Popayán, 28 de noviembre del 2025.

Señores
**GASTROCENTER CENTRO DE GASTROENTEROLOGÍA Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA AVANZADA S.A.S.**
**Dirección:** Carrera 9 # 24 AN -21 Segunda Etapa, Tercer Piso, Oficina 13
**Correo:** gastrocenterue@gmail.com

Cordial saludo,

Respetuosamente me permito solicitar a usted, presentar propuesta para la contratación de LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS DE GASTROENTEROLOGÍA Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA AVANZADA PARA EL HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.

Por lo tanto, comedidamente le solicito presentar una oferta para estudio de su empresa, previa consideración de los estudios previos.

## ESPECIFICACIONES TÉCNICAS:

| ACTIVIDAD | MODALIDAD DE PAGO | TARIFA. |
|---|---|---|
| Consulta e interconsulta Gastroenterología adultos | Evento | Según anexo 1 |
| Consulta e interconsulta Gastroenterología pediátrica | Monto Fijo | |
| Procedimientos diagnósticos y terapeuticos y los insumos requeridos para los mismos | Evento | Segun anexo 2 y 3 |

Para Consulta e interconsulta Gastroenterología pediátrica Se reconocerá un valor mensual , por Consultas de primera vez por especialista en Gastroenterología pediatrica a demanda del hospital (30 consultas entre primera vez y control), Consultas de control o seguimiento por especialista en Gastroenterología pediatrica a demanda del hospital (30 consultas entre primera vez y control), interconsultas por especialista en gastroenterología pediatrica a necesidad del hospital y participacion en las juntas medicas que el hospital considere necesaria su participacion o acompañamiento.

Cuando se realice un procedimiento el CONTRATISTA será el encargado de suministrar los insumos relacionados con el procedimiento, y todos los utilizados en el pre operatorio, transoperatorio y posoperatorio y estos se reconoceran según valor pactado.

El suministro de estos insumos deberán cumplir las siguientes características:

1. Todos los insumos ingresados deberán tener registro Invima, fecha de fabricación y vencimiento, laboratorio fabricante y valor económico.
2. Los insumos utilizados en los procedimientos diagnosticos o terapeuticos seran utilizados según las recomendaciones del fabricante y cumpliendo con la politica de reuso de la institución.

Los equipos biomédicos requeridos para procedimientos serán dispuestos en comodato, y su mantenimiento preventivo como correctivo estará a cargo del CONTRATISTA.

**El contratista debe aportar al Hospital:**

- Inventario de equipos que hacen parte del contrato, describiendo marca, modelo, serie y clasificación del riego.
- Registro sanitario o permiso de comercialización
- Además, ejecutar el plan de mantenimiento preventivo de los equipos objeto del contrato durante el periodo del mismo, con la frecuencia recomendada por el fabricante, así como el mantenimiento correctivo, en ambos casos incluyendo todas las partes y los repuestos requeridos, dejando los reportes en físico o digitales describiendo el procedimiento realizado, en la oficina del proceso de Ingeniería Hospitalaria.
- Atender los llamados del Hospital derivados del mal funcionamiento de equipo durante el término del contrato. Si el contratista evidencia la necesidad de retirar el equipo clasificado en riesgo IIB y III deberá gestionar la contingencia o respaldo mientras se restablece el funcionamiento del mismo
- Garantizar que el Personal técnico encargado de la instalación, capacitación y mantenimiento éste debidamente inscrito al INVIMA.
- Hojas de vida.
- Cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo.
- Certificados de calibración si los equipos pesan, miden o cuentan
- Certificado de verificación metrológica si los equipos no pesan, miden o cuentan.
- Garantizar el suministro de consumibles y repuestos de los dispositivos médicos durante su vida útil dentro del territorio nacional e informar respecto a los proveedores autorizados.

