Popayán,02 de Enero de 2025.

Doctora:
LUCY XIMENA IBARRA HERNANDEZ
Gerente
HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E
Ciudad

Asunto: Oferta Económica para la Prestación de Servicios de Imágenes Diagnósticas vigencia 2025.

Atento saludo.

El Centro de Imágenes del Occidente CIMO adscrito a la **CLÍNICA DEL OCCIDENTE S.A._CIMO**, se permite presentar a ustedes la siguiente Oferta Económica teniendo en cuenta las necesidades que presenta su institución.

Con el fin de fortalecer la relación comercial, nos permitimos informar que contamos con equipos y el recurso humano para ofrecer a ustedes los servicios de Radiología, Mamografía, Tomografía y Resonancia Magnética con las tarifas relacionadas y ofertadas en el archivo adjunto las cuales contienen toma, lectura e imágenes.

El servicio será cubierto de lunes a viernes de 7.00 am a 7:00 pm y sábados de 7:00 am a 1.00 pm.
Los medios de contraste serán suministrados de acuerdo al ordenamiento medico .

Las imágenes del estudio será entregado en medio magnético (CD) y podrán ser consultados en la dirección https://cimoteleradiologia.com/PlatformCIMO/login.aspx

Las lecturas serán enviadas por correo electrónico establecido por la institución dando cumplimiento a los tiempos establecidos contractualmente .

Tarifa Pactada: Según Anexo 1 (Radiología, Tomografías y Resonancia Nuclear Magnética con lectura). Radiología especial (**Tránsito intestinal**), UROTAC, Urografía por Tomografía, ANGIOTAC: (**Tomografía de Vasos**), ANGIORESONANCIA: (**Resonancia de Vasos**), RESONANCIA MAGNÉTICA SITIO NO ESPECIFICADO (**Glúteos)** y Medios de contraste.

Finalmente quedamos a su disposición para coordinar reuniones que permitan evaluar el nivel de satisfacción y posibilidades de crecimiento conjunto.

Atentamente,

EDGAR ALIRIO RUIZ LUENGAS
CC: 19.100.720 de Bogotá
Representante legal
CLÍNICA DEL OCCIDENTE S.A.
Nit: 860090566-1

CLÍNICA DEL OCCIDENTE S.A				
NIT :	860090566-1			CAUCA - POPAYAN
Nombre de la Persona Responsable de	JESUS A. FERNANDEZ / CLAUDIA YOHANA TORRES			
Numero de Celular:	3136561795			
Correo Electrónico de la Institución:	cimo@clinicadeloccidente.com / analistamercadeocimo@gmail.com			

CÓDIGO NORMATIVIDAD VIGENTE	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	% INC	TARIFA 2025	OBSERVACIONES
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	% INC	TARIFA 2025	OBSERVACIONES
87.0.0.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE CRÁNEO**			
870001	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO SIMPLE	3	$ 30.953	
870003	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO	3	$ 20.873	
870004	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA	3	$ 28.436	
870005	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	3	$ 40.542	
870006	RADIOGRAFÍA DE PEÑASCOS	3	$ 40.542	
870007	RADIOGRAFÍA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	3	$ 40.542	
87.0.1.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE CARA O HUESOS FACIALES**			
870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA)	3	$ 28.436	
870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS	3	$ 28.609	
870103	RADIOGRAFÍA DE AGUJEROS ÓPTICOS	3	$ 28.609	
870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR	3	$ 28.436	
870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO	3	$ 28.436	
870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES	3	$ 28.436	
870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES	3	$ 28.609	
870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	3	$ 28.436	
870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	3	$ 28.609	
870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]	3	$ 28.609	
87.0.6.	**RADIOLOGIA GENERAL DE CUELLO**			
870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	3	$ 31.695	
870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO	3	$ 31.695	
870603	RADIOGRAFÍA DE FARINGE [FARINGOGRAFÍA]	3	$ 31.695	
87.1.	**RADIOLOGIA GENERAL DE COLUMNA VERTEBRAL, TORAX, Y ÓRGANOS O ESTRUCTURAS CONEXAS**			
87.1.0.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE COLUMNA VERTEBRAL**			
871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL	3	$ 34.687	
871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL	3	$ 34.687	
871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA	3	$ 33.952	
871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	3	$ 33.952	
871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA	3	$ 42.308	
871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX	3	$ 34.154	
871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS	3	$ 26.208	
87.1.1.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE TORAX**			
871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL	3	$ 29.792	
871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN	3	$ 27.218	
871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL,	3	$ 29.792	
871129	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	3	$ 27.218	
87.2.0.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE ABDOMEN**			
872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE	3	$ 35.142	
872011	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES	3	$ 46.649	
872101	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL CONVENCIONAL	3	$ 171.127	**TARIFA PROPIA** -AUTORIZAR MEDIO DE CONTRASTE
872102	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE	3	$ 209.568	**TARIFA PROPIA** -AUTORIZAR MEDIO DE CONTRASTE
87.3.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES**			
87.3.0.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE EXTREMIDADES**			
873004	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA]	3	$ 21.241	
87.3.1.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE EXTREMIDADES SUPERIORES**			
873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO	3	$ 27.528	
873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA	3	$ 21.241	
873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO	3	$ 27.528	
873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO	3	$ 21.241	
87.3.2.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE ARTICULACIONES EN MIEMBRO SUPERIOR**			
873202	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES	3	$ 12.170	
873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO	3	$ 27.528	
873205	RADIOGRAFÍA DE CODO	3	$ 21.241	
873206	RADIOGRAFÍA DE PUÑO O MUÑECA	3	$ 21.241	
873210	RADIOGRAFÍA DE MANO	3	$ 21.241	
87.3.3.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE EXTREMIDADES INFERIORES**			
873303	RADIOGRAFÍA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)	3	$ 12.170	
873311	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN FEMORAL	3	$ 34.622	
873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP, LATERAL)	3	$ 27.528	
873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)	3	$ 27.528	
873314	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN TIBIAL	3	$ 27.528	
873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	3	$ 21.241	
873335	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO (AXIAL Y LATERAL)	3	$ 21.241	
873340	RADIOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	3	$ 27.528	
87.3.4.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR**			
873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (AP,	3	$ 26.208	
873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA	3	$ 12.170	
873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL)	3	$ 27.528	
873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL	3	$ 12.170	
873423	RADIOGRAFÍA TANGENCIAL O AXIAL DE RÓTULA	3	$ 35.185	
873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	3	$ 21.241	
873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	3	$ 12.170	
873444	RADIOGRAFÍAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS,	3	$ 12.170	
87.7.	**RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA EN ABDOMEN, PELVIS Y ÓRGANOS O ESTRUCTURAS CONEXAS**			
87.7.8.	**RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA DE SISTEMA URINARIO**			
877802	UROGRAFÍA INTRAVENOSA	3	$ 79.014	AUTORIZAR MEDIO DE CONTRASTE
877862	URETROCISTOGRAFÍA MICCIONAL	3	$ 110.457	AUTORIZAR MEDIO DE CONTRASTE
877863	URETROCISTOGRAFÍA RETRÓGRADA	3	$ 110.457	AUTORIZAR MEDIO DE CONTRASTE
87.6.8.	**MAMOGRAFÍA**			
876801	MAMOGRAFÍA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRÚRGICA	3	$ 84.509	
876802	MAMOGRAFÍA BILATERAL	3	$ 106.916	
87.9.	**TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC)**			
87.9.1.	**TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC) DE CABEZA, CARA Y CUELLO**			
879111	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE	3	$ 141.938	
879112	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO CON CONTRASTE	3	$ 155.694	AUTORIZAR MEDIO DE CONTRASTE

