Popayán, 16 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 :	860090546-1			CAUCA - POPAYAN
Nombre de la Persona Responsable de	JESUS A. FERNANDEZ / CLAUDIA YOHANA TORRES			
Numero de Celular	3136561795			
Correo Electrónico de la Institución	clmo@clinicadeloccidente.com / analistamercadeoclmo@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	7	$ 32.198	
870003	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO	7	$ 21.713	
870004	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA	7	$ 29.580	
870005	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	7	$ 42.173	
870006	RADIOGRAFÍA DE PEÑASCOS	7	$ 42.173	
870007	RADIOGRAFÍA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	7	$ 42.173	
87.0.1.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE CARA O HUESOS FACIALES**			
870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA)	7	$ 29.580	
870102	RADIOGRAFÍA DE ORBITAS	7	$ 29.760	
870103	RADIOGRAFÍA DE AGUJEROS ÓPTICOS	7	$ 29.760	
870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR	7	$ 29.580	
870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMÁTICO	7	$ 29.580	
870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES	7	$ 29.580	
870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES	7	$ 29.760	
870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	7	$ 29.580	
870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	7	$ 29.760	
870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR (ATM)	7	$ 29.760	
87.0.6.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE CUELLO**			
870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	7	$ 32.970	
870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO	7	$ 32.970	
870603	RADIOGRAFÍA DE FARINGE (FARINGOGRAFÍA)	7	$ 32.970	
87.1.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE COLUMNA VERTEBRAL, TORAX, Y ÓRGANOS O ESTRUCTURAS CONEXAS**			
87.1.0.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE COLUMNA VERTEBRAL**			
871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL	7	$ 36.083	
871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL	7	$ 36.083	
871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA	7	$ 35.318	
871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	7	$ 35.318	
871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA	7	$ 44.010	
871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX	7	$ 35.528	
871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS	7	$ 27.263	
87.1.1.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE TORAX**			
871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL	7	$ 30.990	
871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN	7	$ 28.313	
871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL	7	$ 30.990	
871129	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	7	$ 28.313	
87.2.0.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE ABDOMEN**			
872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE	7	$ 36.555	
872011	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES	7	$ 48.525	
872101	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL CONVENCIONAL	7	$ 177.772	TARIFA PROPIA -AUTORIZAR MEDIO DE CONTRASTE
872102	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE	7	$ 217.707	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)	7	$ 22.095	

87.3.1.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE EXTREMIDADES SUPERIORES**			
873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO	7	$ 28.635	
873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVÍCULA	7	$ 22.095	
873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO	7	$ 28.635	
873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO	7	$ 22.095	
87.3.2.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE ARTICULACIONES EN MIEMBRO SUPERIOR**			
873202	RADIOGRAFÍA DE ARTICULADONES ACROMIO CLAVICULARES	7	$ 12.660	
873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO	7	$ 28.635	
873205	RADIOGRAFÍA DE CODO	7	$ 22.095	
873206	RADIOGRAFÍA DE PUÑO O MUÑECA	7	$ 22.095	
873210	RADIOGRAFÍA DE MANO	7	$ 22.095	
87.3.3.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE EXTREMIDADES INFERIORES**			
873303	RADIOGRAFÍA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)	7	$ 12.660	
873311	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN FEMORAL	7	$ 36.015	
873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP, LATERAL)	7	$ 28.635	
873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)	7	$ 28.635	
873314	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN TIBIAL	7	$ 28.635	
873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	7	$ 22.095	
873335	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO (AXIAL Y LATERAL)	7	$ 22.095	
873340	RADIOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	7	$ 28.635	
87.3.4.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR**			
873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (AP,	7	$ 27.263	
873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA	7	$ 12.660	
873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL)	7	$ 28.635	
873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL	7	$ 12.660	
873423	RADIOGRAFÍA TANGENCIAL O AXIAL DE RÓTULA	7	$ 36.600	
873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	7	$ 22.095	
873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	7	$ 12.660	
873444	RADIOGRAFÍAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES	7	$ 12.660	
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	7	$ 82.193	AUTORIZAR MEDIO DE CONTRASTE
877852	URETROGSTOGRAFÍA MICCIONAL	7	$ 114.900	AUTORIZAR MEDIO DE CONTRASTE
877853	URETROGSTOGRAFÍA RETRÓGRADA	7	$ 114.900	AUTORIZAR MEDIO DE CONTRASTE
87.6.8.	**MAMOGRAFÍA**			
876801	MAMOGRAFÍA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRÚRGICA	6	$ 86.670	
876802	MAMOGRAFÍA BILATERAL	6	$ 109.650	
87.9.	**TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC)**			
87.9.1.	**TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC) DE CABEZA, CARA Y CUELLO**			
879111	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE	7	$ 147.508	
879112	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO CON CONTRASTE	7	$ 161.854	
879113	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE Y CON CONTRASTE	7	$ 185.250	
879116	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPÓFISIS)	7	$ 161.918	
879121	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ÓRBITAS	7	$ 125.856	
879122	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE OIDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO	7	$ 161.918	
879131	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA	7	$ 161.918	
879132	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE RINOFARINGE	7	$ 161.918	
879150	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR	7	$ 161.812	
879161	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CUELLO	7	$ 137.210	
879162	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE LARINGE	7	$ 137.210	
87.9.2.	**TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC) DE COLUMNA**			
879201	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)	7	$ 98.701	
879205	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL,	7	$ 137.210	
87.9.3.	**TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC) DE TORAX**			
879301	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX	7	$ 153.505	