## ANEXO 1

| TARIFAS CONSULTAS | CODIGO | COSTO |
|---|---|---|
| CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR CIRUGIA GASTROINTESTINAL | 890234 | |
| CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA | 890246 | |
| CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA | 890247 | |
| CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL (CADA VALORACIÓN AL PACIENTE) | 890341 | |
| CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA (CADA VALORACIÓN AL PACIENTE) | 890346 | |
| CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA (CADA VALORACIÓN AL PACIENTE) | 890347 | |
| INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL | 890441 | |
| INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA (CADA VALORACIÓN AL PACIENTE) | 890446 | |
| INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA (CADA VALORACIÓN AL PACIENTE) | 890447 | |
| CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA | Monto Fijo | |
| CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA (CADA VALORACIÓN AL PACIENTE) | | |
| INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA (CADA VALORACIÓN AL PACIENTE) | | |
| PARTICIPACION EN JUNTAS MEDICAS QUE SEA CITADO POR PARTE DEL HOSPITAL SEGÚN NECESIDAD | | |

## ANEXO 2

| DESCRIPCIÓN | CÓDIGO | Nombre común | COSTO |
|---|---|---|---|
| MIOTOMIA PERORAL ENDOSCOPICA POEM PARA TRATAMIENTO DE ACALASIA NEPS | **293102** | POEM | |
| MIOTOMIA PERORAL ENDOSCOPICA POEM PARA TRATAMIENTO DE ACALASIA OTRAS EPS | **421102** | POEM | |
| ESOFAGOSTOMIA CON MIOTOMIA CERVICAL VIA ENDOSCOPICA | 421102 | DIVERTICULECTOMIA ESOFAGICA | |
| ESOFAGOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL | 422002 | | |
| ESOFAGOSCOPIA VIA ORAL EXPLORATORIA O DIAGNOSTICA SIN BIOPSIA | 422003 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| INYECCION EN ESOFAGO DE SUSTANCIA PROFILACTICA O TERAPEUTICA VIA ENDOSCOPICA | 422004 | | |
| BIOPSIA DE ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA | 422602 | | |
| POLIPECTOMIA DE ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA | 423301 | | |
| CONTROL DE HEMORRAGIA DE ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA | 423302 | | |
| INYECCION (ESCLEROSIS) DE VARICES ESOFAGICAS VIA ENDOSCOPICA | 423304 | | |
| LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS VIA ENDOSCOPICA | 423305 | | |
| ABLACION DE LESION ESOFAGICA VIA ENDOSCOPICA | 423306 | | |
| RESECCION DE LESION MUCOSA DE ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA | 423308 | | |
| RESECCION DE LESION SUBMUCOSA DE ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA | 423309 | ESD ESOFAGO | |
| CIERRE DE PERFORACION O FISTULA ESOFAGICA VIA ENDOSCOPICA | 425801 | | |
| INSERCION DE TUBO O PROTESIS (STENT) PERMANENTE EN ESOFAGO SOD | 428100 | | |
| REPOSICIONAMIENTO DE DISPOSITIVO EN ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA | 429601 | | |
| DILATACION ESOFAGICA CON DISPOSITIVO | 429209 | | |
| INSERCION DE DISPOSITIVO EN ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA | 429301 | | |
| EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN ESOFAGO | 429405 | | |
| INSERCION DE OTRO DISPOSITIVO ESOFAGOGASTRICO | 429501 | | |
| REPOSICIONAMIENTO DE DISPOSITIVO EN ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA | 429601 | | |
| EXTRACCION DE DISPOSITIVO EN ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA | 429602 | | |
| GASTROSTOMIA VIA PERCUTANEA (ENDOSCOPICA) | 431002 | | |
| ESCISION DE POLIPOS GASTRICOS VIA ENDOSCOPICA | 434001 | POLIPECTOMIA GASTRICA | |
| LIGADURA ENDOSCOPICA DE VARICES GASTRICAS | 434101 | | |
| CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA MEDIANTE ESCLEROTERAPIA | 434102 | | |
| VIDEOCAPSULA ENDOSCÓPICA | 451302 | | |
| CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA MEDIANTE CORRIENTE BIPOLAR | 434103 | | |
| RESECCION DE LESION O TUMOR SUBMUCOSO GASTRICO VIA ENDOSCOPICA | 434201 | ESD ESTOMAGO | |
| MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA GASTRICA SOD | 434500 | | |
| ESOFAGOGASTRODUODEOSCOPIA [EGD] CON EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO | 441301 | | |
| ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA | 441302 | | |
| ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON MAGNIFICACION O CROMOENDOSCOPIA | 441303 | | |
| MARCACION DE LESION EN ESOFAGO ESTOMAGO O DUODENO VIA ENDOSCOPICA | 441304 | | |
| DILATACION DE PILORO VIA ENDOSCOPICA | 442201 | | |
| DILATACION DE ANASTOMOSIS GASTROENTERICA VIA ENDOSCOPICA | 442202 | | |
| CONTROL DE HEMORRAGIA GASTRICA O DUODENAL CON DISPOSITIVO VIA ENDOSCOPICA | 444305 | | |
| CIERRE DE PERFORACION O FISTULA GASTRICA VIA ENDOSCOPICA | 446303 | CIERRE FISTULA GASTRICA | |
| ABLACION DE LESION GASTRICA VIA ENDOSCOPICA | 449001 | ARGON PLASMA ESTOMAGO | |
| EXTRACCION DE DISPOSITIVO INTRAGASTRICO RESTRICTIVO POR ENDOSCOPIA | 449401 | | |
| ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO DELGADO SOD | 451200 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL SOD | 451200 | | |
| INSERCION ENDOSCOPICA DE DISPOSTIVO DUODENAL | 451303 | | |
| ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO DESPUES DE DUODENO CON BIOPSIA | 451306 | ENTEROSCOPIA | |
| CONTROL DE HEMORRAGIA DE INTESTINO DELGADO CON DISPOSITIVO VIA ENDOSCOPICA | 451307 | ENTEROSCOPIA | |
| RESECCION O ABLACION DE LESION DE INTESTINO DELGADO VIA ENDOSCOPICA | 451308 | ENTEROSCOPIA | |
| MARCACION DE LESION EN INTESTINO DELGADO VIA ENDOSCOPICA | 451310 | ENTEROSCOPIA | |
| ENDOSCOPIA DEL INTESTINO GRUESO A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL | 452201 | | |
| COLONOSCOPIA TOTAL | 452301 | | |
| COLONOSCOPIA CON MAGNIFICACION O CROMOENDOSCOPICA | 452303 | | |
| MARCACION DE LESION EN COLON VIA ENDOSCOPICA | 452304 | | |
| COLONOSCOPIA TOTAL CON O SIN BIOPSIA | 452305 | | |
| SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE O RIGIDA | 452401 | | |
| BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO ESCALONADA VIA ENDOSCOPICA (10 O MAS) | 452502 | | |
| RESECCION O ABLACION DE LESION DE DUODENO VIA ENDOSCOPICA | 453002 | ARGON PLASMA DE DUODENO | |
| CONTROL DE HEMORRAGIA DE COLON O RECTO VIA ENDOSCOPICA | 454203 | | |
| MUCOSECTOMIA DE COLON O RECTO VIA ENDOSCOPICA | 454205 | | |
| DISECCION DE LA SUBMUCOSA EN COLON O RECTO VIA ENDOSCOPICA | 454206 | | |
| RESECCION DE LESION DE INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPICA (1- 3) | 454207 | POLIPECTOMIA RECTO Y COLON | |
| RESECCION DE LESION DE INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPICA (4 - 10) | 454208 | POLIPECTOMIA RECTO Y COLON | |
| RESECCION DE LESION DE INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPICA (11 O MAS) | 454209 | POLIPECTOMIA RECTO Y COLON | |
| ABLACION DE LESION EN INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPICA | 454210 | TERAPIA ARGON DE COLON | |
| INSERCION DE DISPOSITIVO EN INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPICA | 454301 | | |
| REPARACION O CIERRE DE PERFORACION DE INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPICA | 467906 | ENDOVAC PARA FISTULAS | |
| DESCOMPRESION ENDOSCOPICA DE DILATACION AGUDA DE COLON (OGILVIE) | 468020 | | |
| DESCOMPRESION ENDOSCOPICA DE VOLVULO DE COLON (SIGMOIDE) | 468021 | | |
