MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO
NIT. 830.039.670-5
"CENAC REGIONAL FLORENCIA"

Florencia, 24 de Junio de 2020

Señor
MY. VARGAS MANCHADO CAMILO ANDRES
Gerente de Proyecto

ASUNTO : Evaluación Técnica Final de la Oferta del Proceso de **SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTIA No. 145-DIGSA-CENAC REGIONAL FLORENCIA–2020.**

Respetuosamente y en atención a la revisión y evaluación Final de la oferta de menor precio presentadas por la Señora **ALEXANDRA GIRALDO AGUDELO**CC 52425147Representante Legal de **EL CENTRO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS TERCER MILENIO LTDA**con NIT: **900055393-0**dentro del proceso del asunto, CUYO OBJETO ES "LA PRESTACIÓN DE LOS "SERVICIOS MÉDICOS "EXÁMENES DE APOYO DIAGNOSTICO (IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y RX DE ALTA, MEDIA Y BAJA COMPLEJIDAD) EN LA CIUDAD DE MOCOA PUTUMAYO ,PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFFMM CENTRALIZADOS AL ESTABLECIMICUERDO Nº. 002 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFFMM CENTRALIZADOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR ESM-BAS27 DEL BATALLÓN DE SERVICIOS Nº.27, PERTENECIENTES A LA DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO – CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE "CENAC REGIONAL FLORENCIA".con fundamento en el numeral 4 del artículo 2.2.1.2.1.5.2 del decreto 1082 de 2015, me permito Reevaluar la propuesta de presentada por el oferente:

OFERENTE: ALEXANDRA GIRALDO AGUDELOCC.52425147Representante Legal de **EL CENTRO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS TERCER MILENIO LTDA** con NIT: 900055393-0

REQUERIMIENTO:

1. ANEXO 2 "ESPECIFICACIONES O NORMAS TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO"

ÍTEM	CÓDIGO USNP	CÓDIGOS CUPS	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	CUMPLE	NO CUMPLE
1	85121807	881112	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	**SI**	
2	85121807	881118	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON ANALISIS DOPPLER	**SI**	

Sección Planes CENAC Florencia-Caquetá-Suboficial Planes de Sanidad
Calle 16 No 16- 00 – Centro Florencia Caquetá.
3107354138
yeferson.gacha@buzonejercito.mil.co

3	85121807	881131	ECOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	**SI**	
4	85121807	881132	ECOGRAFIA DE CUELLO	**SI**	
5	85121807	881141	ECOGRAFIA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	**SI**	
6	85121807	881151	ECOGRAFIA DE GLANGLIOS CERVICALES (MAPEO)	**SI**	
7	85121807	881201	ECOGRAFIA DE MAMA - CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS INCLUYE : MARCACION ECOGRAFICA PREQUIRURGICA DE MAMA - CON ALAMBRE O AGUJA	**SI**	
8	85121807	881211	ECOGRAFIA DE TORAX (PERICARDIO O PLEURA)	**SI**	
9	85121807	881212	ECOGRAFIA DE OTROS SITIOS TORACICOS	**SI**	
10	85121807	881301	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	**SI**	
11	85121807	881302	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (HIGADO - PANCREAS - VESICULA - VIAS BILIARES - RIÑONES - BAZO - GRANDES VASOS - PELVIS Y FLANCOS)	**SI**	
12	85121807	881305	ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (HIGADO - PANCREAS - VIAS BILIARES - RIÑONES - BAZO Y GRANDES VASOS)	**SI**	
13	85121807	881313	ECOGRAFIA DE ABDOMEN(PILORO)	**SI**	
14	85121807	881306	ECOGRAFIA DE HIGADO - PANCREAS - VIA BILIAR Y VESICULA	**SI**	
15	85121807	881331	ECOGRAFIA DE RIÑONES - BAZO - AORTA O ADRENALES	**SI**	
16	85121807	881332	ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES - VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL)	**SI**	
17	85121807	881340	ECOGRAFIA DE ABDOMEN (MASAS ABDOMINALES Y DE RETROPERITONEO)	**SI**	
18	85121807	881360	ECOGRAFIA PELVICA CON ANALISIS DOPPLER ACR(ARTERIAS UTERINAS)	**SI**	
19	85121807	881362	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANALISIS DOPPLER	**SI**	
20	85121807	881401	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	**SI**	
21	85121807	881402	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL	**SI**	

22	85121807	881403	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL) (TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS)	**SI**	
23	85121807	881410	ECO PELVICA GINECOLGICA(ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL)	**SI**	
24	85121807	881432	ECOGRAFIA OBSTERICA TRANSVAGINAL	**SI**	
25	85121807	881431	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	**SI**	
26	85121807	881434	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON PERFIL BIOFISICO	**SI**	
27	85121807	881435	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA Y FETAL	**SI**	
28	85121807	881436	ECOGRAFIA OBSTETICA CON TANSLUCENCIA NUCAL	**SI**	
29	85121807	881437	ECOGAFIA OBSTETICA CON DETALLE ANATOMICO / TAMISAJE GENETICO	**SI**	
30	85121807	881501	ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSABDOMINAL	**SI**	
31	85121807	881502	ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSRECTAL	**SI**	
32	85121807	881510	ECOGRAFIA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	**SI**	
33	85121807	881511	ECOGRAFIA TESTICULAR CON ANALISIS DOPPLER	**SI**	
34	85121807	881521	ECOGRAFIA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	**SI**	
35	85121807	881601	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	**SI**	
36	85121807	881602	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	**SI**	
37	85121807	881610	ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO	**SI**	
38	85121807	881611	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO	**SI**	
39	85121807	881612	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA)	**SI**	
40	85121807	881613	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO	**SI**	
41	85121807	881620	ECOGRAFIA ARTICULAR DE RODILLA	**SI**	