879391	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX EXTENDIDO AL ABDOMEN	7	$ 200.397	
87.9.4.	**TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC) DE ABDOMEN Y PELVIS**			
879410	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR	7	$ 173.903	
879420	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	7	$ 201.962	
879421	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CADERA	7	$ 137.210	
879430	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VÍAS URINARIAS (UROTAC)	7	$ 479.331	**TARIFA PROPIA**
879431	UROGRAFÍA CON TOMOGRAFÍA COMPUTADA	7	$ 353.903	**TARIFA PROPIA**
879460	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE PELVIS	7	$ 137.210	
87.9.5.	**TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC) DE EXTREMIDADES**			
879510	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES	7	$ 125.856	
879520	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES	7	$ 125.856	
879522	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSION FEMORAL O TORSIÓN TIBIAL)	7	$ 47.736	SE DEBE AUTORIZAR EL CUPS 879520 Y 879522
879523	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES DE RÓTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES)	7	$ 47.736	SE DEBE AUTORIZAR EL CUPS 879520 Y 879523
87.9.9.	**OTROS ESTUDIOS CON TOMOGRAFIA COMPUTADA**			
879901	TOMOGRAFÍA DE VASOS (ANGIOTACS)	7	$ 802.223	**TARIFA PROPIA** - APLICA PARA: ANGIOTAC DE CEREBRO, ANGIOTAC DE TORAX, ANGIOTAC DE ABDOMEN, ANGIOTAC DE AORTA ABDOMINAL
879910	TOMOGRAFÍA COMPUTADA EN RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL	7	$ 213.849	
88.3.	**RESONANCIA MAGNÉTICA**			
88.3.1.	**RESONANCIA MAGNÉTICA DE CABEZA, CARA Y CUELLO**			
883101	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO	7	$ 556.373	
883102	RESONANCIA MAGNÉTICA DE BASE DE CRANEO O SILLA TURCA	7	$ 556.373	
883103	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS	7	$ 556.373	
883105	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	7	$ 426.542	
883108	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PARES CRANEANOS	7	$ 416.746	
883109	RESONANCIA MAGNÉTICA DE OIDOS	7	$ 556.373	
883110	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SENOS PARANASALES O CARA	7	$ 556.373	
883111	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CUELLO	7	$ 556.373	
88.3.2.	**RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA VERTEBRAL Y CANAL ESPINAL**			
883210	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE	7	$ 556.373	
883220	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA SIMPLE	7	$ 556.373	
883230	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE	7	$ 556.373	
883232	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN SACROILÍACA SIMPLE	7	$ 556.373	
883234	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA SIMPLE	7	$ 556.373	
88.3.3.	**RESONANCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX**			
883301	RESONANCIA MAGNÉTICA DEL TÓRAX	7	$ 556.373	
88.3.4.	**RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN Y PELVIS**			
883401	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN	7	$ 556.373	
883410	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES	7	$ 416.746	
883440	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PELVIS	7	$ 556.373	
883434	COLANGIORESONANCIA	7	$ 416.746	
88.3.5.	**RESONANCIA MAGNÉTICA DE EXTREMIDADES**			
883511	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO SUPERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	7	$ 426.542	
883512	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (ESPECÍFICO)	7	$ 426.542	
883521	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	7	$ 426.542	
883522	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECÍFICO)	7	$ 426.542	
883560	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLEJO BRAQUIAL	7	$ 416.746	
883902	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SITIO NO ESPECIFICADO	7	$ 793.462	**TARIFA PROPIA:** APLICA PARA RESONANCIA DE GLUTEOS SI LA ENTIDAD ASEGURADORA LO AUTORIZA
883908	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VASOS (ANGIORESONANCIA)	7	$ 793.462	**TARIFA PROPIA:** APLICA PARA ANGIORRESONANCIA DE CEREBRO - ANGIORESONANCIA DE CUELLO.
	MEDIOS DE CONTRASTE			
11113018	Iohexol - Omnlempaque 300mg* Solución Inyectable x 100 ml	2	$ 190.886	