879113	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE Y CON CONTRASTE	3	$ 178.254	AUTORIZAR MEDIO DE CONTRASTE
879116	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPÓFISIS)	3	$ 155.803	
879121	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ÓRBITAS	3	$ 121.103	
879122	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE OIDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO	3	$ 155.803	
879131	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA	3	$ 155.803	
879132	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE RINOFARINGE	3	$ 155.803	
879150	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR	3	$ 155.701	
879161	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CUELLO	3	$ 132.029	
879162	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE LARÍNGE	3	$ 132.029	
87.9.2.	**TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC) DE COLUMNA**			
879201	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)	3	$ 94.974	
879205	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL,	3	$ 132.029	
87.9.3.	**TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC) DE TORAX**			
879301	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX	3	$ 147.708	
879391	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX EXTENDIDO AL ABDOMEN	3	$ 192.829	
87.9.4.	**TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC) DE ABDOMEN Y PELVIS**			
879410	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR	3	$ 167.336	
879420	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS **(ABDOMEN TOTAL)**	3	$ 194.336	
879421	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CADERA	3	$ 132.029	
879430	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VÍAS URINARIAS **(UROTAC)**	3	$ 461.412	**TARIFA PROPIA**
879431	UROGRAFÍA CON TOMOGRAFÍA COMPUTADA	3	$ 340.673	**TARIFA PROPIA - AUTORIZAR MEDIO DE CONTRASTE**
879460	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE PELVIS	3	$ 132.029	
87.9.5.	**TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC) DE EXTREMIDADES**			
879510	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES	3	$ 121.103	
879520	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES	3	$ 121.103	
879522	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSION FEMORAL O TORSIÓN TIBIAL)	3	$ 45.933	SE DEBE AUTORIZAR EL CUPS 879520 Y 879522
879523	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES DE RÓTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES)	3	$ 45.933	SE DEBE AUTORIZAR EL CUPS 879520 Y 879523
87.9.9.	**OTROS ESTUDIOS CON TOMOGRAFIA COMPUTADA**			
879901	TOMOGRAFÍA DE VASOS **(ANGIOTACS)**	3	$ 772.233	**TARIFA PROPIA -** APLICA PARA: ANGIOTAC DE CEREBRO, ANGIOTAC DE TORAX, ANGIOTAC DE ABDOMEN, ANGIOTAC DE AORTA ABDOMINAL, ANGIOTAC DE
879910	TOMOGRAFÍA COMPUTADA EN RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL	3	$ 205.773	
88.3.	**RESONANCIA MAGNÉTICA**			
88.3.1.	**RESONANCIA MAGNÉTICA DE CABEZA, CARA Y CUELLO**			
883101	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO	3	$ 535.363	
883102	RESONANCIA MAGNÉTICA DE BASE DE CRANEO O SILLA TURCA	3	$ 535.363	
883103	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS	3	$ 535.363	
883105	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	3	$ 410.435	
883108	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PARES CRANEANOS	3	$ 401.008	
883109	RESONANCIA MAGNÉTICA DE OIDOS	3	$ 535.363	
883110	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SENOS PARANASALES O CARA	3	$ 535.363	
883111	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CUELLO	3	$ 535.363	
88.3.2.	**RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA VERTEBRAL Y CANAL ESPINAL**			
883210	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE	3	$ 535.363	
883220	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA SIMPLE	3	$ 535.363	
883230	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE	3	$ 535.363	
883232	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN SACROILÍACA SIMPLE	3	$ 535.363	
883234	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA SIMPLE	3	$ 535.363	
88.3.3.	**RESONANCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX**			
883301	RESONANCIA MAGNÉTICA DEL TÓRAX	3	$ 535.363	
88.3.4.	**RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN Y PELVIS**			
883401	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN	3	$ 535.363	
883430	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍAS BILIARES	3	$ 401.008	
883440	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PELVIS	3	$ 535.363	
883434	COLANGIORESONANCIA	3	$ 401.008	
88.3.5.	**RESONANCIA MAGNÉTICA DE EXTREMIDADES**			
883511	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO SUPERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	3	$ 410.435	
883512	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (ESPECÍFICO)	3	$ 410.435	
883521	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	3	$ 410.435	
883522	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECÍFICO)	3	$ 410.435	
883560	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLEJO BRAQUIAL	3	$ 401.008	
883902	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SITIO NO ESPECIFICADO	3	$ 763.800	**TARIFA PROPIA:** APLICA PARA RESONANCIA DE GLUTEOS SI LA ENTIDAD ASEGURADORA LO AUTORIZA
883908	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VASOS (ANGIORESONANCIA)	3	$ 763.800	**TARIFA PROPIA**: APLICA PARA ANGIORRESONANCIA DE **CEREBRO** - ANGIORESONANCIA DE **CUELLO.**
	MEDOS DE CONTRASTE			
11113018	Iohexol - Omniempaque 300mg* Solución Inyectable x 100 ml	2	$ 190.886	
11113004	Iohexol 300mg de Yodo ml Solución Inyectable x 50 ml	2	$ 95.443	
11119015	Acido Gadoterico Clariscan 0.05 mmol/mlfrasco x 15 ml	0	$ 105.631	

OBSERVACIONES GENERALES:

LOS PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS SON SIMPLES, SI SE REQUIERE SIMPLE Y CONTRASTADO SE DEBE AUTORIZAR CANTIDAD 2 + EL MEDIO DE CONTRASTE
EL VALOR OFERTADO PARA LAS TOMOGRAFIAS DE VASOS (ANGIOTAC) TIENEN INCLUIDO MEDIO DE CONTRASTE
PARA LOS RAYOS X ESPECIALES SE DEBE AUTORIZAR ADICIONAL EL MEDIO DE CONTRASTE

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la empresa CLINICA DEL OCCIDENTE S.A. identificado(a) con NITPJ 8600905661 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 520277708 desde el 22 de octubre de 2003, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 12 de diciembre de 2024, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogota

CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA .

PROCESO GESTION PRESTACION Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS.

PROFESIONAL UNIVERSITARIO(A).