42	85121807	881621	ECOGRAFIOA ARTICULAR DE TOBILLO	**SI**	
43	85121807	881622	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE	**SI**	
44	85121807	881630	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CADERA	**SI**	
45	85121807	881640	ECOGRAFIA DE CALCANEO	**SI**	
46	85121807	882112	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO A COLOR	**SI**	
47	85121807	882132	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFERICOS DEL CUELLO A COLOR	**SI**	
48	85121807	882203	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PELVICOS A COLOR	**SI**	
49	85121807	882212	ECOGRAFIA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL A COLOR	**SI**	
50	85121807	882222	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES A COLOR	**SI**	
51	85121807	882232	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS MESENTERICAS A COLOR	**SI**	
52	85121807	882242	ECOGRAFIA DOPPLER DE TRONCO CELIACO A COLOR	**SI**	
53	85121807	882252	ECOGRAFIA DOPPLER DE VENA CAVA A COLOR	**SI**	
54	85121807	882262	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS ILIACAS A COLOR	**SI**	
55	85121807	882282	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES A COLOR	**SI**	
56	85121807	882292	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN MASAS ABDOMINALES.	**SI**	
57	85121807	882294	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN MASAS PELVICAS	**SI**	
58	85121807	882296	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN HIPERTENSION PORTAL A COLOR	**SI**	
59	85121807	882298	ECOGRAFIA DOPPLE OBSTETICA CON EVALUACION DE CICULACION PLACENTARIA	**SI**	
60	85121807	882307	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES.	**SI**	
61	85121807	882308	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES	**SI**	

62	85121807	882316	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR	**SI**	
63	85121807	882317	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES.	**SI**	
64	85121807	882801	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS.	**SI**	
65	85131706	851102	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA TRU –CUT	**SI**	
66	85131706	851101	BIOPSIA POR PUNCION CON AGUJA FINA DE MAMA	**SI**	
67	85131706	61001	BIOPSIA DE GLANDULAS TIROIDES VIA ABIERTA	**SI**	
68	85131706	61002	BIOPSIA DE GLANDULA TIROIDEA VIA PERCUTANEA.	**SI**	
69	85131706	898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	**SI**	
70	85131706	898102	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN BIOPSIA	**SI**	
71	85131706	898103	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA	**SI**	
72	85121808	951302	ECO OCULAR AY B	**SI**	
73	85121808	870001	RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE	**SI**	
74	85121808	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO	**SI**	
75	85121808	870004	RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA	**SI**	
76	85121808	870005	RADIOGRAFIA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	**SI**	
77	85121808	870006	RADIOGRAFIA DE PEÑASCOS	**SI**	
78	85121808	870007	RADIOGRAFIA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	**SI**	
79	85121808	870101	RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA) INCLUYE : CON CEFALOSTATO	**SI**	
80	85121808	870102	RADIOGRAFIA DE ORBITAS	**SI**	
81	85121808	870103	RADIOGRAFIA DE AGUJEROS OPTICOS	**SI**	
82	85121808	870104	RADIOGRAFIA DE MALAR	**SI**	
83	85121808	870105	RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO	**SI**	

84	85121808	870107	RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES	**SI**	
85	85121808	870108	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES	**SI**	
86	85121808	870112	RADIOGRAFIA DE MAXILAR SUPERIOR	**SI**	
87	85121808	870113	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR	**SI**	
88	85121808	870601	RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	**SI**	
89	85121808	870602	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO	**SI**	
90	85121808	870603	RADIOGRAFIA DE FARINGE [FARINGOGRAFIA]	**SI**	
91	85121808	871010	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL	**SI**	
92	85121808	871019	RADIOGRAFIA DE COLUMNA UNION CERVICO DORSAL	**SI**	
93	85121808	871020	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA	**SI**	
94	85121808	871030	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	**SI**	
95	85121808	871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	**SI**	
96	85121808	871050	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX	**SI**	
97	85121808	871060	RADIOGRAFIA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL	**SI**	
98	85121808	871061	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) FORMATO 14 X 36 (ADULTOS)	**SI**	
99	85121808	871062	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) FORMATO 14 X 17 (NIÑOS)	**SI**	
100	85121808	871070	RADIOGRAFIA DINAMICA DE COLUMNA VERTEBRAL	**SI**	
101	85121808	871091	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS	**SI**	
102	85121808	871111	RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL	**SI**	
103	85121808	871112	RADIOGRAFIA DE ESTERNON	**SI**	
104	85121808	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P. A. O A. P. Y LATERAL - DECUBITO LATERAL - OBLICUAS O LATERAL) CON BARIO	**SI**	
105	85121808	871129	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	**SI**	

106	85121808	871320	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	**SI**	
107	85121808	872002	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE	**SI**	
108	85121808	872011	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	**SI**	
109	85121808	872101	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL CONVENCIONAL	**SI**	
110	85121808	872102	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE	**SI**	
111	85121808	872104	RADIOGRAFIA DE COLON POR ENEMA O COLON POR INGESTA	**SI**	
112	85121808	872105	RADIOGRAFIA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE	**SI**	
113	85121808	872121	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO - ESTOMAGO Y DUODENO)	**SI**	
114	85121808	872122	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO - ESTOMAGO Y DUODENO) CON DOBLE CONTRASTE	**SI**	
115	85121808	872123	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO - ESTOMAGO Y DUODENO) Y TRANSITO INTESTINAL	**SI**	
116	85121808	873001	RADIOGRAFIA PARA SERIE ESQUELETICA INCLUYE : LATERAL DE CRANEO - LATERAL DE COLUMNA Y PANORAMICA DE HUESOS LARGOS AP	**SI**	
117	85121808	873002	RADIOGRAFIA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDIPULAR)	**SI**	
118	85121808	873003	RADIOGRAFIA TEST DE FARRIL (OSTEOMETRIA O MEDICION DE MIEMBROS INFERIORES),ESTUDIO DE PLANO(ESTUDIO PIE PLANO)	**SI**	
119	85121808	873004	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA [CARPOGRAMA]	**SI**	
120	85121808	873111	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO	**SI**	
121	85121808	873112	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	**SI**	
122	85121808	873121	RADIOGRAFIA DE HUMERO	**SI**	
123	85121808	873122	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO	**SI**	
124	85121808	873123	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES	**SI**	