11113004	Iohexol 300mg de Yodo ml Solución inyectable x 50 ml	2	$ 95.443	
111119015	Acido Gadoterico Clariscan 0.05 mmol/ml frasco 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

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 dieciséis (16) 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

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 Ambulatoria
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 Resolución 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.

DEFINITIVO

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	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	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	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

CLAUSULADO COMPLEMENTARIO AL CONTRATO ELECTRÓNICO No. 034 DEL 2025

N°. DE PROCESO	**HSLV–CD-034-2025**
CONTRATANTE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.
CONTRATISTA	CLÍNICA DEL OCCIDENTE S.A.
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	**NIT:** 860.090.566-1
OBJETO	PRESTAR LOS SERVICIOS DE SALUD PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN TOMA E INTERPRETACIÓN DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS PARA DEL HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.
VALOR	**SESENTA Y SEIS MILLONES DE PESOS M/CTE. ($66.000.000.oo).**
PLAZO	La duración del contrato será de tres (3) meses a partir de la suscripción del acta de inicio.

Entre los suscritos a saber: Doctora **LUCY XIMENA IBARRA HERNÁNDEZ**, vecina de Popayán, identificada con la cédula de ciudadanía número 66.858.564 de Cali, quien obra en su calidad de Gerente del Hospital Susana López de Valencia, E.S.E., según Decreto N° 0254 el 01 de abril de 2024 y acta de posesión No. 040 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 D.C., 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, identificada en la Administración de Impuestos Nacionales con el Nit. 860.090.566-1 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 PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN TOMA E INTERPRETACIÓN DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS PARA DEL HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E. **SEGUNDA.- ESPECIFICACIONES TECNICAS:** Los elementos deben cumplir con las siguientes especificaciones:

CÓDIGO NORMATIVIDAD VIGENTE	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, OBLICUAS O 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 (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	3	$ 46.649	
872101	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL CONVENCIONAL	3	$ 171.127	TARIFA PROPIA -AUTORIZAR MEDIO DE CONTRASTE
872102	RADIOGRAFÍA 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 CLAVÍCULA	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 COMPARATIVAS	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, LATERAL)	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	3	$ 12.170	

	POSICIÓN VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)			
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, TUNEL, OBLICUAS)	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 INTERNO	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 (BILATERAL)	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, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, COMPLEMENTO A MIELOGRAFÍA (CADA SEGMENTO)	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 SUPERIOR CON SUPRARRENALES	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 MIEMBRO SUPERIOR, ANGIOTAC DE MIEMBRO INFERIOR, ANGIOTAC DE CUELLO.
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				