HACE CONSTAR

Que el prestador de servicios de salud CLINICA DEL OCCIDENTE S.A, en su sede de prestador CENTRO DE IMÁGENES DEL OCCIDENTE -CIMO del municipio de POPAYÁN - departamento de CAUCA, radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA y se considera inscrito como clase de prestador Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y autorizado para prestar los siguientes servicios habilitados:

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:	1900107004 - CLINICA DEL OCCIDENTE S.A				
NI:Nit / CC:Cédula	NI:860090566-1	Nombre o razón social:	CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.		
Fecha de inscripción:	2006/11/11	Fecha de vencimiento:	2025/04/30	Clase de prestador:	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PRIVADA	Nivel de Atención del Prestador:	
Empresa Social del Estado:	NO			Carácter Territorial de la Entidad:	
Representante Legal:	EDGAR ALIRIO RUIZ LUENGAS			Dirección administrativa:	CLL. 18N # 8 - 59
Telefono:	57 92 8200055	Fax:	57 92 8200063	Email:	cimo@clinicadeloccidente.com
Municipio:	POPAYÁN			Departamento:	CAUCA

ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

NOMBRE ACTO.	NÚMERO ACTO	FECHA ACTO	ENTIDAD QUE EXPIDE	CIUDAD QUE EXPIDE
MATRÍCULA MERCANTIL	168645	200304	CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA	BOGOTA

FORMATO: FECHA ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.(AAAAMMDD)

SEDE PRINCIPAL.

Código y Nombre Sede Principal:	190010700401 - CENTRO DE IMÁGENES DEL OCCIDENTE -CIMO				
Dirección:	CL 18N # 8 - 59			Barrio:	EL RECUREDO
Centro Poblado:				Tipo de Zona:	URBANA
Telefono:	57 92	Fax:	57 92	Email:	cimo@clinicadeloccidente.com

	8200055		8200063		
Gerente:		EDGAR ALIRIO RUIZ LUENGAS		Fecha de Apertura:	2006/11/11
Municipio:		POPAYÁN		Departamento:	CAUCA

SEDE CON SERVICIOS HABILITADOS.

Código y Nombre Sede:		190010700401 - CENTRO DE IMÁGENES DEL OCCIDENTE -CIMO			
Dirección:	CL 18N # 8 - 59			Barrio:	EL RECUREDO
Centro Poblado:				Tipo de Zona:	URBANA
Telefono:	57 92 8200055	Fax:	57 92 8200063	Email:	cimo@clinicadeloccidente.com
Gerente:		EDGAR ALIRIO RUIZ LUENGAS		Fecha de Apertura:	2006/11/11
Municipio:		POPAYÁN		Departamento:	CAUCA

ACREDITACIÓN EN SALUD PARA LA SEDE DEL PRESTADOR.

Código y Nombre Sede:		190010700401 - CENTRO DE IMÁGENES DEL OCCIDENTE -CIMO			
Dirección:	CL 18N # 8 - 59			Barrio:	EL RECUREDO
Centro Poblado:				Tipo de Zona:	URBANA
Telefono:	57 92 8200055	Fax:	57 92 8200063	Email:	cimo@clinicadeloccidente.com
Gerente:		EDGAR ALIRIO RUIZ LUENGAS		Fecha de Apertura:	2006/11/11
Municipio:		POPAYÁN		Departamento:	CAUCA

*** NO SE ENCONTRARON REGISTROS DE ACREDITACIÓN EN SALUD PARA ESTA SEDE DEL PRESTADOR. ***

SERVICIOS DE SALUD HABILITADOS.

CONVENCIONES:

M-INT:Modalidad Intramural

M-EXT:Modalidad Extraamural

M-UM :Modalidad Unidad Móvil

M-DOM:Modalidad Domiciliario

M-JS :Modalidad Jornada de Salud

M-TEL:Modalidad Telemedicina

M-PR :Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina

M-PRTI:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Interactiva

M-PRTNI:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina No Interactiva

M-PRTE:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telexperticia

M-PRTM:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telemonitoreo

M-PRE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina

M-PRETE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina Telexperticia

M-PRETE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina Telemonitoreo

COMPL :Complejidad.
*SC:SIN COMPLEJIDAD

GRUPO SER	COD SER	NOMBRE SERVICIO	M-INT	M-EXT	M-UM	M-DOM	M-JS	M-TEL	M-PR	M-PRTI	M-PRTNI	M-PRTE	M-PRTM	M-PRE	M-PRETE	M-PRETM	COMPL	FECHA APERTURA-(AAAAMMDD)	DISTINTIVO

APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20061111	DHSS0127853
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M	20061111	DHSS0127854

SERVICIOS DE SALUD, RESOLUCIÓN 1410 DE 2022.

CONVENCIONES:

ONC:Atención paciente oncológico **M-AMB:Modalidad Ambultoria** **M-HOP:Modalidad Hospitalaria** **M-UMO:Modalidad Unidad Móvil**

M-DOM:Modalidad Domiciliaria **M-OEX:Modalidad Otras Extramural** **M-CRE:Modalidad Centro de Referencia** **M-IRE:Modalidad Institución Remisora**

C-BAJ:Complejidad Baja **C-MED:Complejidad Media** **C-ALT:Complejidad Alta**

No se encontraron servicios de salud de acuerdo a lo normado en la Resoluciòn 1410 de 2022.

SERVICIOS DE SALUD CERRADOS TEMPORALMENTE, POR EL PRESTADOR, CON FECHA DE CIERRE DEL SERVICIO, INFERIOR A UN AÑO A LA FECHA DE IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO.

No se encontraron servicios cerrados, por el prestador, con fecha de cierre del servicio, inferior a un año a la fecha de impresión de este documento.

HORARIOS DE LOS SERVICIOS (FORMATO HORA MILITAR) DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	07:00A22:00	07:00A22:00	07:00A22:00	07:00A22:00	07:00A22:00	07:00A22:00	
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	

ESPECIFICIDADES DE LOS SERVICIOS DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

No se encontraron servicios con especificidades.

APOYO PRESTADORES REFERENCIA PARA TELEMEDICINA DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

No se encontraron registros de apoyo de prestadores referencia para telemedicina de la sede del prestador.

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada.

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD - RESOLUCIÓN 1410 DE 2022.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Camas, Camillas, Consultorios, Salas y Sillas. Resolución 1410 de 2022.

DETALLE AMBULANCIAS.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias.

DETALLE UNIDADES MÓVILES.

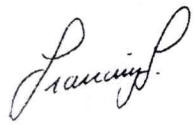
No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias.

La presente CONSTANCIA se expide previa revisión por parte de SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA , de los formularios de inscripción, novedades y medidas de seguridad diligenciados por el prestador CLINICA DEL OCCIDENTE S.A, quien manifiesta haber efectuado la autoevaluación de cumplimiento de las condiciones de habilitación como parte de las responsabilidades asignadas en el Decreto 780 de 2016, Resolucion 3100 de 2019 y la(s) norma(s) que la modifique o sustituya, según corresponda.

***** NOTA: *** Señor ENTIDAD DEPARTAMENTAL O DISTRITAL DE SALUD y PRESTADOR DE SERVCIOS DE SALUD, se ha generado la informaciòn para la CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD-REPS para la sede del prestador y se han encontrado las siguientes OBSERVACIONES:**

NÚMERO DE OBSERVACIONES ENCONTRADAS: *** 1 ***.	
OBSERVACIONES	ORIENTACIONES
LA INFORMACIÓN QUE SE REGISTRA EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD -REPS. FALTA INFORMACIÓN EN LA VARIABLE: CENTRO POBLADO SEDE DEL PRESTADOR PRESENTA INFORMACIÓN INCOMPLETA.	VALIDAR LA ETS CON EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD, LA INFORMACIÓN DE CENTRO POBLADO DE SU PROCESO DE INSCRIPCIÓN DE LA SEDE.