125	85121808	873203	RADIOGRAFIA DE MANO	**SI**	
126	85121808	873204	RADIOGRAFIA DE HOMBRO	**SI**	
127	85121808	873205	RADIOGRAFIA DE CODO	**SI**	
128	85121808	873206	RADIOGRAFIA DE MUÑECA	**SI**	
129	85121808	873210	RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO	**SI**	
130	85121808	873302	RADIOGRAFIA PARA MEDICION DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRIA] - ESTUDIO DE PIE PLANO (PIES CON APOYO)	**SI**	
131	85121808	873305	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) - EN FORMATO 14 X 36 (ADULTOS)	**SI**	
132	85121808	873306	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) - EN FORMATO 14 X 17 (NIÑOS)	**SI**	
133	85121808	873311	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION FEMORAL	**SI**	
134	85121808	873312	RADIOGRAFIA DE FEMUR (AP - LATERAL)	**SI**	
135	85121808	873313	RADIOGRAFIA DE PIERNA (AP - LATERAL)	**SI**	
136	85121808	873314	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION TIBIAL	**SI**	
137	85121808	873333	RADIOGRAFIA DE PIE (AP - LATERAL)	**SI**	
138	85121808	873335	RADIOGRAFIA DE CALCANEO (AXIAL Y LATERAL)	**SI**	
139	85121808	873340	RADIOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR (AP - LATERAL)	**SI**	
140	85121808	873411	RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO - FEMORAL (AP - LATERAL)	**SI**	
141	85121808	873412	RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA	**SI**	
142	85121808	873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP - LATERAL)	**SI**	
143	85121808	873422	RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	**SI**	
144	85121808	873424	RADIOGRAFIA TANGENCIAL DE ROTULA	**SI**	
145	85121808	873426	RADIOGRAFIAS AXIALES DE ROTULA O LONGITUD DE	**SI**	

			MIEMBROS INFERIORES		
146	85121808	873431	RADIOGRAFIA DE TOBILLO (AP - LATERAL Y ROTACION INTERNA)	**SI**	
147	85121808	873432	RADIOGRAFIA DE ANTEPIE (AP - OBLICUA)	**SI**	
148	85121808	873443	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	**SI**	
149	85121808	876501	FISTULOGRAFIA PERIANAL	**SI**	
150	85121808	876500	FISTULOGRAFIA DE PARED TORACICA SOD	**SI**	
151	85121808	873444	RADIOGRAFIAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS - TUNEL - OBLICUAS)	**SI**	
152	85121808	877815	PIELOGRAFIA RETROGRADA O ANTEROGRADA +	**SI**	
153	85121808	877802	UROGRAFIA INTRAVENOSA +	**SI**	
154	85121808	877801	UROGRAFIA CON NEFROTOMOGRAFIA	**SI**	
155	85121808	872510	COLECISTOGRAFIA ORAL	**SI**	
156	85121808	877861	URETROCISTOGRAFIA	**SI**	
157	85121808	877901	HISTEROSALPINGOGRAFIA	**SI**	
158	85121808	877871	URETROGRAFIA RETROGRADA	**SI**	
159	85121808	877940	VAGINOGRAFIA	**SI**	
160	85121808	876802	XEROMAMOGRAFIA O MAMOGRAFIA, BILATERAL	**SI**	
161	85121808	886012	OSTEODENSITOMETRIA POR ABSORCION DUAL DE RAYOS X [DEXA] +	**SI**	
162	85121808	879111	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE	**SI**	
163	85121808	879112	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO CON CONTRASTE	**SI**	
164	85121808	879113	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE Y CON CONTRASTE	**SI**	
165	85121808	879116	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPOFISIS)	**SI**	
166	85121808	879121	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ORBITAS	**SI**	

167	85121808	879122	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE OIDO - PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	**SI**	
168	85121808	879131	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA	**SI**	
169	85121808	879132	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE RINOFARINGE	**SI**	
170	85121808	879150	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	**SI**	
171	85121808	879161	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE LARINGE O CUELLO	**SI**	
172	85121808	879162	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE LARINGE Y CUELLO	**SI**	
173	85121808	879201	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL - TORACICO - LUMBAR O SACRO - POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)	**SI**	
174	85121808	879301	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX	**SI**	
175	85121808	879391	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX EXTENDIDO AL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES	**SI**	
176	85121808	879410	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR	**SI**	
177	85121808	879411	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE INTESTTINO (ENTEROTAC)	**SI**	
178	85121808	879420	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	**SI**	
179	85121808	879421	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CADERA	**SI**	
180	85121808	879430	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VIAS URINARIAS [UROTAC]	**SI**	
181	85121808	879460	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE PELVIS	**SI**	
182	85121808	879510	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES	**SI**	
183	85121808	879523	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXILAES DE ROTULA O LONGITUD DE MIEMBOS INFERIORES)	**SI**	
184	85121808	879520	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES	**SI**	
185	85121808	879910	TOMOGRAFIA COMPUTADA EN RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL	**SI**	

