOMOGRAFÍA RINOFARINGE | 879132 | UNIDAD | | X | |
| 8 | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE OIDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO | 879122 | UNIDAD | | X | |
| 9 | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MAXILARES (ESTUDIO IMPLANTOLOGÍA) | 879141 | UNIDAD | | X | |
| 10 | ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR(BILATERAL) | 879132 | UNIDAD | | X | |
| 11 | TOMOGRAFÍA CUELLO (TEJIDOS BLANDOS) | 879161 | UNIDAD | | X | |
| 12 | TOMOGRAFÍA DE LARINGE | 879162 | UNIDAD | | X | |
| 13 | TOMOGRAFÍA COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL TORÁCICO, LUMBAR Y/0 SACRO POR CADA NIVEL (hasta tres espacios) | 879201 | UNIDAD | | X | |
| 14 | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, COMPLEMENTO A MIELOGRAFÍA (CADA SEGMENTO) | 879205 | UNIDAD | | X | |
| 15 | TOMOGRAFÍA DE TÓRAX | 879301 | UNIDAD | | X | |
| 16 | TOMOGRAFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR | 879410 | UNIDAD | | X | |
| 17 | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL) | 879420 | UNIDAD | | X | |
| 18 | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VÍAS URINARIAS [UROTC] | 879430 | UNIDAD | | X | |
| 19 | TOMOGRAFÍA DE PELVIS | 879460 | UNIDAD | | X | |
| 20 | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES | 879510 | UNIDAD | | X | |
| 21 | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES | 879520 | UNIDAD | | X | |
| 22 | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSION FEMORAL O TORSIÓN | 879522 | UNIDAD | | X | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | TIBIAL) | | | | | |
| 23 | TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES DE RÓTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES) | 879523 | UNIDAD | | X | |
| 24 | TOMOGRAFÍA COMPUTADA EN RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL | 879910 | UNIDAD | | X | |
| | **RADIOLOGIA CONVENCIONAL** | | | | | |
| ÍTEM | ESPECIFICACION TECNICA | CÓDIGOS CUPS | MEDIDA O CANTIDAD | **CUMPLE SI** | **CUMPLE NO** | **OBS** |
| 25 | RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE | 870001 | UNIDAD | | X | |
| 26 | RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO | 870003 | UNIDAD | | X | |
| 27 | RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA | 870004 | UNIDAD | | X | |
| 28 | RADIOGRAFIA DE MASTOIDES COMPARATIVAS | 870005 | UNIDAD | | X | |
| 29 | RADIOGRAFIA DE PEÑASCOS | 870006 | UNIDAD | | X | |
| 30 | RADIOGRAFIA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO | 870007 | UNIDAD | | X | |
| 31 | RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA) | 870101 | UNIDAD | | X | |
| 32 | RADIOGRAFIA DE ORBITAS | 870102 | UNIDAD | | X | |
| 33 | RADIOGRAFIA DE AGUJEROS OPTICOS | 870103 | UNIDAD | | X | |
| 34 | RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO | 870105 | UNIDAD | | X | |
| 35 | RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES | 870107 | UNIDAD | | X | |
| 36 | RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES | 870108 | UNIDAD | | X | |
| 37 | RADIOGRAFIA DE MAXILAR SUPERIOR | 870112 | UNIDAD | | X | |
| 38 | RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR | 870113 | UNIDAD | | X | |
| 39 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACION TEMPOROMAXILAR [ATM] | 870131 | UNIDAD | | X | |
| 40 | RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO | 870601 | UNIDAD | | X | |
| 41 | RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO | 870602 | UNIDAD | | X | |
| 42 | RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL | 871010 | UNIDAD | | X | |
| 43 | RADIOGRAFIA DE COLUMNA UNION CERVICO DORSAL | 871019 | UNIDAD | | X | |
| 44 | RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA | 871020 | UNIDAD | | X | |