PARAGRAFO PRIMERO: a). El oferente describe en su propuesta la forma como está organizado, los recursos físicos y humanos con que cuenta para la ejecución del contrato a celebrarse con el Hospital y analizados se consideran suficientes para prestar el servicio que requiere el hospital. **b).** El oferente cubrirá el servicio ofertado de lunes a viernes de 7 am a 7 pm y sábados de 7 a 1 pm. **c).** El oferente proporcionara los medios de contraste requeridos. **d).** Los estudios serán entregados en medio magnético CD y podrán ser consultados en la plataforma, https://cimoteleradiologia.com/PlatformCIMO/login.aspx. **e).** Las lecturas serán enviadas al correo establecido por la institución y podrán ser consultados en la plataforma del oferente. **CLÁUSULA TERCERA. VALOR:** El presupuesto oficial para la presente contratación es de **SESENTA Y SEIS MILLONES DE PESOS M/CTE. ($66.000.000.oo). CLÁUSULA CUARTA. PLAZO:** La duración del contrato será de tres (3) meses a partir de la suscripción del acta de inicio. **CLÁUSULA CUARTA.- IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:** El presente proceso de contratación se encuentra respaldo con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal **N° 40 del 01 de enero del 2025, Rubro:** 2.4.5.02.09.93196, **Recurso:** 03, **Concepto:** SERVICIOS DE DIAGNOSTICO DE IMÁGENES (SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO). **CLÁUSULA QUINTA.- FORMA DE PAGO:** El Hospital pagará al contratista el valor del objeto del contrato en tres (3) cuotas mensuales vencidas, según actividades ejecutadas y debidamente soportadas, previo los descuentos de ley, acompañadas del informe mensual de ejecución, la acreditación del cumplimiento a entera satisfacción, expedida por el supervisor del contrato y el correspondiente pago de los aportes de seguridad social. **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 SEXTA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** El contratista se compromete con el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. a:

COMPETENCIAS GENERALES	
Competencia	**Comportamientos y Actitudes**
Compromiso con la organización	Dar cumplimiento a las disposiciones de la entidad en materia de los estándares de acreditación, IAMII, Modelo Integrado de planeación y gestión, seguridad y salud en el trabajo, gestión ambiental e índice de seguridad hospitalaria y demás cumplimientos normativos.
	Asistir a las reuniones, capacitaciones, si programadas por el Hospital, inducción y reinducción, ferias y demás estrategias de divulgación y socialización
	Realizar evaluación continua de personal que presta los servicios, de tal forma que se garantice el cumplimiento objetivo, idóneo y de calidad de los servicios ofertados.
Confidencialidad y seguridad en el manejo de la información	Se prohíbe utilizar el uso de papelería del hospital en otra organización.
	Contribuir con la privacidad del usuario haciendo el uso de papel reciclable únicamente donde NO exista información clínica de los pacientes.
	Se prohíbe el préstamo o trasferencia de claves para el acceso al sistema de información institucional: Dinámica Gerencial
	Cumplir con el procedimiento de control de Historia clínica y registros asistenciales, garantizando además la prudencia y reserva en el manejo de la información clínica del paciente y respeto a la privacidad.
	El contratista deberá mantener la reserva de la información que conozca en la entidad y que sea susceptible de protección, so pena de que en su contra se inicien las acciones judiciales pertinentes. Así mismo, al finalizar la ejecución del contrato deberá hacer entrega al supervisor del mismo, de toda la información que tenga en su poder con ocasión del desarrollo del objeto contractual, tanto en medio