186	85121808	879990	TOMOGRAFIA COMPUTADA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS	**SI**	
187	85121807	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD +	**SI**	
188	85121807	883101	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO	**SI**	
189	85121807	883102	RESONANCIA MAGNETICA DE BASE DE CRANEO O SILLA TURCA	**SI**	
190	85121807	883103	RESONANCIA MAGNETICA DE ORBITAS	**SI**	
191	85121807	883105	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	**SI**	
192	85121807	883108	RESONANCIA MAGNETICA DE PARES CRANEANOS	**SI**	
193	85121807	883109	RESONANCIA MAGNETICA DE OIDOS	**SI**	
194	85121807	883110	RESONANCIA MAGNETICA DE SENOS PARANASALES O CARA	**SI**	
195	85121807	883111	RESONANCIA MAGNETICA DE CUELLO	**SI**	
196	85121807	883113	ANGIORRESONANCIA DE OIDO	**SI**	
197	85121807	883210	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE	**SI**	
198	85121807	883211	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE	**SI**	
199	85121807	883220	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA S SIMPLE	**SI**	
200	85121807	883221	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA S CON CONTRASTE	**SI**	
201	85121807	883230	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE	**SI**	
202	85121807	883231	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA CON CONTRASTE	**SI**	
203	85121807	883232	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA SACROILIACA SIMPLE	**SI**	
204	85121807	883233	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA SACROILIACA CON CONTRASTE	**SI**	
205	85121807	883234	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA SIMPLE	**SI**	

206	85121807	883235	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA CON CONTRASTE	**SI**	
207	85121807	883301	RESONANCIA MAGNETICA DEL TORAX	**SI**	
208	85121807	883321	RESONANCIA MAGNETICA DE CORAZON CON VALORACION DE LA MORFOLOGIA (CARACTERIZACION TISULAR)	**SI**	
209	85121807	883341	ANGIORRESONANCIA DE TORAX (SIN INCLUIR CORAZON)	**SI**	
210	85121807	883351	RESONANCIA MAGNETICA DE MAMA	**SI**	
211	85121807	883401	RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN	**SI**	
212	85121807	883430	RESONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	**SI**	
213	85121807	883434	COLANGIORESONANCIA	**SI**	
214	85121807	883436	RESONANCIA MAGNETICA DE INTESTINO (ENTERORM)	**SI**	
215	85121807	883440	RESONANCIA MAGNETICA DE PELVIS	**SI**	
216	85121807	883511	RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO SUPERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	**SI**	
217	85121807	883512	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (ESPECIFICO)	**SI**	
218	85121807	883521	RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	**SI**	
219	85121807	883522	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECIFICO)	**SI**	
220	85121807	883545	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES COMPARATIVA	**SI**	
221	85121807	883551	ANGIORESONANCIA DE MIEMBRO SUPERIOR CON CONTRASTE	**SI**	
222	85121807	883560	RESONANCIA MAGNETICA DE PLEJO BRAQUIAL	**SI**	
223	85121807	883590	RESONANCIA MAGNETICA DE SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO	**SI**	
224	85121807	883909	RESONANCIA MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA	**SI**	
225	85121807	883911	RESONANCIA MAGNETICA CON RECONSTRUCCION TRIDIMENCIONAL	**SI**	

226	85121807	Q0001327	PAQUETE RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES ARTRORESONANCIA - MUNECA	**SI**	
227	85121807	Q0001326	PAQUETE RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES ARTRORESONANCIA - CODO	**SI**	
228	85121807	Q0001323	PAQUETE RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES ARTRORESONANCIA - RODILLA	**SI**	
229	85121807	Q0001325	PAQUETE RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES ARTRORESONANCIA - HOMBRO	**SI**	
230	85121807	Q0001322	PAQUETE RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES ARTRORESONANCIA - CADERA	**SI**	
231	85121807	Q0001324	PAQUETE RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES ARTRORESONANCIA - TOBILLO	**SI**	

NOTA1: Cuando la propuesta omita la presentación del anexo No. 2 Especificaciones Técnicas de obligatorio cumplimiento **será causal de rechazo**

NOTA 2: Las especificaciones técnicas descritas en el presente pliego de condiciones no son objeto de modificación por parte del oferente, deben presentarse de acuerdo al Anexo No. 2: "Especificaciones técnicas de obligatorio cumplimiento".

NOTA 3: Cuando la propuesta omita la presentación del anexo No. 2 Especificaciones Técnicas de obligatorio cumplimiento. **Será causal de rechazo.**

2. ESPECIFICACIONES TECNICAS ADICIONALES

FORMULARIO No. 8 (ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ADICIONALES)