| DESPLAZAMIENTO DE CONTENIDO INTESTINAL POR ENDOSCOPIA | 468102 | | |
| DILATACION DEL COLON POR COLONOSCOPIA | 468501 | | |
| EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINO DELGADO | 469701 | | |
| EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINO GRUESO | 469702 | | |
| PROCTOSIGMOIDOSCOPIA A TRAVES DEL ESTOMA ARTIFICIAL | 482201 | | |
| PROCTOSIGMOIDOSCOPIA | 482301 | | |
| BIOPSIA CERRADA (ENDOSCOPICA) DE RECTO O SIGMOIDE SOD | 482400 | | |
| DILATACION INSTRUMENTAL ENDOSCOPICA DE RECTO SOD | 489400 | | |
| LIGADURA DE HEMORROIDES | 494001 | | |
| INYECCION (ESCLEROSIS) EN HEMORROIDES | 494201 | | |
| DRENAJE BILIAR VIA ENDOSCOPICA Y COLOCACION DE DISPOSITIVO | 510302 | | |
| COLANGIO-PANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA SOD | 511000 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| COLANGIOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA (TRANSDUODENAL) | 511102 | | |
| BIOPSIA ESFINTER DE ODDI VIA ENDOSCOPICA | 511705 | | |
| BIOPSIA DE VIA BILIAR POR COLEDOCOSCOPIA | 511707 | SPY GLASS SPY BITE | |
| FULGURACION DE LESIONES POR COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA SOD | 512200 | | |
| LITOTRIPSIA BILIAR POR COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA | 512301 | | |
| LITOTRIPSIA INTRADUCTAL POR COLEDOSCOPIA | 512302 | SPY GLASS LITOTRIPCIA HE | |
| ESCISION DE LESION EN LAS VIAS BILIARES VIA ENDOSCOPICA | 516401 | | |
| ESCISION DE LA AMPOLLA DE VATER VIA ENDOSCOPICA | 516402 | AMPULECTOMIA VIA ENDOSCOPICA | |
| DILATACION DE ESFINTER DE ODDI | 518101 | | |
| DILATACION ENDOSCOPICA DE AMPOLLA Y DEL CONDUCTO BILIAR | 518401 | | |
| ESFINTERECTOMIA Y PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA SOD | 518500 | | |
| EXTRACCIÓN ENDOSCOPICA DE CALCULOS DEL TRACTO BILIAR SOD | 518800 | | |
| EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DE LAS VIAS BILIARES CON ESFINTEROTOMIA | 518801 | | |
| INSERCION DE DISPOSITIVO EN VIA BILIAR VIA ENDOSCOPICA | 518902 | | |
| EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE VIA BILIAR VIA ENDOSCOPICA | 519503 | | |
| EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CONDUCTO PANCREATICO VIA ENDOSCOPICA | 523201 | | |
| EXTRACCION DE DISPOSITIVO DEL CONDUCTO PANCREATICO VIA ENDOSCOPICA | 523202 | | |
| DRENAJE TRANSGASTRICO ENDOSCOPICO DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREATICO | 524101 | | |
| DRENAJE TRANSAMPULAR ENDOSCOPICO DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREATICO | 524102 | | |
| INSERCION ENDOSCOPICA DE TUBO TUTOR (PROTESIS, STENT) EN EL CONDUCTO PANCREATICO SOD | 529300 | | |
| EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DEL CONDUCTO PANCREATICO SOD | 529400 | | |
| DILATACION ENDOSCOPICA DE DUCTO PANCREATICO SOD | 529800 | | |
| BIOPSIA POR PUNCION Y ASPIRACION GUIADA POR ECOENDOSCOPIA | 542901 | EUS CON PUNCION Y BIOPSIA | |
| ECOGRAFIA ENDOSCOPICA DE ESOFAGO | 881312 | EUS ESOFAGO | |
| ECOGRAFIA ENDOSCOPICA DE ESTOMAGO O DUODENO | 881314 | EUS ESTOMAGO | |
| ECOGRAFIA ENDOSCOPICA BILIOPANCREATICA | 881317 | EUS BILIOPANCREATICA | |
| ECOGRAFIA ENDOSCOPICA DE RECTO | 881319 | EUS RECTO | |
| DRENAJE DE SEUDOQUISTE DE PANCREAS GUIADO POR ULTRASONOGRAFIA ENDOSCOPICA (CISTOGASTROSTOMIA) | | TERAPEUTICA | |
| DRENAJE BILIAR GUIADO POR ULTRASONOGRAFIA ENDOSCOPICA | | TERAPEUTICA | |
| NEUROLISIS DEL PLEXO CELIACO GUIADO POR ULTRASONOGRAFIA ENDOSCOPICA | | TERAPEUTICA | |
| INSERCION ENDOSCOPICA DE SONDA NASOYEYUNAL | 960801 | | |
| SUSTITUCION DE SONDA DE GASTROSTOMIA | 970200 | | |
| ELASTOGRAFÍA | 886101 | | |
| PRUEBA DE ALIENTO PARA HELICOBACTER PILORY | 903043 | | |