	físico como en medio magnético.
	Si para desarrollar el objeto contractual, el contratista requiere la asignación de usuario y contraseña dentro de los programas o aplicaciones del Hospital, este será responsable por el buen manejo y custodia de la misma ya que es personal e intransferible, de tal forma que todos los actos ejecutados con su usuario y contraseña son de su responsabilidad.
Transparencia	Reporte de fallas, acciones inseguras y eventos adversos por la plataforma definida por la organización.
Trabajo en equipo y colaboración	No realizar prácticas asociadas con el maltrato físico, psicológico y verbal a los pacientes y a compañeros de trabajo. De sucederse, el supervisor del contrato informará por escrito al Representante Legal. Estos casos serán llevados a estudio por parte del comité de Convivencia Laboral, las actitudes reiterativas permitirán solicitar que el afiliado no continué prestando los servicios.
Orientación y al cliente interno y externo	Brindar información en deberes y derechos a pacientes y familiares durante su estancia.
Responsabilidad	Velar por el cuidado de los elementos, equipos y materiales puestos a su disposición para el desarrollo de sus actividades, por el cual de comprobarse negligencia por parte del contratista en el cuidado de estos elementos, equipos y materiales deberá restituir en un 100 % su valor, el cual será descontado de la factura presentada.
	Portar el carnet de identificación por encima de la cintura, el vestuario definido por la organización para cada profesión u oficio, el cual deberá llevar el nombre del afiliado o asociado y su rol o profesión.
	Tener orientación a resultados, identificando, determinando con el supervisor del contrato las acciones a realizar para el cumplimiento del objeto del contrato.
	No se deben realizar cubrimiento de servicios con los mismos afiliados o asociados asignados a otra actividad
Compromiso con el ambiente y la seguridad y salud en el trabajo	Informar oportunamente al líder del proceso sobre los cambios que puedan generar impactos ambientales en su sitio de trabajo
	Reportar oportunamente los incidentes ambientales en el área.
	Conocer y aplicar los programas ambientales establecidos en el Hospital así como los controles definidos en el proceso.
	Estar familiarizado con los planes de respuesta a emergencias que el Hospital tiene definido para cada centro de trabajo.
	Conocer los aspectos e impactos ambientales que se generan en sus actividades, así mismo contribuir en el control de estos.
	Para el personal que maneje sustancias químicas, aplicar las indicaciones de las hojas de seguridad de las sustancias peligrosas y del SGA (sistema globalmente armonizado)
	Mantener limpio y ordenado el puesto de trabajo, aplicando el procedimiento de Habito SOL del hospital.
	Velar por la conservación del medio ambiente y los recursos naturales de la institución siguiendo las recomendaciones establecidas en los programas del Sistema de Gestión Ambiental aplicables a cada proceso.
	Conocer los avances, resultados, operación y efectividad de las acciones emprendidas en el sistema de gestión ambiental.
	Establecer con el líder del proceso la necesidad de capacitaciones o entrenamientos relacionados con el sistema de gestión ambiental de acuerdo con las actividades a realizar.
	Cumplir con las normas de bioseguridad, el uso de elementos de protección individual y manejo de residuos hospitalarios

OBLIGACIONES GENERALES
1. Cumplir con el objeto contractual, realizar las recomendaciones respectivas para lograr la ejecución del contrato de acuerdo a lo concertado.
2. Informar al supervisor del contrato cualquier novedad relacionada con el cumplimiento del objeto contractual.
3. Cubrir los gastos ocasionados en el cumplimiento del contrato.