Dada el día jueves 25 de julio de 2024 (9:59 a.m.).



LUZ FRANCINY LOPEZ NARVÁEZ.

PROFESIONAL UNIVERSITARIO(A).

Los anteriores datos tienen como fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

Elaborado por el usuario del ente territorial: 19000REPS

Impreso por el usuario del ente territorial: 19000REPS

Versión 3.0.

Fecha de impresión: jueves 25 de julio de 2024 (9:59 a.m.).



ACTUALIZACIÓN PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE SALUD - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

* * * D E F I N I T I V O * * *

El prestador de servicios de salud para esta sede como se menciona en este documento SI FINALIZÓ LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS.

INICIO DOCUMENTO ACTUALIZACIÓN PORTAFOLIO DE SERVICIOS.

1900107004 - CENTRO DE IMÁGENES DEL OCCIDENTE -CIMO

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:	1900107004 - CLINICA DEL OCCIDENTE S.A				
NI:Nit / CC:Cédula	NI:860090566-1			Nombre o razón social:	CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.
Fecha de inscripción:	2006/11/11	Fecha de vencimiento:	2025/04/30	Clase de prestador:	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PRIVADA	Nivel de Atención del Prestador:	
Empresa Social del Estado:	NO			Carácter Territorial de la Entidad:	
Representante Legal:	EDGAR ALIRIO RUIZ LUENGAS			Dirección administrativa:	CLL. 18N # 8 - 59
Telefono:	57 92 8200055	Fax:	57 92 8200063	Email:	cimo@clinicadeloccidente.com
Municipio:	POPAYÁN			Departamento:	CAUCA

SEDE PRINCIPAL DEL PRESTADOR.

Código y Nombre Sede Principal:	190010700401 - CENTRO DE IMÁGENES DEL OCCIDENTE -CIMO				
Dirección:	CL 18N # 8 - 59			Barrio:	EL RECUREDO
Telefono:	57 92 8200055	Fax:	57 92 8200063	Email:	cimo@clinicadeloccidente.com
Gerente:	EDGAR ALIRIO RUIZ LUENGAS			Fecha de Apertura:	2006/11/11
Municipio:	POPAYÁN			Departamento:	CAUCA

SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

Código y Nombre Sede:	190010700401 - CENTRO DE IMÁGENES DEL OCCIDENTE -CIMO		
Dirección:	CL 18N # 8 - 59	Barrio:	EL RECUREDO

Telefono:	57 92 8200055	Fax:	57 92 8200063	Email:	cimo@clinicadeloccidente.com
Gerente:	EDGAR ALIRIO RUIZ LUENGAS			Fecha de Apertura:	2006/11/11
Municipio:	POPAYÁN			Departamento:	CAUCA

CORREOS ELECTRÓNICOS DEL PRESTADOR Y LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS.

ANTERIOR CORREO ELECTRONICO DEL PRESTADOR	ACTUALIZADO CORREO ELECTRONICO DEL PRESTADOR	ANTERIOR CORREO ELECTRONICO DE LA SEDE DEL PRESTADOR	ACTUALIZADO CORREO ELECTRONICO DE LA SEDE DEL PRESTADOR
cimo@clinicadeloccidente.com	cimo@clinicadeloccidente.com	clinicaoccidente@gmail.com	cimo@clinicadeloccidente.com

SERVICIOS DE LA SEDE DE PRESTADOR QUE FUERON HABILITADOS CON APERTURA DE CÓDIGOS NUEVOS PARA LA RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

No se encontraron observaciones de servicios habilitados con apertura de códigos nuevos para la Resolución 3100 de 2019 y la(s) norma(s) que la modifique o sustituya.

SERVICIOS DE LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

RESOLUCIÓN 2003 DE 2014															TR	RESOLUCIÓN 3100 DE 2019															
GRUPO SER	COD SER	NOMBRE SERVICIO	ONC	AMB	HOSP	MOVI	DOMI	OTRA	CR	IR	BAJA	MEDI	ALTA	FECHA APERTURA (AAAAMMDD)	--	GRUPO SER	COD SER	NOMBRE SERVICIO	M-INT	M-EXT	M-UM	M-DOM	M-JS	M-TEL	M-PR	M-PRTI	M-PRTNI	M-PRTE	M-PRTM	M-PRE	M-PRETE	M-PRETM	COMPL
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	710	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS		SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061111	11	APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	710	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS		SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20061111	11	APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	719	ULTRASONIDO		SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20101229	16	APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M

CONVENCIONES:

ONC: Oncológico
AMB: Intramural Ambulatorio
HOSP: Intramural Hospitalario
MOVI: Extramural Móvil
DOMI: Extramural Domiciliario
OTRA: Extramural Otras
CR: Telemedicina Centro Referencia
IR: Telemedicina Institución Remisora
BAJA: Complejidad Baja
MEDI: Complejidad Media
ALTA: Complejidad Alta
TR: Código transición-VER TABLA TRANSICIÓN DE SERVICIOS

M-INT:Modalidad Intramural	M-EXT:Modalidad Extraamural	M-UM :Modalidad Unidad Móvil	M-DOM:Modalidad Domiciliario	M-JS :Modalidad Jornada de Salud	M-TEL:Modalidad Telemedicina
M-PR :Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina	M-PRTI:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Interactiva	M-PRTNI:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina No Interactiva	M-PRTE:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telexperticia	M-PRTM:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telemonitoreo	M-PRE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina
M-PRETE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina Telexperticia	M-PRETE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina Telemonitoreo	COMPL :Complejidad			

TR:TABLA DE TRANSICIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:

11-CAMBIA CÓDIGO Y NOMBRE DEL SERVICIO	12-SE INACTIVA EL CÓDIGO	13-SE INACTIVA EL CÓDIGO Y DERIVA COMO ACTIVIDADES EN OTRO(S) SERVICIO(S)	14-SE INACTIVA EL CÓDIGO Y DERIVA COMO ESPECIFICIDAD EN OTRO(S) SERVICIO(S)	15-SE INACTIVA EL CÓDIGO Y DERIVA COMO MODALIDAD EN OTRO(S) SERVICIO(S)
16-SE INACTIVA EL CÓDIGO Y DERIVA COMO PROCEDIMIENTO EN OTRO(S) SERVICIO(S)	17-SE INACTIVA EL CÓDIGO Y DERIVA EN OTRO(S) SERVICIO(S)	18-SIGUE IGUAL EL SERVICIO	19-SE INACTIVA SERVICIO VOLUNTARIAMENTE POR EL PRESTADOR	***El prestador no desea continuar prestando el servicio.