| 45 | RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR | 871030 | UNIDAD | | X | |
| 46 | RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA | 871040 | UNIDAD | | X | |
| 47 | RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX | 871050 | UNIDAD | | X | |
| 48 | RADIOGRAFIA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL - TETS DE ESCOLIOSIS | 871060 | UNIDAD | | X | |
| 49 | RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 36" (ADULTOS) | 871061 | UNIDAD | | X | |
| 50 | RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U | 871062 | UNIDAD | | X | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 17" (NI„OS) | | | | | |
| 51 | RADIOGRAFIA DINAMICA DE COLUMNA VERTEBRAL | 871070 | UNIDAD | | X | |
| 52 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS | 871091 | UNIDAD | | X | |
| 53 | RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL | 871111 | UNIDAD | | X | |
| 54 | RADIOGRAFIA DE ESTERNON | 871112 | UNIDAD | | X | |
| 55 | RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL) CON BARIO | 871121 | UNIDAD | | X | |
| 56 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES | 871129 | UNIDAD | | X | |
| 57 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE | 872002 | UNIDAD | | X | |
| 58 | RADIOGRAFIA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDIPULAR) | 873002 | UNIDAD | | X | |
| 59 | RADIOGRAFIA PARA ESTUDIOS DE LONGITUD DE LOS HUESOS (ORTORRADIOGRAFIA Y ESCANOGRAMA) | 873003 | UNIDAD | | X | |
| 60 | RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA [CARPOGRAMA] | 873004 | UNIDAD | | X | |
| 61 | RADIOGRAFIA DE OMOPLATO | 873111 | UNIDAD | | X | |
| 62 | RADIOGRAFIA DE CLAVICULA | 873112 | UNIDAD | | X | |
| 63 | RADIOGRAFIA DE HUMERO | 873121 | UNIDAD | | X | |
| 64 | RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO | 873122 | UNIDAD | | X | |
| 65 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS | 873202 | UNIDAD | | X | |
| 66 | RADIOGRAFIA DE HOMBRO | 873204 | UNIDAD | | X | |
| 67 | RADIOGRAFIA DE CODO | 873205 | UNIDAD | | X | |
| 68 | RADIOGRAFIA DE MUÑECA | 873206 | UNIDAD | | X | |
| 69 | RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO | 873210 | UNIDAD | | X | |
| 70 | RADIOGRAFIA PARA MEDICION DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRIA], ESTUDIO DE PIE PLANO (PIES CON APOYO) | 873302 | UNIDAD | | X | |
| 71 | RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 36" (ADULTOS) | 873305 | UNIDAD | | X | |
| 72 | RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 17" (NI„OS) | 873306 | UNIDAD | | X | |
| 73 | RADIOGRAFIA DE FEMUR (AP, LATERAL) | 873312 | UNIDAD | | X | |
| 74 | RADIOGRAFIA DE PIERNA (AP, LATERAL) | 873313 | UNIDAD | | X | |
| 75 | RADIOGRAFIA DE PIE (AP, LATERAL) | 873333 | UNIDAD | | X | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 76 | RADIOGRAFIA DE CALCANEO (AXIAL Y LATERAL) | 873335 | UNIDAD | | X | |
| 77 | RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP, LATERAL) | 873411 | UNIDAD | | X | |
| 78 | RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA | 873412 | UNIDAD | | X | |
| 79 | RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP, LATERAL) | 873420 | UNIDAD | | X | |
| 80 | RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR) | 873422 | UNIDAD | | X | |
| 81 | RADIOGRAFIA TANGENCIAL DE ROTULA | 873423 | UNIDAD | | X | |
| 82 | RADIOGRAFIA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACION INTERNA) | 873431 | UNIDAD | | X | |
| 83 | RADIOGRAFIA DE ANTEPIE (AP, OBLICUA) | 873432 | UNIDAD | | X | |
| 84 | RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES | 873443 | UNIDAD | | X | |
