ANEXO No. 1

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

El oferente deberá diligenciar y presentar junto con la oferta el formato de Especificaciones Técnicas que se presenta a continuación debidamente firmado por el representante legal, en el que exprese su manifestación de cumplimiento o no cumplimiento con cada una de las especificaciones técnicas solicitadas, las cuales serán verificadas por el Comité Técnico aplicando el criterio de cumple o no cumple.

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIÓN TÉCNICA.

PROPONENTE. _____

Declaramos bajo nuestra responsabilidad personal, y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que cumplimos en su totalidad con las especificaciones técnicas de verificación y de obligatorio cumplimiento.

REQUISITOS GENERALES.

a. Las especificaciones técnicas requeridas son de obligatorio cumplimiento, de no hacerlo la propuesta se considerará no apta técnicamente

b. En la columna **CUMPLE/NO CUMPLE (marcar con una X)**, se evaluará las especificaciones técnicas ofertadas por la firma.

1.1. CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS:

NO MODIFICAR EL ORDEN DEL SIGUIENTE ANEXO

- Experiencia Proponente
- Nivel de educación o nivel académico
- Experiencia
- Capacidad operativa
- Otras condiciones técnicas verificables
- Constancia de Habilitación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.
- Oportunidad en la asignación de citas y, realización de procedimientos
- Características del servicio Ofertado

ÍTEM	CODIGO CUPS	UNIDAD DE MEDIDAD	DESCRIPCIÓN	OFRECE	
				SI	NO
1	883101	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO		
2	883101	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO *CON* CONTRASTE		
3	883102	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE BASE DE CRÁNEO – SILLA TURCA		
4	883102	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE BASE DE CRÁNEO – SILLA TURCA CONTRASTE		

5	883103	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ORBITAS SIMPLE		
6	883103	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ORBITAS CONTRASTE		
7	883105	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR		
8	883105	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR CONTRASTE		
9	883108	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PARES CRANEANOS		
10	883108	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PARES CRANEANOS CONTRASTE		
11	883110	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CARA		
12	883110	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CARA CONTRASTE		
13	883111	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CUELLO		
14	883111	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CUELLO CONTRASTE		
15	883210	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL		
16	883210	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE		
17	883220	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA		
18	883221	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA CON CONTRASTE		
19	883230	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBOSACRA		
20	883231	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBOSACRA CON CONTRASTE		
21	883232	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROILIACA		
22	883233	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROILIACA CON CONTRASTE		
23	883234	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA		
24	883235	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA CON CONTRASTE		
25	883301	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX		
26	883301	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX CON CONTRASTE		
27	883341	PROCEDIMIENTO	ANGIORRESONANCIA DE TÓRAX (SIN INCLUIR CORAZÓN)		
28	883341	PROCEDIMIENTO	ANGIORRESONANCIA DE TÓRAX CON CONTRASTE (SIN INCLUIR CORAZÓN)		
29	883401	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN		
30	883401	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN CON CONTRASTE		
31	883430	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍAS BILIARES		
32	883430	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍAS BILIARES CON CONTRASTE		
33	883434	PROCEDIMIENTO	COLANGIOGRAFIA POR RESONANCIA MAGNÉTICA		
34	883434	PROCEDIMIENTO	COLANGIOGRAFIA POR RESONANCIA MAGNÉTICA CON CONTRASTE		