PRESTADORES DE REFERENCIA QUE BRINDAN APOYO PARA LOS SERVICIOS CON MODALIDADES EN TELEMEDICINA DE LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

[TABLA_PSERVICIOS_PR]

HORARIOS DE LOS SERVICIOS (FORMATO HORA MILITAR) DE LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	07:00A22:00	07:00A22:00	07:00A22:00	07:00A22:00	07:00A22:00	07:00A22:00	
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	

ESPECIFICIDADES DE LOS SERVICIOS DE LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

No se encontraron registros de especificidades de los servicios.

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD DE LA *** SEDE DEL PRESTADOR *** DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS - CAPACIDAD INSTALADA ANTES DE APLICAR LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada para homologar.

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD DE LA *** SEDE DEL PRESTADOR *** DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada que fueron homologados.

DETALLE AMBULANCIAS DE LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019..

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias

DETALLE UNIDADES MOVILES DE LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019..

No se encontraron registros de Unidades Móviles

Los anteriores datos tienen como fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

Elaborado por el usuario: 190010700401

Impreso por el usuario: 190010700401

Versión 2.0.

Fecha de impresión de este documento: viernes 23 de agosto de 2024 (11:45 a.m.).

FIN DOCUMENTO ACTUALIZACIÓN PORTAFOLIO DE SERVICIOS.

1900107004 - CENTRO DE IMÁGENES DEL OCCIDENTE -CIMO

ANEXO 2

DECLARACION JURAMENTADA DE INEXISTENCIA DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

CLINICA DEL OCCIDENTE S.A

DECLARACION.

Yo **EDGAR ALIRIO RUIZ LUENGAS** , identificada con la cédula de ciudadanía **No. 19.100.720** expedida en Bogotá , actuando en nombre y representación de CLINICA DEL OCCIDENTE S.A , sociedad constituida por escritura pública No. 7999 De la Notaría Sexta de Bogotá , debidamente registrada en la Cámara de comercio de Bogotá, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incurso en ninguna causal de INHABILIDAD o de INCOMPATIBILIDAD previstas en la Constitución Nacional, en la Ley 80 de 1993 Estatuto General de Contratación Pública, en el Artículo 8º de la Ley 1150 de 2007, 1474 de 2011 Estatuto anticorrupción, ley 734 de 2002 Código Disciplinario Único, y en las demás normas legales y en los Reglamentos Internos del Hospital Susana López de Valencia E.S.E., para suscribir Contratos con Entidades Estatales.

Expedida a los dos (2) días del mes de enero de 2025.

Firma: _____
Nombre: **EDGAR ALIRIO RUIZ LUENGAS**
C. C. No.: 19.100.720 de Bogotá
Dirección: Calle 18 N # 8-59 Avenida Antonio Nariño

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD No. 143 DEL 01 DE ABRIL DE 2022.

ENTIDAD CONTRATANTE:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA ESE
CONTRATISTA:	CLÍNICA DEL OCCIDENTE S.A. **Representante Legal:** Edgar Alirio Ruiz Luengas **NIT:** 860090566-1 **Dirección:** Calle 18N – No. 8-59, Popayán **Teléfono:** (8) 200055 **E mail:** cimo@clinicadeloccidentel.com
DURACIÓN:	**SEIS (6) MESES** o hasta agotar el valor del contrato
VALOR:	QUINIENTOS CUARENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($540.000.000).

Entre los suscritos a saber: Doctor **EDGAR EDUARDO VILLA**, vecino de Popayán, identificado con la cédula de ciudadanía número 76.310.238 de Popayán, quien obra en su calidad de Gerente del Hospital Susana López de Valencia, E.S.E., según Decreto N° 0687 el 31 de marzo de 2020 y acta de posesión No. 042 de la misma fecha, en uso de su facultad para celebrar contratos, en representación del Hospital Susana López de Valencia, Empresa Social del Estado, creado por Ordenanza 001 de 1995, quien en el presente contrato se denominará **HOSPITAL** y el Señor **EDGAR ALIRIO RUIZ LUENGAS**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.100.720, expedida en Bogotá, actuando en nombre y representación de **CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.**, sociedad constituida mediante Escritura Pública No. 242 de la Notaria 25 de Bogotá D.C., de 12 de marzo de 1982, inscrita en la Cámara de Comercio de Bogotá el 05 de abril de 1982, bajo el No. 114.060 del Libro IX y quien en adelante en el presente contrato se denominara CONTRATISTA, hemos acordado celebrar el presente contrato que se regirá por las siguientes clausulas: **PRIMERA.- OBJETO:** PRESTAR LOS SERVICIOS DE SALUD LA TOMA E INTERPRETACION DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS PARA EL HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E. PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS QUE REQUIEREN LOS SERVICIOS DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS EXIGIDAS. **CLÁUSULA SEGUNDA.- ESPECIFICACIONES TECNICAS:**

CUPS	CUPS 2077 - DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	TARIFA INCLUIDA LECTURA
87.0.0.	RADIOLOGÍA GENERAL DE CRÁNEO	
870001	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO SIMPLE	$ 27.368
870003	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO	$ 18.456
870004	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA	$ 25.143
870005	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	$ 35.847
870006	RADIOGRAFÍA DE PEÑASCOS	$ 35.847
870007	RADIOGRAFÍA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	$ 35.847
87.0.1.	RADIOLOGÍA GENERAL DE CARA O HUESOS FACIALES	
870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA)	$ 25.143
870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS	$ 25.296
870103	RADIOGRAFÍA DE AGUJEROS ÓPTICOS	$ 25.296

Original

870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR	$ 25.143
870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO	$ 25.143
870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES	$ 25.143
870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES	$ 25.296
870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	$ 25.143
870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	$ 25.296
870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]	$ 25.296
87.0.6.	**RADIOLOGIA GENERAL DE CUELLO**	
870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	$ 28.025
870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO	$ 28.025
870603	RADIOGRAFÍA DE FARINGE [FARINGOGRAFÍA]	$ 28.025
87.1.	**RADIOLOGiA GENERAL DE COLUMNA VERTEBRAL, TORAX, Y ÓRGANOS O ESTRUCTURAS CONEXAS**	
87.1.0.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE COLUMNA VERTEBRAL**	
871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL	$ 30.670
871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL	$ 30.670
871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA	$ 30.020
871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	$ 30.020
871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA	$ 37.409
871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX	$ 30.198
871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS	$ 23.173
87.1.1.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE TORAX**	
871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL	$ 26.342
871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN	$ 24.066
871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	$ 26.342
871129	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	$ 24.066
87.2.0.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE ABDOMEN**	
872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE	$ 31.072
872011	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	$ 41.246
872101	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL CONVENCIONAL	$ 150.696
872102	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE	$ 184.548
872104	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA O COLON POR INGESTA	$ 162.792
872105	RADIOGRAFIA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE	$ 182.070
87.3.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES**	
87.3.0.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE EXTREMIDADES**	
873004	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA]	$ 18.781
87.3.1.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE EXTREMIDADES SUPERIORES**	
873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO	$ 24.340
873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA	$ 18.781
873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO	$ 24.340
873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO	$ 18.781
87.3.2.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE ARTICULACIONES EN MIEMBRO SUPERIOR**	