ITEM	DESCRICION	CUMPLE	NO CUMPLE
1	El proponente deberá certificar por escrito y bajo la gravedad de juramento que cuenta con INSTALACIONES HABILITADAS por la autoridad competente en la ciudad donde se prestaran los servicios.	**SI**	
2	El proponente deberá certificar por escrito y bajo la gravedad de juramento que cuenta con los servicios ofertados HABILITADAS por la autoridad competente anexar distintivo de habilitación por cada servicio.	**SI**	
3	Presentar el Formulario de Renovación de la habilitación según lo descrito por el Ministerio de la Protección Social, en caso de haberse vencido la vigencia del mismo, o que durante la ejecución del contrato se surtiera el vencimiento del registro Especial, debe aportarse a la carpeta del contrato la renovación. (HABILITACIÓN DE CADA SERVICIO OFERTADO.)	**SI**	
4	El oferente debe anexar certificación suscrita por el representante legal, en la cual garantice que cuenta con el personal y la logística adecuada, para garantizar la prestación del servicio.	**SI**	
5	El oferente debe acreditar dentro del cuerpo de su oferta, un listado	**SI**	

	detallado del personal asistencial que será la responsable de la prestación del servicio, anexando en cada caso los respectivos certificados que acrediten su formación académica.		
6	El oferente debe tener suficiencia científica, técnica, económica y administrativa, que garantice la prestación de los servicios objeto del presente proceso a los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.	**SI**	
7	De acuerdo con la legislación vigente el contratista debe comprometerse a diligenciar de manera completa y clara la historia clínica y demás registros obligatorios de atención de cada usuario, así como también de las acciones realizadas por el equipo de salud involucrado; permitiendo al contratante el acceso a la misma, siendo este el único instrumento válido para la revisión y la auditoria.	**SI**	
8	Respecto del registro de procedimientos se utilizaran las tarifas presentadas en la oferta ganadora según el caso, codificación en forma clara y detallada dentro de la factura discriminada.	**SI**	
9	La entidad debe acreditar la aplicación de protocolos actualizados aceptados en salud para el manejo de los pacientes. El oferente deberá demostrar la existencia de un modelo que tenga definidos tanto los protocolos de atención, como los flujo gramas para la implementación, realización y evaluación de los siguientes procesos: Manejo de historias clínicas, Atención al usuario quejas y reclamos, Manejo de reembolsos Pago a proveedores y Recurso Humano proceso de selección de personal: Hojas de vida de todos los profesionales y especialistas con secuencia del proceso de elección.	**SI**	
10	En caso que se requiera algún servicio por una especialidad o subespecialidad no relacionada anteriormente y que el oferente está en capacidad y cuente con la habilitación para prestarlo, deberá realizarlo a las tarifas pactadas con el contratante, por intermedio del supervisor del contrato. De igual forma si oferta el servicio requerido en una sede diferente a Florencia y que sea necesaria para la complementariedad de la atención podrá ser referido con cargo al contrato de acuerdo a las tarifas ofertadas por dicha sede.	**SI**	
11	Prestar los servicios de salud a los usuarios de forma permanente, eficiente, amable y con excelente trato, dentro de los honorarios de atención ambulatoria estipulados para cada servicio, de manera oportuna y con calidad, para lo cual dispondrá de un sistema o proceso de atención preferencial a los usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, sin discriminación frente a otro tipo de pacientes que atienda.	**SI**	
13	Atender a los Usuarios con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios a contratar, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualizada o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, lo moral y las buenas costumbres.	**SI**	
14	Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la Ley y las autoridades administrativas o sanitarias para prestar servicios de salud en los niveles de atención ofertados	**SI**	
15	El personal asistencial que preste los servicios hospitalarios, se base en la	**SI**	

	normatividad que regula el SSPN determina mediante el Acuerdo No 002 / 01 expedido por el Consejo Superior de Salud de las fuerzas militares y de policía, que la institución debe garantizar la prestación de un plan de beneficios integrales de salud a todos los usuarios en todos sus niveles de atención y complejidad.		
16	Reportar semanalmente el gasto facturado y/o programado en agendamiento al correo electrónico referenciacontrareferencia01@gmail.com	**SI**	
17	Exigir para la atención de los pacientes la presentación de los documentos que lo acrediten como afiliado o beneficiario del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (Carnet Dirección de Sanidad Ejército, documento de identidad y autorización para la prestación del servicio salvo que se trate de urgencias vitales).	**SI**	
18	Prestar los servicios de salud obligándose a verificar los derechos de los afiliados que pertenecen al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares de la manera; para los Oficial, Suboficiales, Soldados Profesional y todos los beneficiarios de los mismos se realizará a través del documento de identidad y el carnet de servicios médicos vigentes; evitando así la suplantación y uso fraudulento de la afiliación. Los menores que no posean documento de identidad se identificarán con el registro de nacido vivo y el carnet de afiliación de la madre expedida por la Dirección General de Sanidad Militar hasta treinta (30) días de edad y en adelante con el carnet expedido por la Dirección General de Sanidad Militar. En el caso de los Soldados Regulares, Soldados Campesinos y Soldados Bachilleres la verificación de derechos se realizará mediante Constancia de Actividad expedida por el Jefe de Talento Humano de la Unidad (Constancia con una vigencia de 30 días contados a partir de la fecha de expedición) y para los Usuarios Activos por Tutelas deberán verificar y prestar únicamente los servicios establecidos en el Fallo de la Tutela. Cualquier verificación de identificación deberá realizarse ante el Establecimiento de Sanidad conel suboficial de servicio o auxiliar de referencia al Celular **3219815243** y al correo referenciacontrareferencia01@gmail.com.	**SI**	
19	El oferente deberá notificar y **solicitar autorización** para todos los servicios a prestar a los usuarios en los servicios de urgencias y hospitalización de acuerdo a lo estipulado en las normas ministeriales, reportando el ingreso de cada usuario al correo institucional del Servicio de Referencia y Contra Referencia referenciacontrareferencia01@gmail.com.y/o al Celular **3219815243**, enviando los siguientes documentos: a) Carnet o constancia vigente no mayor a 30 días de expedición, b) Documento de identidad.	**SI**	
20	Diligenciar de manera completa y clara la historia clínica y demás registros obligatorios de atención de cada usuario, así como también de las acciones realizadas por el equipo de salud involucrado; permitiendo a EL CONTRATANTE el acceso a la misma, siendo este el único instrumento válido para la revisión y la auditoría.	**SI**	
21	Para referencia y contra referencia de pacientes en la atención integral de salud, que requiera alguna actividad, procedimiento o interconsulta no contemplada en el objeto del contrato y/o que no se encuentre en el portafolio de servicios, en forma ambulatoria, hospitalaria, prioritaria o no prioritaria, se elaborará la referencia del paciente y deberá informar inmediatamente al Servicio de Referencia y Contra Referencia del ESM-BAS27 al Celular **3219815243** y al correoreferenciacontrareferencia01@gmail.com.	**SI**	
22	Para los servicios electivos el oferente deberá exigir la orden de servicios expedida por el médico, el formato de autorización emitido por la oficina del proceso autorizador con los respectivos sellos validadores (coordinación y dirección), copia	**SI**	