## ANEXO 3

| NOMBRE DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS PERTINENTES PARA LOS PROCEDIMIENTOS | Costo |
|---|---|
| PINZA DE CUERPO EXTRAÑO | |
| PINZA COAGRASPER/PINZA HEMOSTATICA 360 | |
| PINZA DE BIOPSIA DE COLONOSCOPIA | |
| PINZA DE BIOSIA DE GASTROSCOPIA | |
| ASA DE POLIPECTOMIA DE 2.5 CM | |
| ASA DE POLIPECTOMIA DE 5 CM | |
| ASA DE POLIPECTOMIA DE 10 MM | |
| ASA FRIA DE POLIPECTOMIA OVAL | |
| ASA DE POLIPECTOMIA HEXAGONAL | |
| ASA DE POLIPECTOMIA OVAL | |
| CLIPS METALICOS 360 RESOLUTION X 4 | |
| STENT BILIAR TEFLON 5 FR | |
| STENT BILIAR TEFLON 7 FR | |
| STENT BILIAR DE TEFLON 10 FR | |
| INTRODUCTOR DE STENT BILIAR 7, 8,5 Y 10 FR | |
| STENT BILIAR METALICO AUTOEXPANDIBLE DE 10 FR | |
| STENT ESOFAGICO AUTOEXPANDIBLE MONO HOMBRO | |
| STENT ESOFAGICO AUTOEXPANDIBLE MONO CUERPO | |
| STENT DUODENAL | |
| STENT COLONICO | |
| BALON DE DILATACION NEUMATICA ESOFAGICA | |
| BALON DE DILATACION DE ACALASIA HERCULES | |
| BALON GASTRICO | |
| FLUSHKNIFE | |
| ARGON PLASMA | |
| AGUJA DE ESCLEROTERAPIA | |
| SONDA DE GASTROSTOMIA | |
| PAPILOTOMO CURVO | |
| PAPILOTOMO DE PUNTA | |
| GUIA HIDROFILICA DE 0.035" | |
| GUIA HIDROFILICA DE 0.025" | |
| BALON DE EXTRACCION DE CALCULOS | |
| CANASTILLA EXTRACTORA DE CALCULOS EXAGONAL | |
| BALON DE DILATACION DE VIA BILIAR | |
| PISTOLA PARA BALON DILATADOR | |
| KIT DE GASTROSTOMIA | |
| KIT DE GASTROSTOMIA CON EXTENSIONA YEYUNO | |
| KIT DE LIGADURA ENDOSCOPICA DE VARICES | |
| KIT DE LIGADURA ENDOSCOPICA DE HEMORROIDES | |
| AGUJA DE PUNCION DE ENDOSONOGRAFIA FNA | |
| AGUJA DE PUNCION DE ENDOSONOGRAFIA FNB | |
| SONDA DE LITOTRICIA | |
| CANASTILLA DE SPYGLASS | |
| SUTURE CINCH- LONG (SISTEMA DE SUTURA ENDOSCOPICA) | |
| X-TACK ENDO HELIX (160CM) | |
| X-TACK ENDO HELIX (235CM) | |
| CLIP MANTIS 235 CM | |
| OTROS INSUMOS NECESARIOS PARA LOS PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS | |

**Perfiles y competencia**

| COMPETENCIAS | | | |
|---|---|---|---|
| **Servicio/programa** | **Educación** | **Formación** | **Experiencia** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Servicios profesionales de gastroenterología adultos y pediátrica** | Profesional de la salud de medicina, especialidad de gastroenterología con supra especialidad en gastroenterología clínica y quirúrgica. Para pediátrica con supra especialidad en Gastroenterología pediátrica y nutrición | Soporte vital avanzado<br>-Manejo del duelo.<br>-Cuidado del donante<br>-Curso generalidades de MIPG<br>-Curso del accidente ofídico | **1 año.** |
| **Servicios profesionales de cirugía gastrointestinal.** | Profesional de la salud de medicina , con Supra especialidad en Gastroenterología Clínica y Quirúrgica | Soporte vital avanzado<br>-Manejo del duelo.<br>-Cuidado del donante<br>-Curso generalidades de MIPG<br>-Curso del accidente ofídico | **1 año** |
| **Servicios de Endoscopia De Vía Digestiva.** | Profesional de la salud de medicina con Supra especialidad gastroenterología y endoscopia digestiva | -Soporte vital avanzado<br>-Manejo del duelo.<br>-Cuidado del donante<br>-Curso generalidades de MIPG<br>-Curso del accidente ofídico | **1 año** |
| **Auxiliar enfermería** | Auxiliar de enfermería. | - Soporte vital básico<br>- Certificado de atención de víctimas de violencia sexual<br>-Manejo del duelo.<br>-Curso generalidades de MIPG<br>- Certificado de atención de víctimas de agentes quimicas. | **1 año** |