873202	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS	$	10.761
873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO	$	24.340
873205	RADIOGRAFÍA DE CODO	$	18.781
873206	RADIOGRAFÍA DE PUÑO O MUÑECA	$	18.781
873210	RADIOGRAFÍA DE MANO	$	18.781
87.3.3.	RADIOLOGÍA GENERAL DE EXTREMIDADES INFERIORES		
873303	RADIOGRAFÍA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)	$	10.761
873311	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN FEMORAL	$	30.613
873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP, LATERAL)	$	24.340
873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)	$	24.340
873314	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN TIBIAL	$	24.340
873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	$	18.781
873335	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO (AXIAL Y LATERAL)	$	18.781
873340	RADIOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	$	24.340
87.3.4.	RADIOLOGÍA GENERAL DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR		
873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	$	23.173
873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA	$	10.761
873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL)	$	24.340
873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	$	10.761
873423	RADIOGRAFÍA TANGENCIAL O AXIAL DE RÓTULA	$	31.110
873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	$	18.781
873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	$	10.761
873444	RADIOGRAFÍAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)	$	10.761
87.7.	RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA EN ABDOMEN, PELVIS Y ÓRGANOS O ESTRUCTURAS CONEXAS		
87.7.8.	RADIOLOGÍA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA DE SISTEMA URINARIO		
877802	UROGRAFÍA INTRAVENOSA	$	69.864
877862	URETROCISTOGRAFÍA MICCIONAL	$	97.665
877863	URETROCISTOGRAFÍA RETRÓGRADA	$	97.665
87.6.8.	MAMOGRAFÍA		
876801	MAMOGRAFÍA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRÚRGICA	$	74.392
876802	MAMOGRAFÍA BILATERAL	$	94.116
87.9.	TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC)		
87.9.1.	TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC) DE CABEZA, CARA Y CUELLO		
879111	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE	$	124.945
879112	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO CON CONTRASTE	$	137.054
879113	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE Y CON CONTRASTE	$	156.914
879116	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPÓFISIS)	$	137.151
879121	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ÓRBITAS	$	106.605
879122	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE OIDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	$	137.151
879131	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA	$	137.151

Original

879132	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE RINOFARINGE	$ 137.151
879150	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	$ 137.061
879161	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CUELLO	$ 116.223
879162	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE LARÍNGE	$ 116.223
87.9.2.	**TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC) DE COLUMNA**	
879201	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)	$ 83.604
879205	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, COMPLEMENTO A MIELOGRAFÍA (CADA SEGMENTO)	$ 116.223
87.9.3.	**TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC) DE TORAX**	
879301	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX	$ 130.025
879391	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX EXTENDIDO AL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES	$ 169.744
87.9.4.	**TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC) DE ABDOMEN Y PELVIS**	
879410	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR	$ 147.303
879420	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (**ABDOMEN TOTAL**)	$ 171.070
879421	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CADERA	$ 116.223
879430	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VÍAS URINARIAS [**UROTAC**]	$ 406.325
879431	UROGRAFÍA CON TOMOGRAFÍA COMPUTADA	$ 300.000
879460	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE PELVIS	$ 116.223
87.9.5.	**TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC) DE EXTREMIDADES**	
879510	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES	$ 106.605
879520	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES	$ 106.605
879522	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSION FEMORAL O TORSIÓN TIBIAL)	$ 40.434
879523	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES DE RÓTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES)	$ 40.434
87.9.9.	**OTROS ESTUDIOS CON TOMOGRAFIA COMPUTADA**	
879901	TOMOGRAFÍA DE VASOS (**ANGIOTACS**)	$ 680.037
879910	TOMOGRAFÍA COMPUTADA EN RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL	$ 181.138
88.3.	**RESONANCIA MAGNÉTICA**	
88.3.1.	**RESONANCIA MAGNÉTICA DE CABEZA, CARA Y CUELLO**	
883101	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO	$ 471.270
883102	RESONANCIA MAGNÉTICA DE BASE DE CRANEO O SILLA TURCA	$ 471.270
883103	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS	$ 471.270
883105	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	$ 361.298
883108	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PARES CRANEANOS	$ 353.000
883109	RESONANCIA MAGNÉTICA DE OIDOS	$ 471.270
883110	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SENOS PARANASALES O CARA	$ 471.270
883111	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CUELLO	$ 471.270
88.3.2.	**RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA VERTEBRAL Y CANAL ESPINAL**	
883210	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE	$ 471.270

883220	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA SIMPLE	$ 471.270
883230	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE	$ 471.270
883232	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN SACROILÍACA SIMPLE	$ 471.270
883234	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA SIMPLE	$ 471.270
88.3.3.	**RESONANCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX**	
883301	RESONANCIA MAGNÉTICA DEL TÓRAX	$ 471.270
883341	ANGIORRESONANCIA DE TÓRAX (SIN INCLUIR CORAZÓN)	$ 500.335
88.3.4.	**RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN Y PELVIS**	
883401	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN	$ 471.270
883430	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍAS BILIARES	$ 353.000
883440	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PELVIS	$ 471.270
883434	COLANGIORESONANCIA	$ 353.000
88.3.5.	**RESONANCIA MAGNÉTICA DE EXTREMIDADES**	
883511	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO SUPERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	$ 361.298
883512	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (ESPECÍFICO)	$ 361.298
883521	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	$ 361.298
883522	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECÍFICO)	$ 361.298
883560	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLEJO BRAQUIAL	$ 353.000
883590	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO	$ 471.270
883902	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SITIO NO ESPECIFICADO	$ 672.611
883908	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VASOS (ANGIORESONANCIA)	$ 672.611
COD CIMO	**MEDOS DE CONTRASTE**	**TARIFA OFERTADA 2022**
11113003	SODIO DIATRIZOATO + MEGLUMINA 100 mg + 660MG GASTROVIEW frasco 30 mL	$ 53.045
11113001	Bario sulfato 98% Polvo para reconstituir - Frasco x 340 g - EZ HD	$ 95.481
22612001	BARIO ENEMA PREPARADO 397 G BOLSA	$ 137.917
11113018	Iohexol - Omniempaque 300mg* Solución Inyectable x 100 ml	$ 169.744
11113004	Iohexol 300mg de Yodo ml Solución Inyectable x 50 ml	$ 84.872
11119015	Acido Gadoterico Clariscan 0.05 mmol/mlfrasco x 15 ml	$ 106.090

OBSERVACIONES GENERALES:
LOS PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS SON SIMPLES, SI SE REQUIERE SIMPLE Y CONTRASTADO SE DEBE AUTORIZAR CANTIDAD 2 + EL MEDIO DE CONTRASTE
EL VALOR OFERTADO PARA LAS TOMOGRAFIAS DE VASOS (ANGIOTAC) TIENEN INCLUIDO MEDIO DE CONTRASTE
PARA LOS RAYOS X ESPECIALES SE DEBE AUTORIZAR ADICIONAL EL MEDIO DE CONTRASTE