	del carnet de la Dirección de Sanidad Ejército y copia del documento de identificación debidamente actualizada, caso contrario se glosará la cuenta.		
23	Para el proceso de referencia para solicitud de servicios electivos luego del alta (egreso hospitalario) o consulta (Interconsulta o remisión) por especialista, siempre deberá remitir al paciente con copia de la historia clínica y solicitud debidamente diligenciada	**SI**	
24	Para el proceso de referencia para solicitud de servicios electivos luego del alta (egreso hospitalario) o consulta (Interconsulta o remisión) por especialista, siempre deberá remitir al paciente con copia de la historia clínica y solicitud debidamente diligenciada: • Formato en papel membretado de la entidad emisora. • Fecha • Datos de identificación del usuario objeto de la solicitud • CÓDIGO CIE 10 y nombre del diagnostico • CÓDIGO CUPS del procedimiento o consulta a solicitar • Breve justificación si lo solicitado pertenece a un nivel de complejidad superior. • Nombre, firma y sello claro del profesional que emite la solicitud.	**SI**	
25	Todas las citas de control con especialista requerirán siempre la Contra-referencia para ser autorizadas, con excepción de los controles post operatorios dentro de los términos fijados en la normatividad vigente.	**SI**	
26	Contar con un sistema de auditoría médica y permitir que el ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR ESM-BAS27, a través de su auditor de calidad o de concurrencia realice las auditorias e inspecciones que sean necesarias a las áreas y documentos que éste o la Dirección de Sanidad Ejército –CENAC REGIONAL FLORENCIA consideren pertinentes.	**SI**	
27	La oportunidad para Consulta Especializada se desarrollará con base a lo estipulado por las normas ministeriales que garanticen la atención oportuna a los usuarios y a lo ofertado en el presente proceso.	**SI**	
28	Disponer de por lo menos un funcionario de enlace, una línea telefónica para mantener comunicación permanente entre la entidad y el contratista, de igual forma deberá disponer de un correo electrónico para el envío de documentos requeridos.	**SI**	
29	Presentar junto con las facturas, información estadística mensual en su archivo plano el cual debe venir en medio magnético e impreso, que contenga la siguiente información: Número del consecutivo, Apellidos y Nombres, Número de Identificación, Edad del Usuario, Fecha del Servicio, Diagnóstico con CIE 10, código del procedimiento, Nombre del procedimiento o estudio realizado, valor del procedimiento, nombre del médico solicitante, servicio solicitante, fecha de atención y facturación. Esta debe entregarse los cinco (5) primeros días hábiles de cada mes o cuando se soliciten de cortes parciales con copia al correo electrónico referenciacontrareferencia01@gmail.com**.**	**SI**	
30	Cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, los requisitos mínimos esenciales y las condiciones sanitarias que fijen las autoridades competentes tanto en el orden nacional como territorial.	**SI**	
31	Brindar Información al supervisor del contrato cuando se haya ejecutado el 50% y el 70% del presupuesto asignado al contrato. Una vez ejecutado el 100%, el contratista se obliga a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con las disposiciones expedida por el Ministerio de Salud.	**SI**	
32	Dar cumplimiento a la normatividad que sobre gestión ambiental se encuentre	**SI**	

	vigente y en especial a las disposiciones referentes al manejo de los residuos peligrosos que sean generados como consecuencia de la ejecución del contrato cuando haya lugar.		
33	Diligenciar los formatos establecidos por la entidad contratante para trámites administrativos (comités técnico científicos para medicamentos, insumos y procedimientos, conceptos médicos en formato propio de sanidad militar, para junta médica laboral, entre otros)	**SI**	
34	El oferente deberá aportar junto con la oferta el protocolo de radio protección para pacientes, instalaciones, trabajadores.	**SI**	
35	Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados.	**SI**	

NOTA1: La no presentación del Formulario No.08 "ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ADICIONALES", acarrea el rechazo de la propuesta.

NOTA 2: En los ítems donde se requiera documentación, se debe anexar junto con la propuesta para su verificación por parte del comité evaluador.

NOTA 3: Las "Especificaciones Técnicas Adicionales" harán parte integral del futuro contrato de prestación de servicios; lo anterior, para garantizar el cumplimiento total y definitivo de la necesidad que pretende satisfacer los dispensarios médicos.

NOTA 4: Las Especificaciones Técnicas Adicionales son de obligatorio cumplimiento por parte del futuro contratista, por ello quedaran consignadas como obligaciones contractuales.