4. No ceder ni subcontratar los servicios objeto del contrato, con persona natural o jurídica sin que medie previa autorización expresa y por escrito por parte del hospital
5.Presentar el documento equivalente a factura o factura con cumplimiento de las normas tributarias de la DIAN
6. Presentar un informe detallado mensualmente de las actividades realizadas del desarrollo de las actividades ejecutadas en cumplimiento del objeto contractual
7. Cumplir con el pago de aportes a la seguridad
8. Apoyar los procesos de formación y supervisión de estudiantes que realizan sus prácticas clínicas en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en el marco de los convenios docencia servicio suscritos con Instituciones de educación superior, bajo los criterios establecidos en la normatividad vigente, los procesos y procedimientos adoptados por la institución y el perfil del colaborador.
9. De acuerdo con los lineamientos institucionales del Hospital Susana López de Valencia y las normativas vigentes en materia de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST), el contratista se compromete a designar colaboradores que integren la Brigada de Emergencias, garantizando su participación activa en las capacitaciones y actividades relacionadas con la gestión del riesgo, las cuales se realizarán el último viernes de cada mes. Asimismo, el contratista se compromete a asegurar el cumplimiento de esta obligación para fortalecer la capacidad de respuesta del hospital ante emergencias, contribuyendo a la seguridad y bienestar de la comunidad hospitalaria, siendo supervisado por el área encargada del SG-SST, con las correspondientes medidas correctivas en caso de incumplimiento.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	
Actividad Asociada	**Soporte**
Atender adecuadamente a los usuarios del hospital, brindando un trato amable y humanizado a los usuarios y sus acompañantes.	
Responder a las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias según lo establecido en el procedimiento institucional	
Mantener relaciones de cordialidad, respeto y colaboración con el equipo de trabajo y funcionarios de otras dependencia	
Garantizar el cumplimiento de los cuadros de turno con cubrimiento efectivo y suficiente de los servicios contratados, de forma que no se presenten retrasos en la presentación del servicio ni falta de oportunidad del mismo.	2. Lista de chequeo de cumplimiento del cuadro de turnos.
Elaborar y entregar los cuadros de turnos con plazo máximo del día 25 del mes anterior, los cuales deben incluir solo los perfiles verificados por el hospital.	1. Cuadros de turno realizado en el formato estándar y radicado en la subdirección científica
El contratista con sus afiliados o asociados no podrá realizar turnos superiores a 12 horas continuas, esto aplica dentro del mismo servicio u otros servicios dentro de la misma institución.	
Dar respuesta o presentarse dentro del término definido por la organización a los requerimientos realizados por el Hospital y/o por autoridad competente, de información, conceptos, solicitudes de conciliación, procesos judiciales y respuestas a las necesidades formuladas respecto de los servicios prestados.	
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 a los supervisores del contrato, respecto de cualquier novedad que pueda afectar la normal ejecución del mismo.	1. Oficio de notificación de porcentaje de ejecución. Soportar solo cuando aplique.
Prestar los servicios contratados únicamente con los afiliados o asociados con el que presenta la propuesta, de los cuales su Hoja de Vida ha sido verificada por Gestión Humana, en el caso que requiera hacer cambio de un afiliado o asociado, informar previamente al supervisor y garantizar el cumplimiento de la inducción y entrenamiento que corresponda	
Presentar certificado no superior a tres meses emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.	1.Certificación de profesional universitario (seguridad y salud en el trabajo)
Presentar certificado de accidentalidad de la ARL (Sura, Colmena,	1.Certificación de profesional universitario (seguridad y