CLÁUSULA TERCERA.- VALOR: Para todos los efectos fiscales el valor del presente contrato se estima en la suma de **QUINIENTOS CUARENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($540.000.000).** **CLÁUSULA CUARTA.- FORMA DE PAGO:** El Hospital pagará al contratista el valor del objeto del contrato en cuotas de acuerdo a la facturación dentro del mes, previa presentación de la factura con cumplimiento de las normas tributarias, el contratista deberá presentar la constancia de recibido a satisfacción suscrita por parte del supervisor del contrato. A La orden de pago se le harán los descuentos de ley y el valor neto obtenido se pagará

Original

previo los trámites administrativos establecidos por el Hospital. EL HOSPITAL se reserva el derecho de descontar el valor facturado por EL CONTRATISTA, el valor correspondiente a los materiales o servicios de los cuales no exista el debido soporte de prestación efectiva del servicio. **PARÁGRAFO PRIMERO:** Al finalizar la ejecución del presente contrato, cuando el interventor o supervisor designado por la entidad, autorice el pago deberá elaborar el acta de liquidación final con el fin de ser suscrita por las partes. Y una vez cancelada, las partes se declararán a paz y salvo. **CLÁUSULA QUINTA.- IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL**: El presente contrato afecta la disponibilidad presupuestal No. **175 del 08 de Marzo de 2022,** rubro 2.4.5.02.09.93119 concepto: OTROS SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS. **CLÁUSULA SEXTA.- DURACIÓN DEL CONTRATO**: La duración del contrato será de seis (6) meses o hasta agotar el valor total del contrato, desde la suscripción del acta de inicio. **CLÁUSULA SEPTIMA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA**: El contratista se compromete con el HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E a:

Competencias Generales:

1. Tener orientación al paciente:
2. Atendiendo adecuadamente a los usuarios, brindando un trato amable y humanizado a los usuarios y sus acompañantes, sin que se generen quejas por maltrato por parte de los usuarios
3. Compromiso con la organización:
4. Diligenciar y explicar directamente por el médico, con claridad los detalles del consentimiento informado a cada paciente si se requiere
5. Prudencia y reserva en el manejo de la historia clínica, y respeto a la privacidad del paciente. Entre otros manteniendo la puerta del consultorio cerrada, manteniendo la confidencialidad de la información, brindando privacidad mientras el usuario se prepara para la consulta.
6. Atender a los usuarios asignados con un enfoque integral, valorando sus condiciones generales y priorizando la manifestación del usuario acerca de la enfermedad y/o evolución.
7. Rendir los informes que le sean requeridos por el hospital en la oportunidad y los términos que le sean solicitados consignando información fidedigna
8. Dar respuesta oportuna de los incidentes y eventos adversos que se puedan presentar
9. Permitir que se realice auditoria a sus procesos durante el desarrollo del contrato.
10. Los horarios de atención que brindara el contratista serán de lunes a viernes de 7 am a 8 pm y sábados de 7 a 1 pm dando prioridad en asignación de citas
11. El contratista enviara listado de equipos con sus características, plan de mantenimiento preventivo y correctivo y soporte del cumplimiento en el cronograma del año inmediatamente anterior.
12. Anexar controles de calidad de los equipos generadores de radiación ionizante según lo estipulado en la resolución 482 del 2018.
13. Realizar el respectivo control sobre la ejecución del contrato, informando debidamente y oportunamente, cuando el mismo se haya ejecutado en un 60%, 75% y 85%. Informar oportunamente al supervisor del contrato, respecto de cualquier novedad que pueda afectar la normal ejecución del mismo.
14. Garantizar el cubrimiento efectivo y suficiente de los servicios contratados, de forma que no se presenten retrasos en la atención o falta de oportunidad en la misma.
15. Diligenciar en el software "Sistema integral de costos", la información de la cuenta de cobro; con sus respectivos soportes, en los tiempos establecidos por la institución HSLV.

Competencias específicas:

Para la consecución del objetivo debe realizar las siguientes actividades:

1. Realiza estudios tomográficos simples y contrastados y estudios de radiología simple remitidos por el hospital.
2. Realizar estudios de resonancias magnéticas que sean solicitadas por el hospital.
3. Realizar radiología especial, paquetes y medios de contrastes de acuerdo a la tarifa pactada.
4. Los medios de contraste serán asumidos por el contratante de acuerdo a la tarifa pactada y que no estén por encima de lo establecido normativamente.
5. Realizar interpretación de estudios de tomografía, resonancia, radiología simple y radiología especial que resulten diariamente.
6. Las imágenes de los estudios serán entregados en medio magnético inmediatamente se realice el

procedimiento

7. Programar los estudios de Tomografía y resonancia de cada proceso de atención asistencial de acuerdo al horario pactado
8. Realizar toma y lectura de estudios radiológicos garantizando la oportunidad en la lectura de lunes a viernes en un tiempo no mayor a 6 horas en pacientes de urgencias, 12 horas para paciente hospitalizado y 72 horas para pacientes de consulta externa. Esta lectura debe ser realizada por un radiólogo.
9. Comunicar al paciente el procedimiento que se le realizará, la información suficiente y pertinente, la firma del Consentimiento o del Disentimiento Informado, en especial en aquellos casos de estudios en los se incluya medio de contraste o de intervencionismo de cualquier tipo.
10. Informar al área de apoyo diagnóstico del hospital (correo electrónico y telefónicamente) sobre cualquier inconveniente que se presente donde se vea afectada la oportunidad en la atención o la continuidad en el servicio. (fallas de equipos, mantenimiento, imprevistos), en todo caso será responsabilidad el contratista garantizar la prestación del servicio a la luz del objeto contractual
11. Cumplir y aplicar toda la normatividad vigente relacionada con el diligenciamiento de historias clínicas, sistema de información, atención de urgencias, sistema de referencia y contra referencia, normatividad general en facturación.