| 85 | RADIOGRAFIAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS) | 873444 | UNIDAD | | X | |
| 86 | MAMOGRAFIA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRURGICA | 876801 | UNIDAD | | X | |
| 87 | MAMOGRAFIA BILATERAL | 876802 | UNIDAD | | X | |
| 88 | UROGRAFIA INTRAVENOSA | 877802 | UNIDAD | | X | |
| | **ECOGRAFÍA** | | | | | |
| ÍTEM | ESPECIFICACION TECNICA | CÓDIGOS CUPS | UNIDAD | **CUMPLE SI** | **CUMPLE NO** | **OBS** |
| 89 | ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MAS | 881112 | UNIDAD | | X | |
| 90 | ECOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS | 881131 | UNIDAD | | X | |
| 91 | ECOGRAFÍA DE CUELLO | 881132 | UNIDAD | | X | |
| 92 | ECOGRAFIA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS | 881141 | UNIDAD | | X | |
| 93 | ECOGRAFIA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS | 881201 | UNIDAD | | X | |
| 94 | ECOGRAFIA DE TORAX (PERICARDIO O PLEURA) | 881211 | UNIDAD | | X | |
| 95 | ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS | 881301 | UNIDAD | | X | |
| 96 | ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL (HÍGADO, PÁNCREAS, VESÍCULA, VÍAS BILIARES, RIÑONES, BAZO, GRANDES VASOS, PELVIS Y FLANCOS) | 881302 | UNIDAD | | X | |
| 97 | ECOGRAFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR (HÍGADO, PÁNCREAS, VÍAS BILIARES, RIÑONES, BAZO Y GRANDES VASOS) | 881305 | UNIDAD | | X | |
| 98 | ECOGRAFÍA DE HIGADO, PÁNCREAS, VÍA BILIAR Y VESÍCULA | 881306 | UNIDAD | | X | |
| 99 | ECOGRAFÍA DE ABDOMEN | 881313 | | | X | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | (PÍLORO) | | | | | |
| 100 | ECOGRAFÍA DE RECTO | 881318 | UNIDAD | | X | |
| 101 | ECOGRAFÍA DE RIÑONES, BAZO, AORTA O ADRENALES | 881331 | UNIDAD | | X | |
| 102 | ECOGRAFÍA DE VÍAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PRÓSTATA TRANSABDOMINAL) | 881332 | UNIDAD | | X | |
| 103 | ECOGRAFÍA DE ABDOMEN (MASAS ABDOMINALES Y DE RETROPERITONEO) | 881340 | UNIDAD | | X | |
| 104 | ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL | 881401 | UNIDAD | | X | |
| 105 | ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSABDOMINAL | 881402 | UNIDAD | | X | |
| 106 | ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSABDOMINAL | 881431 | UNIDAD | | X | |
| 107 | ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSVAGINAL | 881432 | UNIDAD | | X | |
| 108 | ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA Y FETAL | 881435 | UNIDAD | | X | |
| 109 | ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL | 881436 | UNIDAD | | X | |
| 110 | ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO | 881437 | UNIDAD | | X | |
| 111 | ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSABDOMINAL | 881501 | UNIDAD | | X | |
| 112 | ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSRECTAL | 881502 | UNIDAD | | X | |
| 113 | ECOGRAFÍA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS | 881510 | UNIDAD | | X | |
| 114 | ECOGRAFÍA TESTICULAR CON ANÁLISIS DOPPLER | 881511 | UNIDAD | | X | |
| 115 | ECOGRAFÍA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS | 881521 | UNIDAD | | X | |
| 116 | ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS | 881601 | UNIDAD | | X | |
| 117 | ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS | 881602 | UNIDAD | | X | |
| 118 | ECOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO | 881610 | UNIDAD | | X | |
| 119 | ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO | 881611 | UNIDAD | | X | |
| 120 | ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA) | 881612 | UNIDAD | | X | |
| 121 | ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO | 881613 | UNIDAD | | X | |
| 122 | ECOGRAFÍA ARTICULAR DE RODILLA | 881620 | UNIDAD | | X | |