Colpatria, Positiva, entre otras), donde se acredite la no ocurrencia accidentes mortales durante el periodo anterior a la contratación, no obstante si no se cuenta con el documento al momento de la presentación de la oferta, se deberá anexar una constancia donde se indique que se encuentra en trámite; así mismo deberá anexar carta firmada por el Representante Legal y Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad donde certifiquen que no se han presentado sucesos mortales.	salud en el trabajo)
Presentar certificado de la ARL o SENA, que la persona responsable del diseño y ejecución del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, cursó y aprobó el curso de las 50 horas SG-SST, y/o la actualización según la circular 063 del 2020.	1.Certificación de profesional universitario (seguridad y salud en el trabajo)
Reportar a la coordinación del Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo Institucional:	1. Certificación mensual de Sistema de seguridad y salud en el trabajo acorde a los perfiles del contrato (Avalado por coordinación institucional de Sistema de seguridad y salud en el trabajo)
El número de accidentes de trabajo discriminando riesgo biológico y otro tipo de accidentes demostrando además que se ha realizado el análisis de los mismos y la toma de acciones para evitar su recurrencia. Así mismo se deben reportar los indicadores de frecuencia, severidad, índice de lesiones incapacitantes.	
Respecto a los indicadores de enfermedad laboral y general se deben reportar las tasas de ausentismo por cada una de ellas.	
Participar en la construcción del plan de acción de los procesos	
Presentar evidencias de las acciones desarrolladas con el fin de implementar el Sistema de Gestión para la Seguridad y Salud en el Trabajo (Capacitaciones, Inspecciones y participación en programas de promoción y prevención).	
Participar en las encuestas que la institución solicite y dentro de los plazos establecidos	
Participar en los planes de capacitación institucional, sesiones breves inducción y reinducción, reuniones de mejoramiento, simulacros aplicables a los diferentes sistemas de calidad del Hospital (acreditación, IAMII, Modelo Integrado de planeación y gestión, seguridad y salud en el trabajo, gestión ambiental e índice de seguridad hospitalaria y demás cumplimientos normativos)	
Adherirse a las guías de manejo, protocolos, procedimientos, programas y planes institucionales aplicables a los diferentes sistemas de calidad del Hospital	1. Reporte del auditor de calidad del Informe de adherencia a las guías de manejo diagnóstico y terapéutico, guías, protocolos o manuales. (Certificación oficina planeación y calidad)
Diligenciar en forma completa, clara, legible todo lo referente a la historia clínica adhiriéndose al uso exclusivo de las siglas Institucionales logrando una adherencia superior al 90%	1. Reporte de HC del Informe de Calidad técnica de Historia Clínica superior o igual al 90%.
Participar activamente de las actividades establecidas en la política, los objetivos, procedimientos, programas y planes que hacen parte del Sistema de gestión ambiental	
Participar y Cumplir con las acciones necesarias y requeridas por la institución para el adecuado desarrollo de los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de garantía de la Calidad en Salud – SOGCS y demás acciones asignadas en los planes de acción, programas, y componentes del Sistema Integrado de Gestión de Calidad.	1. Certificación oficina planeación y calidad
El hospital se compromete a dar en mera tenencia, de acuerdo a lo establecido en el artículo 1353 del Código Civil , las instalaciones, equipos, herramientas, tecnología y demás medios materiales o inmateriales de trabajo que sean propiedad del Hospital y que el contratista utilice para ejecutar el contrato, siendo el responsable de su custodia y buen manejo de los equipos que son utilizados para la prestación diaria de sus servicios, sin que el Hospital siga manteniendo el aseguramiento de los bienes, el mantenimiento preventivo y correctivo de ellos.	1. Certificación de paz y salvo en la terminación del contrato.
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.	Información validada y certificada por revisión de cuentas.
Adherencia a las políticas, procedimientos, manuales, guías de manejo, protocolos según las metas institucionales.	Reporte del auditor de calidad del informe de adherencia a las políticas, procedimientos, manuales,

	guías de manejo, protocolos institucionales, según corresponda. (Certificación oficina planeación y calidad)
Para las actividades no ejecutadas o no registradas se aplicará el procedimiento para el manejo de glosa interna institucional, por lo tanto se debe asumir la glosa interna cuando después de la investigación se confirmen fallas en el registro (cuando aplica)	
Nota: Adicional a las certificacion de la oficina asesora de planeacion y calidad y la oficina de seguridad y salud en el trabajo, cada informe debera estar acompañado de la certificacion del gestor del proceso según corresponda.	

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

ACTIVIDADES	PRODUCTO	CALIDAD ESPERADA	SOPORTE
Toma e interpretación de imágenes diagnosticas	1. Programación oportuna de estudios solicitados por los medios institucionales. 2. Toma de estudios simples y contrastados 3. Lectura de estudios realizada por radiólogo garantizando oportunidad. Suministro de medios de contraste requeridos con soporte en la lectura del estudio con dosificación utilizada. 4. Recibir, tramitar y dar respuesta a PQRS en los tiempos establecidos institucionalmente sobre el servicio prestado. 5. Asistencia a actividades institucionales a las que sea convocado. 6. Los estudios serán entregados en medio magnético CD y podrán ser consultados en la plataforma, https://cimoteleradiologia.com/PlatformCIMO/login.aspx 7. Las lecturas serán enviadas al correo establecido por la institución y podrán ser consultados en la plataforma del oferente.	100% estudios programados antes de 24 horas hábiles posteriores a la solicitud 100% estudios realizados con oportunidad de lunes a viernes de 7 am a 7 pm y sábados de 7am a 1 pm. 100% de lecturas entregadas al correo de imágenes diagnosticas con oportunidad de 24 horas hábiles para urgencias y 72 horas hábiles para ambulatorio 100% de suministro de medios de contraste requeridos y soportados en la lectura de estudios. 100% de PQRS tramitadas con oportunidad.	Certificación de líder de Proceso de apoyo diagnostico