35	883440	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PELVIS		
36	883440	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PELVIS CON CONTRASTE		
37	883511	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO SUPERIOR, SIN INCLUIR ARTICULACIONES		
38	883511	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO SUPERIOR, SIN INCLUIR ARTICULACIONES CON CONTRASTE		
39	883512	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR		
40	883512	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR CON CONTRASTE		
41	883521	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES		
42	883521	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES CON CONTRASTE		
43	883522	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR		
44	883522	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR CON CONTRASTE		
45	883560	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLEJO BRAQUIAL		
46	883560	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLEJO BRAQUIAL CON CONTRASTE		
47	883902	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SITIO NO ESPECIFICADO		
48	883909	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA CON ANGIOGRAFÍA		
49	883909	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA CON ANGIOGRAFÍA CON CONTRASTE		
50	883101	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO CON PROTOCOLO DE EPILEPSIA		
51	883101	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO CON PROTOCOLO DE EPILEPSIA CON CONTRASTE		
52	883101	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO CON PROTOCOLO DE PARKINSON SIMPLE		
53	883101	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO CON PROTOCOLO DE PARKINSON CON CONTRASTE		
54	883101	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO CON VOLUMETRÍA HIPOCAMPAL		
55	883101	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO CON VOLUMETRÍA HIPOCAMPAL CON CONTRASTE		
56	883106	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO CON TRACTOGRAFIA		
57	883106	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO CON TRACTOGRAFIA CON CONTRASTE		
58	883109	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE OÍDO		
59	883109	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE OÍDO CON CONTRASTE		
60	883321	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON VALORACIÓN DE LA MORFOLOGÍA		
61	883351	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA		
62	883351	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA CON CONTRASTE		
63	883435	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍAS URINARIAS (URORESONANCIA)		

64	883440	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PRÓSTATA (PROCEDIMIENTO CON CONTRASTE)		
65	883440	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PRÓSTATA		
66	883442	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA OBSTÉTRICA (FETAL)		
67	883442	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA OBSTÉTRICA (FETAL) CON CONTRASTE		
68	883443	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLACENTA		
69	883443	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLACENTA CON CONTRASTE		
70	883512	PROCEDIMIENTO	ARTRORESONANCIA DE MIEMBROS SUPERIOR		
71	883522	PROCEDIMIENTO	ARTRORESONANCIA DE MIEMBROS INFERIOR		
72	883905	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA CON ESPECTROSCOPIA		
73	883905	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA CON ESPECTROSCOPIA CON CONTRASTE		
74	883390	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA MAGNÉTICA DE OTRAS ESTRUCTURAS NO ESPECIFICADAS DEL TÓRAX Y SISTEMA CARDIOVASCULAR		
75	481	PROCEDIMIENTO	SEDACIÓN (INCLUYE INSUMOS Y HONORARIOS)		

NOMBRE DEL PROPONENTE:

NIT O C.C:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

C.C:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

DIRECCIÓN:

TELEFONO:

EMAIL

OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES

ITEM	CONDICIONES DEL SERVICIO	OFRECE	
		SI	NO
1	Efectuar la Prestación del Servicio de acuerdo a los protocolos establecidos técnica y científicamente en el ámbito Nacional consignados en el acuerdo No. 002 por el cual se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial.		
2	Prestar los servicios durante el plazo de ejecución del contrato de acuerdo a lo informado en el portafolio de servicios, en las instalaciones de acuerdo a los pliegos de condiciones y de acuerdo a la oferta presentada, los cuales hacen parte integral del presente documento.		
3	Prestar los servicios sin ningún tipo de discriminación y con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano, profesional, tecnólogo y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, la moral y las buenas costumbres.		
4	El **CONTRATISTA** debe permitir el acceso a los Auditores de la Policía Nacional, así mismo permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley y permitirle realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual, mediante verificaciones periódicas a la institución, verificando las condiciones locativas, y el recurso humano disponible para el desarrollo del presente contrato.		
5	Atender al Usuario de acuerdo con la orden de servicios expedida por el médico de referencia y Contra-referencia de la Seccional de Sanidad Risaralda, previa presentación del carné de la Policía y el documento de identificación DEBIDAMENTE ACTUALIZADOS, CASO CONTRARIO SE GLOSARÁ LA CUENTA.		
6	El **CONTRATISTA** debe implementar y mantener activo el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en cumplimiento de lo definido en el Decreto 1011 de 2006.		
7	El **CONTRATISTA** se compromete a presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros diez (10) días del mes siguiente en la Oficina Central de Cuentas de la Jefatura de la Seccional de Sanidad Risaralda, acompañada de la siguiente información: 1. Fecha de prestación del servicio. 2. Relación de los pacientes atendidos con número de identificación. 3. Relación de los pacientes atendidos con número de identificación. 4. Procedimientos realizados de acuerdo al objeto del contrato. 5. Presentar Factura que cumpla con los requisitos legales vigentes así como todos los documentos que soporten los eventos facturados en la misma, acompañadas de la Fotocopia del documento de identidad del usuario y carné. Fotocopia de los soportes de la prestación de cada uno de los servicios facturados.		
8	El **CONTRATISTA** dará respuesta oportuna a las glosas realizadas por el Auditor de Cuentas de la Seccional de Sanidad Risaralda.		
9	El **CONTRATISTA** designará un funcionario, para que en coordinación con el Supervisor del Contrato vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presenten.		
10	EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL, donde se compromete a ***Informar al supervisor del contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un cincuenta (50%) por ciento, setenta (70%) por ciento. Una vez recibida la información estudiará la viabilidad de adicionar el contrato. De igual manera deberá informar por escrito cuando el contrato se haya ejecutado en un cien (100%) por ciento, de inmediato el contratista no debe seguir prestando el servicio, pues la seccional sanidad Risaralda no reconocerá ningún servicios prestado, exceptuando por urgencia vital.***		
11	El **CONTRATISTA** debe garantizar lo ofertado en la propuesta presentada, durante la ejecución del contrato.		
12	El **CONTRATISTA** debe responder por la prestación de los servicios objeto del presente contrato y en el caso de que en un momento dado no pueda prestar alguno de ellos, deberá informar a la Jefatura de Sanidad, pero garantizará la prestación del servicio a los usuarios. Así mismo participar con el equipo interdisciplinario de la Seccional de Sanidad en la calificación de personal civil beneficiario del subsistema de salud de la Policía Nacional, de igual manera participar en juntas médicas de casos especiales con el médico de referencia, médico especialista de Salud Ocupacional.		
13	Debe realizar los trámites para la legalización del contrato dentro de los tres (03) días hábiles siguientes contados a partir de la firma del Contrato.		
14	Cumplir con las obligaciones de pagar mensualmente los aportes de afiliación y cotización a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, cuando a ello haya lugar de acuerdo con el artículo 50 de la ley 789 de 2002, Ley 828 de julio 10 de 2003 y de la Ley 100 de 1993; para tal fin deberá allegar con la correspondiente factura certificación donde conste dicho cumplimiento firmada por el Representante Legal y revisor fiscal si conforme a las normas pertinentes estuviera obligado a tenerlo.		

15	Cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y las normas generales vigentes.		
16	El oferente debe contar con una línea telefónica, para la asignación de citas en horario de oficina, para la atención de nuestros afiliados, garantizando un buen servicio		
17	El contratista deberá mantener la oportunidad de citas, así como llevar el registro de los pacientes atendidos y entregar este informe con la cuenta de cobro.		
18	No seguir prestando los servicios una vez ejecutado el presupuesto asignado para el presente proceso de Resonancia Magnética Nuclear (R.M.N), evitando la sobre-ejecución.		
19	El Oferente debe contar con la licencia del equipo para prestar el Resonador y otros para prestar los servicios de salud, expedida por la entidad que regula su funcionamiento.		
20	Adicional a la garantía única el oferente deberá anexar la Póliza de Responsabilidad médica que adquiere anualmente, que cubra los daños a terceros por Responsabilidad Civil.		
21	El **CONTRATISTA** certificará mediante documento escrito los horarios de atención a nuestros usuarios y beneficiarios, de igual forma especificara la ubicación del lugar donde se prestara dicho servicio.		
22	Mantener y evaluar las medidas de seguridad radiológica para el personal profesional, los pacientes y el público general		
23	Los procedimientos de Medicina Nuclear se efectúan de acuerdo con los protocolos establecidos		
24	La actualización de los conocimientos científicos y técnicas médicas se evidencia en el desempeño profesional		
25	El seguimiento a pacientes con reacción adversas a medios de contraste se realizara por parte del contratista.		

NOMBRE DEL PROPONENTE:

NIT O C.C:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

C.C:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

DIRECCIÓN:

TELEFONO:

EMAIL