| 123 | ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO | 881621 | UNIDAD | | X | |
| 124 | ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE | 881622 | UNIDAD | | X | |
| 125 | ECOGRAFÍA ARTICULAR DE CADERA | 881630 | UNIDAD | | X | |

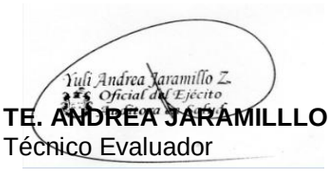
| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 126 | ECOGRAFÍA DE CALCÁNEO | 881640 | UNIDAD | | X | |
| | **ECO DOPPLERX** | | | | | |
| ÍTEM | ESPECIFICACION TECNICA | CÓDIGOS CUPS | UNIXDAD | **CUMPLE SI** | **CUMPLE NO** | **OBS** |
| 127 | ECOGRAFÍA DOPPLER TRANSCRANEAL | 882103 | UNIDAD | | X | |
| 128 | DOPPLER TRANSCRANEAL CON MONITOREO DE 24 HORAS | 882105 | UNIDAD | | X | |
| 129 | ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO | 882112 | UNIDAD | | X | |
| 130 | ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFÉRICOS DEL CUELLO | 882132 | UNIDAD | | X | |
| 131 | ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PÉLVICOS | 882203 | UNIDAD | | X | |
| 132 | ECOGRAFÍA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL | 882212 | UNIDAD | | X | |
| 133 | ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES | 882222 | UNIDAD | | X | |
| 134 | ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS MESENTÉRICAS | 882232 | UNIDAD | | X | |
| 135 | ECOGRAFÍA DOPPLER DE TRONCO CELÍACO | 882242 | UNIDAD | | X | |
| 136 | ECOGRAFÍA DOPPLER DE VENA CAVA | 882252 | UNIDAD | | X | |
| 137 | ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS ILÍACAS | 882262 | UNIDAD | | X | |
| 138 | ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL PENE | 882272 | UNIDAD | | X | |
| 139 | ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES | 882282 | UNIDAD | | X | |
| 140 | ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN HIPERTENSIÓN PORTAL | 882296 | | | X | |
| 141 | ECOGRAFÍA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA | 882298 | UNIDAD | | X | |
| 142 | ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES | 882307 | UNIDAD | | X | |
| 143 | ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES | 882308 | UNIDAD | | X | |
| 144 | ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES | 882309 | UNIDAD | | X | |
| 145 | ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS MIEMBRO SUPERIOR | 882316 | UNIDAD | | X | |
| 146 | ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES | 882317 | UNIDAD | | X | |
| 147 | ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR | 882318 | UNIDAD | | X | |
| | **MEDIOS DE CONTRASTES PARA PROCEDIMIENTOS DE TOMOGRAFIA** | | | | | |
| ÍTEM | ESPECIFICACION TECNICA | CÓDIGOS CUPS | MEDIDA O CANTIDAD | **CUMPLE SI** | **CUMPLE NO** | **OBS** |
| 148 | MEDIO DE CONTRASTE PARA TOMOGRAFÍA AXIAL | N/A | UNIDAD | | X | |


Km 7 Vía Puerto López Vereda Apiay - Villavicencio
Tel. 098-6631606
Correo Electrónico: homioprecontractual@gmail.com

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | COMPUTADA/(medio de contraste para Tac y Urografía. Dependiendo del peso del paciente) | | | | | |
| 149 | MEDIO DE CONTRASTE ORAL PARA EL TAC DE ABDOMEN | N/A | UNIDAD | | X | |

**CONCLUSIÓN:** Medico Guaviare CMG S,A,S**,** Identificado con NIT NIT: 900.767.863-6, Representada legalmente Centro por la señora **ADRIANA ELENA MURCIA BELTRAN**, identificado con cedula de ciudadanía **No. 21.182.135 de Cumaral, dirección Calle 11 No. 27-18** Edificio San José 1 Barrio el Dorado teléfono 5849738/3163954154. **NO SE HABILITA TÉCNICAMENTE** toda vez que **NO CUMPLE** con las especificaciones técnicas exigidas en el pliego de condiciones definitivo, debe anexar la documentación requerida en la presente evaluación a fin de subsanar las novedades.

Atentamente,




**TE. ANDREA JARAMILLLO ZAMUDIO**
Técnico Evaluador