PARÁGRAFO PRIMERO: El incumplimiento de cada una de las competencias y obligaciones generales y/o obligaciones específicas previa comprobación por parte de los supervisores del contrato dará al descuento en la factura presentada por el contratista del valor equivalente a doscientos cuarenta mil pesos ($240.000) por cada falta presentada. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** En caso de presentarse glosas por la oportunidad de lecturas, estas serán conciliadas entre las partes. **CLÁUSULA OCTAVA.- OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE.- EL HOSPITAL** se compromete a: **1.**Realizar la supervisión del contrato.**2.** Pagar el valor de los servicios efectivamente prestados, según disponibilidad de la institución. **CLÁUSULA NOVENA.- LUGAR DE EJECUCIÓN:** El objeto del contrato se realizará en Clínica de Occidente S.A (CIMO), calle 18N No 8-57 en el Municipio de Popayán.**CLÁUSULA DECIMA.- OBLIGACIONES FRENTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES:** En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, Ley 828 del 10 de Julio de 2003, Decreto 126 de 2010 y las normas que le complementan para el control a la Evasión del Sistema de Seguridad Social, el CONTRATISTA deberá efectuar el pago oportuno de sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, SENA e ICBF. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA.- IMPUESTOS Y GASTOS:** El Contratista se obliga a pagar todos los gastos, seguros, impuestos, derechos, comisiones y cualquier otro costo relacionado con el perfeccionamiento y ejecución del presente contrato. **CLÁUSULA DECIMA SEGUNDA.- AUTONOMIA DEL CONTRATISTA.** El contratista cumplirá con el objeto del contrato bajo su exclusiva responsabilidad, por lo tanto no existirá ninguna relación laboral ni prestaciones sociales con el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. **CLÁUSULA DECIMA TERCERA.- CESION:** EL CONTRATISTA no podrá ceder en todo o en parte el presente contrato sin previo consentimiento escrito de la ENTIDAD CONTRATANTE.**CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA.- GARANTIAS:** El CONTRATISTA constituirá a favor del HOSPITAL con una Compañía de Seguros o Entidad Bancaria, autorizada para funcionar en Colombia, una garantía única que garantizará el cumplimiento de las obligaciones surgidas en el presente contrato, la cual cubrirá los siguientes amparos: **1).EL CUMPLIMIENTO** de todas las obligaciones surgidas con motivo del presente contrato por un valor equivalente al veinte (20%) por ciento del valor del mismo y deberá estar vigente durante el plazo de ejecución del contrato y seis (6) meses más para efectos de posteriores reclamaciones. Esta póliza se hará efectiva en favor del HOSPITAL en caso de que el CONTRATISTA incumpla alguna o algunas de las obligaciones que adquiera por razón del contrato. La póliza de cumplimiento será irrevocable y deberá prorrogarse en caso de prórroga del contrato, y en todo caso estará vigente hasta la liquidación del contrato garantizado y la prolongación de sus efectos. **2). LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS.** Amparando al hospital contra los perjuicios imputables al contratista derivados de la mala calidad de los servicios prestados por un valor equivalente al

Original

veinte (20%) por ciento y deberá estar vigente durante el plazo de ejecución del contrato y seis (6) meses más. Y una **PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA PARA CLÍNICAS Y SIMILARES** en favor del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. que proteja al hospital por los perjuicios causados por el contratista a terceros y derivados de la ejecución del presente contrato, por un valor equivalente a CIEN MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE ($100.000.000) y deberá estar vigente durante el plazo de ejecución del contrato y seis (6) meses más para efectos de posteriores reclamaciones. De ocurrir algún siniestro el contratista se compromete a restaurar el valor de la póliza. CLAUSULA DECIMA QUINTA.- SUPERVISOR: Esta actividad estará a cargo del Subdirector científico con apoyo del líder de imágenes diagnósticas o quienes hagan sus veces. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA.- FUNCIONES DEL SUPERVISOR: Las contempladas en la Ley 80 de 1993, artículo 83 de la Ley 1474 de 2011, el Acuerdo 013 de 2021, 0550 del 06 de diciembre del 2019 a través de la cual se adoptó el manual de supervisión e interventoría del hospital y en especial las siguientes: 1) Atender el desarrollo de la ejecución del contrato. 2) Comunicar en forma oportuna a la Oficina Jurídica las circunstancias que afecten el normal desarrollo del contrato. 3) Elaborar técnica y oportunamente las actas y/o constancias requeridas para el cumplimiento y eficacia del contrato. 4) Comunicar en forma oportuna a la Oficina Jurídica la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento por parte del contratista. 5) Velar porque el contratista y sus trabajadores estén afiliados a A.R.P y seguridad social. CLAUSULA DECIMA SEPTIMA.-CLAUSULA PENAL PECUNIARIA.En caso de incumplimiento del contratista y para asegurar el cumplimiento de sus obligaciones, EL CONTRATISTA se obliga a pagar al HOSPITAL una suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato. EL CONTRATISTA autoriza con la firma del presente contrato al HOSPITAL para que dicho valor sea descontado directamente del saldo a su favor de acuerdo a lo establecido en el título XVII del Código Civil, articulo 1714 y siguientes y si ello no fuere posible se tomará de la garantía de cumplimiento o se cobrará por vía judicial. CLAUSULA DECIMA OCTAVA.- INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES: EL CONTRATISTA, declara bajo la gravedad del juramento que no le asiste ninguna inhabilidad ni incompatibilidad de la previstas en la Ley para suscribir este contrato, así mismo que no se encuentra incurso en causal de impedimento ni conflicto de intereses y si así lo fuere se hará responsable por los daños y los perjuicios que se ocasionen ante LA ENTIDAD CONTRATANTE y frente a terceros. CLAUSULA DECIMA NOVENA.- SUSPENSIÓN VOLUNTARIA: Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito se podrá de común acuerdo entre las partes, suspender temporalmente la ejecución del presente contrato mediante un acta donde conste tal evento, sin que para el plazo extintivo se compute el tiempo de la suspensión.- CLÁUSULA VIGESIMA.- CLAUSULAS EXCEPCIONALES: La ENTIDAD CONTRATANTE – HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E, queda facultada para aplicar las cláusulas excepcionales al derecho común de **TERMINACIÓN, INTERPRETACIÓN Y MODIFICACIÓN UNILATERAL** previstas en los artículos 15, 16 y 17 de la Ley 80/93 y de **CADUCIDAD** (art.18) en caso de incumplimiento de la CONTRATISTA. CLÁUSULA VIGESIMA PRIMERA.- LIQUIDACION: El presente contrato se liquidará por parte de la ENTIDAD CONTRATANTE – dentro de los seis (6) meses siguientes a su terminación mediante acta firmada de común acuerdo por las partes contratantes, la cual contendrá un balance sobre la ejecución del contrato, los pagos realizados, los acuerdos a que lleguen las partes sobre la ejecución del mismo; todo ello de conformidad con el artículo 60 de la Ley 80 de 1993. CLÁUSULA VIGESIMA SEGUNDA.- DOCUMENTOS: Se tendrá como documentos que hacen parte integral del presente contrato la propuesta presentada por el contratista, la evaluación de la misma, las actas adicionales si hay lugar a ellas, actas, resoluciones y en general todos los documentos que hace referencia al contrato. Todos estos obligan jurídicamente y son parte esencial del mismo. CLÁUSULA VIGESIMA TERCERA.- INDEMNIDAD: EL CONTRATISTA se obliga por este documento a mantener al HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E, a sus representantes y asesores, indemnes y libres de todo reclamo, demanda, litigio, acción judicial, reivindicación de cualquier especie y naturaleza que se entable o pretenda entablar o instaurar en su contra

por causa u omisiones suyas en razón de la ejecución del presente contrato. Esta situación y forma de contratación es clara para LA CONTRATISTA quien asume y entiende que no es inducida ni mantenida en error por parte de LA EMPRESA. **CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA.- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION:** El presente Contrato se considera perfeccionado con la firma de las partes y para su ejecución se requiere de la expedición del correspondiente registro presupuestal por parte del HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.

Para constancia se firma en Popayán, a los un (01) días del mes de abril de 2022

EDGAR EDUARDO VILLA
Gerente ESE Hospital SLV

EDGAR ALIRIO RUIZ LUENGAS
Contratista

Proyecto: y reviso:
Marisol Urrutia/ apoyo contratación - oficina asesora jurídica HSLV.