3. EXPERIENCIA DEL PROPONENTE EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

REQUERIMIENTO	FOLIO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACION
Con el fin de garantizar la calidad de los servicios a contratar y evitar incumplimientos e inconvenientes en la ejecución del futuro contrato, se requiere que el oferente que desee participar demuestre su experiencia e idoneidad en proyectos similares al objeto del presente proceso, para ello el proponente deberá presentar certificaciones de contratos cuyo objeto sea igual o similar al objeto del presente proceso contractual, contratos realizados con entidades públicas o privadas. La cuantía de las certificaciones, deberán al sumarlas, ser igual o superior al 50% del presupuesto asignado al presente proceso. Cada certificación deberá contener como mínimo la siguiente información: • Datos del contratista • Datos del contratante • Cuantía • Objeto • Fecha de inicio y terminación	4	**SI**		

Nota 1: La CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE REGIONAL FLORENCIA se reserva el derecho de verificar la veracidad de la información y de rechazar las propuestas en las cuales se incluya información inconsistente o que no corresponda a la realidad, sin perjuicio de las eventuales acciones civiles y penales a que haya lugar. **Nota 2:** No se aceptan auto certificaciones. **Nota 3:** Las certificaciones de los contratos que se harán valer como experiencia deben ser completamente legibles **Nota 4:** La información suministrada se entiende bajo la gravedad de juramento y debe ser correlativa a la documentación aportada **Nota 5:** El objeto del contrato debe haber sido ejecutado a satisfacción y en su desarrollo no debe haberse presentado ningún tipo de sanción y/o multa por incumplimiento del contratista. A lo anterior se dará aplicación, de conformidad al procedimiento establecido en el artículo 86 de la ley 1474 de 2011. **Nota 6:** Si la certificación de experiencia aportada por el proponente no incluye cualquiera de los datos aquí solicitados (Datos del Contratista, Datos del Contratante, Cuantía, Objeto y Fecha Inicio y Terminación) podrá aportarse el Acta de Liquidación del respectivo contrato como soporte de experiencia en la prestación del servicio.				

4. CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL

REQUERIMIENTO	FOLIO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACION
El oferente deberá anexar carta de compromiso que soporte la suficiente técnica y administrativa para prestar los servicios a contratar, estimada a partir de la capacidad instalada (recursos logísticos , operativos y físicos), portafolio de servicios, disciplinas generales con que se cuenta (horas profesionales disponibles o por disponibilidad requeridas), cobertura requerida y oportunidad de atención. El oferente igualmente deberá anexar el portafolio de servicios de la entidad (este requisitos será verificado por pate del comité técnico evaluador en visita). 2. Constancia de habilitación del registro especial de prestadores de salud para los servicios objeto del contrato. 3. El oferente deberá acreditar el manejo adecuado de	12	SI		

los residuos peligrosos, mediante acta de disposición final expedida por la empresa prestadora del servicio especial. 4. El oferente certifica que cuenta con un modelo de atención preferencial a los usuarios objeto de la presente propuesta, teniendo en cuenta atención de embarazadas, adulto mayor, usuario en condición de discapacidad. 5. Área de recepción y espera de pacientes.				

5. REGISTRO ESPECIAL NACIONAL DEL MINISTERIO DE LA SALUD Y LA PROTECCION SOCIAL O INSCRIPCIÓN ENTE TERRITORIAL DEL PUTUMAYO

REQUERIMIENTO	FOLIO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Dando cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 DE 2015, las personas naturales o jurídicas que presten servicios de salud, deberán anexar a la oferta el certificado de inscripción en el Registro Especial Nacional del Ministerio de Salud y la Protección Social de conformidad con la Ley 100 de 1990, para lo cual deberá anexar el Formulario de Inscripción en Registro Especial de prestadores de servicios de salud, así como la correspondiente habilitación para la prestación de los servicios requeridos en el presente proceso expedido por la secretaria de salud del departamental con una fecha no mayor a treinta (30) días, contados a partir del cierre del proceso.	15	**SI**		

7. NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADEMICO

REQUERIMIENTO	FOLIO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
El oferente deberá demostrar que el talento humano asistencial y administrativo con que cuenta para la ejecución del objeto contractual, se encuentra debidamente capacitado, por ello debe indicar la educación recibida en entidades educativas debidamente reconocidas ante el ministerio de educación. El oferente deberá contar con el siguiente personal: • Profesional en radiología • Tecnólogo en radiología	385	**SI**		

• Profesional de enfermería • Técnico de enfermería **NOTA 1:**Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano EL CONTRATISTA debe certificar que el personal de profesionales cuenta con experiencia laboral de mínimo dos años para cada área específica; para todo el personal debe anexar hoja de vida, copia de diploma y/o acta de grado, copia de la cédula, copia de la tarjeta profesional, 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 se certifique que será éste profesional quien prestará los servicios para la ejecución del contrato objeto del presente proceso, copia de contratos que demuestren la experiencia profesional. En todo caso la institución contratada debe garantizar el estándar de talento humano establecido en la Resolución 2003 de 2014.				

11. GARANTÍA TÉCNICA:

REQUERIMIENTO	FOLIO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
El oferente y/o su representante legal, debe anexar junto a la oferta por escrito y en documento independiente la garantía técnica para los ítems ofrecidos debidamente suscrita por él. La garantía técnica mínima requerida en este proceso debe amparar la totalidad de los siguientes aspectos: 1. Que ampare la calidad de los servicios a adquirir 2. Que ampare el cumplimiento de las condiciones técnicas exigidas, responsabilizándose de los reclamos por la calidad de los servicios. 3. Que especifique que podrá cumplir con la cantidad de consultas de acuerdo a la necesidad de los usuarios del Establecimiento de Sanidad Militar. 4. Cuando se requiera la prestación de un servicio médico no ofertados por el contratista; pero, que pueda ser brindado o realizado por el mismo, se compromete a cotizarlo al Ministerio de Defensa para autorizar su implementación a través del Supervisor del contrato. 5. Que especifique que cuenta con las Instalaciones habilitadas por la entidad territorial de salud. 6. Las instalaciones deberán estar ubicadas mayormente en la ciudad de Mocoa, Putumayo.	1	**SI**		

7. El Servicio deberá garantizarse con oportunidad, accesibilidad, eficiencia y calidad, de acuerdo a lo establecido por la normatividad vigente. 8. Que especifique que cuenta con los equipos aprobados por el ente Territorial de Salud y con los mantenimientos preventivos requeridos. El oferente deberá acreditar que cuenta con los equipos necesarios para la toma de exámenes, realización de procedimientos quirúrgicos y la atención integral de los pacientes.				