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 $ 240.000 pesos (doscientos cuarenta mil pesos) por cada falta presentada. **PARÁGRAFO SEGUNDO**: En caso de presentarse hallazgos por la oportunidad, calidad en la toma y/o lecturas, estas seran conciliadas entre las partes. **CLÁUSULA SEPTIMA. LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** El objeto del contrato se realizará en Clínica del occidente S.A (CIMO) calle 18N # 8-57 Municipio de Popayán. **CLÁUSULA OCTAVA.- OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD CONTRATANTE**.- EL HOSPITAL se compromete: **a)** Realizar la supervisión del contrato. **b)** Cancelar el valor de los servicios efectivamente prestados, según disponibilidad de caja de la Institución. **CLÁUSULA NOVENA: OBLIGACIONES FRENTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES:** En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 828 del 10 de Julio de 2003, por la cual se

expiden normas para el control a la Evasión del Sistema de Seguridad Social y en especial el Artículo Primero por el cual se modifica el Parágrafo segundo del artículo 50 de la Ley 789 de 2002 se establece como obligación del contratista el cumplimiento de sus obligaciones frente al sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales), Parafiscales (Cajas de Compensación familiar, SENA e ICBF) por lo cual, el incumplimiento de esta obligación será causal para la imposición de multas sucesivas hasta tanto se dé el cumplimiento, previa verificación de la mora mediante liquidación efectuada por la entidad administradora. **CLAUSULA DECIMA.- 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 PRIMERA.- 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 SEGUNDA.- CESION:** EL CONTRATISTA no podrá ceder en todo o en parte el presente contrato sin previo consentimiento escrito de la ENTIDAD CONTRATANTE. **CLÁUSULA DECIMA TERCERA.- 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 Diez (10%) 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) Calidad del servicio**: Que Garantice la satisfacción plena de las necesidades públicas, a través del correcto funcionamiento del trabajo que se preste a la entidad estatal. Su valor deberá ser por los menos del Diez (10%) por ciento del valor total del contrato y su vigencia debe extenderse por el término de duración del contrato y seis (6) meses más. **RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA PARA CLÍNICAS Y SIMILARES** que proteja contra los perjuicios causados por el contratista en el cumplimiento del objeto del contrato y derivados de dicha actividad, por un valor mínimo equivalente a DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE ($200.000.000) y deberá estar vigente durante el plazo de ejecución del contrato. **CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: SUPERVISOR:** Esta actividad estará a cargo de Subdirección científica o quienes haga sus veces. **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA.- FUNCIONES DEL SUPERVISOR:** Las contempladas en la Ley 80 de 1993, artículo 83 de la Ley 1474 de 2011, el Acuerdo 015 de 2024, Resolución 0337 del 2023 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 SEXTA.- CLAUSULA PENAL PECUNIARIA.** En caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento del contrato (total o parcial), el **CONTRATISTA** pagará 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 SEPTIMA.- 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 OCTAVA.- 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 DECIMA NOVENA.- 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.- 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 25.3 del Acuerdo 015 del 2024 (Estatuto de Contratación). **CLÁUSULA VIGESIMA PRIMERA.- DOCUMENTOS:** Se tendrá como documentos que hacen parte integral del presente contrato: el estudio previo, la propuesta, las actas adicionales si hay lugar a ellas, resoluciones y en general todos los documentos que hace referencia al contrato. Todos estos obligan jurídicamente y son parte esencial del mismo. **CLÁUSULA VIGESIMA SEGUNDA.- 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 VIGESIMA TERCERA.- PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION:** El presente contrato se entenderá perfeccionado con la firma electrónica de las partes a través de la plataforma SECOP II, y para su ejecución se requiere el correspondiente registro presupuestal.

Proyectó: Juan Esteban Hurtado Bravo / Abogado afiliado participe ASIES
Revisó: María Camila Pantoja Idrobo / Abogada afiliado participe ASIES
Revisó: Claudia Tatiana Rodríguez Bravo / Jefe Oficina Asesora Jurídica