ACTA DE EVALUACIÓN TÉCNICA PARA PRESTAR LOS SERVICIOS DE SALUD PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN TOMA E INTERPRETACION DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS PARA DEL HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.

1. VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS.

DOCUMENTOS Y REQUISITOS:	OFERENTE: **CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A**
1. Presentar la propuesta económica el cual debe especificar el valor unitario que cobrara por los servicios ofrecidos, incluyendo y señalando el valor correspondiente al IVA de ser pertinente.	La propuesta incluye el detalle de los servicios que se prestaran y los insumos ofertados con valor unitario por evento. **Anexo 1: Tarifas por evento.**
1.2 Contar con el certificado de Habilitación del servicio a ofertar el cual debe anexar a la propuesta.	Es verificado y revisado su cumplimiento en el Registro Especial de Prestadores de salud y se encuentra anexo a la propuesta
1.3 EXPERIENCIA DEL PROPONENTE Y CUMPLIMIENTO DE CONTRATOS REALIZADOS: El oferente debe acreditar, mediante la presentación de certificaciones o contratos anteriores, su experiencia general relacionada con el objeto del contrato.	Es verificado y revisado su cumplimiento por la Oficina del Subdirector Científico del Hospital, la cual certifican que cumplen. Presenta contratos realizados con el Hospital Susana López de valencia.

2. ANÁLISIS DEL CONTENIDO DE LA PROPUESTA:

- 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.
- El oferente cubrirá el servicio ofertado de lunes a viernes de 7 am a 7 pm y sábados de 7 a 1 pm.
- El oferente proporcionara los medios de contraste requeridos.
- Los estudios serán entregados en medio magnético CD y podrán ser consultados en la plataforma, https://cimoteleradiologia.com/PlatformCIMO/login.aspx
- Las lecturas serán enviadas al correo establecido por la institución y podrán ser consultados en la plataforma del oferente.

3. CONCLUSIONES:

De la evaluación técnica realizada se evidencia que la oferta presentada por **CLINICA DE OCCIDENTE S.A** cumple con los requisitos solicitados en la invitación, donde se declara no encontrarse incurso en inhabilidad o incompatibilidad para contratar, documentos que fueron verificados por la subdirección científica del hospital, conforme a los requerimientos y las normas que rigen nuestra contratación, por lo que se sugiere contratar con ellos por un valor de **CIEN MILLONES DE PESOS M/CTE. ($100.000.000.oo).**

Dada en Popayán, a los veintiun (21) días del mes de marzo del 2025

Dra. YINA ANDREA ROMERO IMBACHI
Subdirectora Científica

ANEXO 1. TARIFAS POR EVENTO

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	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	3	$ 12.170	

	CLAVICULARES COMPARATIVAS			
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 POSICIÓN VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	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, 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 LARINGE	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