12. TÉRMINO DE RESPUESTA DE LA GARANTÍA TÉCNICA

REQUERIMIENTO	FOLIO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
El contratista en documento independiente junto con la oferta deberá garantizar que, en caso de presentarse defectos de calidad de los bienes y/o servicios a adquirir, responderá en un tiempo máximo dos (02) días después de la notificación por parte de la Central Administrativa y Contable "CENAC REGIONAL FLORENCIA", previo concepto del Supervisor del Contrato. (Este documento debe venir firmado por el proponente) **NOTA**: Todos los costos de movilización de personal, entrega o cambio en que deba incurrir el oferente en el cumplimiento de su deber de garantía, estarán a su cargo.	1	**SI**		

TÉRMINO DE ENTREGA

REQUERIMIENTO	FOLIO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
El oferente deberá manifestar en documento independiente debidamente suscrito por el representante legal de la entidad que de resultar adjudicado el contrato, una vez suscrita el acta de inicio del contrato el contratista se obliga a que en un término de tres (3) días calendario dará entrega de los servicios de**(IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y RX DE ALTA, MEDIA Y BAJA COMPLEJIDAD),** en las instalaciones relacionadas por la IPS habilitada.	1	**SI**		

13. GARANTÍA DE LA CALIDAD DEL SERVICO

REQUERIMIENTO	FOLIO	CUMPLE	NO CUMPLE

El oferente y/o su representante legal, debe anexar junto a la oferta por escrito y en documento independiente que garantizará que los servicios entregados en la ejecución del contrato, serán de óptima calidad, de no ser así, con la presentación de la oferta, acepta la imposición de las multas y sanciones correspondientes, luego de surtido el debido proceso y el derecho a la defensa.	1	**SI**	

14. DEVOLUCIÓN Y REPOSICIÓN

REQUERIMIENTO	FOLIO	CUMPLE	NO CUMPLE
El CENAC REGIONAL FLORENCIA y sus Unidades Centralizadas, se reserva el derecho de rechazar directamente a través del supervisor los bienes y/o servicios objeto del contrato, si estos no cumplen con las especificaciones técnicas establecidas, evento en el cual, el contratista queda obligado a remplazarlo por otros que se ajustan exactamente a lo requerido y ofrecido. (Debe constar en Certificación expedida por el oferente y/o su representante legal por escrito y el documento independiente)	1	**SI**	

2.3.16DOCUMENTO DE CONTENIDO TÉCNICO OBJETO DE PONDERACIÓN

PONDERACION TECNICA	PUNTACION 50
Al proponente que ofrezca para el personal de usuarios la recepción de citas médicas para imágenes diagnosticas en un periodo de tiempo no superior a diez (10) días hábiles, a partir de la solicitud esto con el fin de garantizar el objeto del servicio, cumpliendo con todas las especificaciones técnicas de obligatorio cumplimiento y las especificaciones y condiciones técnicas de obligatorio cumplimiento del presente proceso, se le asignará un puntaje de (50) puntos. Nota 1: El compromiso de cumplimiento de lo anterior deberá presentarse junto con la oferta en documento independiente y debidamente suscrito por el representante legal o apoderado. Nota 2: El servicio objeto de la ponderación técnica no generará ningún costo adicional para la entidad.	**SI**

RESUMEN Y CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN FINAL

La propuesta presentada por el oferente, **ALEXANDRA GIRALDO AGUDELO**CC. 52425147Representante Legal de **EL CENTRO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS TERCER MILENIO LTDA**con Nit: 900055393-0 en el PROCESO SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTIA No. 145 DIGSA-CENAC REGIONAL FLORENCIA–2020, CUYO OBJETO ES "LA PRESTACIÓN DE LOS "SERVICIOS MÉDICOS "EXÁMENES DE APOYO DIAGNOSTICO (IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y RX DE ALTA, MEDIA Y BAJA COMPLEJIDAD) EN LA CIUDAD DE MOCOA PUTUMAYO, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFFMM CENTRALIZADOS AL ESTABLECIMICUERDO Nº. 002 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSFFMM CENTRALIZADOS AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR ESM-BAS27 DEL BATALLÓN DE SERVICIOS Nº.27, PERTENECIENTES A LA DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO – CENTRAL ADMINISTRATIVA Y CONTABLE "CENAC REGIONAL FLORENCIA". El Comité Técnico Evaluador Recomienda **HABILITAR**

.

(ORIGINAL DEBIDAMENTER FIRMADO)
CP.DUARTE OLIVAR OSCAR
Comité Técnico Evaluador

Por mi patria, mi lealtad es el honor
Sección Planes CENAC Florencia-Caquetá-Suboficial Planes de Sanidad
Calle 16 No 16- 00 – Centro Florencia Caquetá.
3107354138
yeferson.gacha@buzonejercito.mil.co

DICON

Por mi patria, mi lealtad es el honor
Sección Planes CENAC Florencia-Caquetá-Suboficial Planes de Sanidad
Calle 16 No 16- 00 – Centro Florencia Caquetá.
3107354138
yeferson.gacha@buzonejercito.mil.co