Obligaciones:

| 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 | 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. |

| | |
|---|---|
| información | 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. |
| 10. De acuerdo con los lineamientos institucionales del Hospital Susana López de Valencia (HSLV) y las normativas vigentes en materia de seguridad y salud en el trabajo (SG-SST), el contratista se compromete a realizar aportes que fortalezcan la Brigada de Emergencias, como incentivos (económicos, en especie, como dotación, equipamiento, refrigerios, premios, entre otros) que permitan reconocer y motivar a nuestros brigadistas y fortalecer la brigada del HSLV. |
| 11. El contratista deberá acatar el Sistema de Gestión Ambiental (SGA) del Hospital Susana López de Valencia, conocer su política y los objetivos ambientales; adquirir el compromiso de gestionar los aspectos ambientales asociados a las actividades derivadas de la ejecución del contrato (manejo adecuado de sustancias químicas, emisiones de gases de efecto invernadero – GEI y/o potenciales agotadores de ozono – PAO), generación de residuos sólidos) y garantizar el cumplimiento de la totalidad de las obligaciones como proveedor del servicio, según la normatividad ambiental aplicable vigente, así como también garantizar la adherencia al mejoramiento continuo de la certificación ISO 14001 :2015 de la cual la institución es acreedora. |
| 12. El contratista se compromete a garantizar personal y recursos adicionales en casos de emergencias o desastres, asegurando la continuidad y calidad del servicio esencial según las necesidades que se presenten. |
| 13. En caso de presentarse fallas, incidentes o eventos adversos durante la ejecución del contrato, el contratista se compromete a seguir los procedimientos establecidos por el Hospital para el análisis y gestión del evento, participando activamente en la implementación de las acciones correctivas, preventivas y de mejora que se deriven, así como la ejecución de los planes de mejoramiento y cumplimiento establecidos por el procedimiento del hospital. El incumplimiento de los procedimientos institucionales o de las políticas, programas o lineamientos internos relacionados con la seguridad del paciente, el trato humanizado, la ética, la confidencialidad de la información o la calidad en la prestación del servicio, será considerado como un no cumplimiento de las obligaciones contractuales pactadas entre las partes, y facultará al Hospital para aplicar las medidas correspondientes. |

| 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, 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. | 1.Certificación de profesional universitario (seguridad y 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 ESPECÍFICAS | | | |
|---|---|---|---|
| CIRUGIA GASTROINTESTINAL Y GASTROENTEROLOGIA ADULTOS | | | |
| ACTIVIDADES A CONTRATAR | PRODUCTO | CALIDAD ESPERADA | SOPORTE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Realizar consulta ambulatoria de primera vez y de control de gastroenterologia y cirugia gastrointestinal. | Pacientes de primera vez atendidos con una oportunidad ≤ 15 días.<br><br>4 pacientes por hora de primera vez y controles para gastroenterología.<br><br>100% de adherencia a remisiones de pacientes a niveles de igual o superior complejidad desde servicio ambulatorio, en formato establecido.<br><br>100% de órdenes médicas generadas de manera completa y correcta. Corrección oportuna (≤1 día o cuando el paciente lo solicite) de las mismas según necesidad.<br><br>100% de adherencia al diligenciamiento de MIPRES según necesidad. (Incluye disposición para rol junta médica de sus pares).<br><br>Porcentaje de cancelación de citas por causa intrínseca relacionadas con el talento humano ≤ 5% mensual.<br><br>Entrega y apertura de agenda de consulta ambulatoria de acuerdo a las horas contratadas y antes del día 25 del mes inmediatamente anterior para la respectiva programación.<br><br>100% de las consultas realizadas en horario diferente al asignado para otros servicios.<br><br>100% pacientes atendidos con estado de cita: cumplida.<br><br>100% pacientes con clasificación y educación de riesgo clínico.<br><br>100% de asignación de citas de acuerdo al procedimiento de asignación y confirmación de citas médicas SLV-GC-17.<br><br>100% de post-consulta pacientes atendidos ambulatoriamente por gastroenterología | 90% de consultas ambulatorios respondidas oportunamente. | Registro en Historica clinica<br><br>Certificación de líder de Proceso Ambulatorio |
| Realizar Interconsultas | Respuesta oportuna de interconsultas gastroenterologia. | 100% de interconsultas respondidas y registradas en dinámica gerencial dentro de las 12 a 24 horas habiles siguientes a la solicitud de la misma. | Certificación gestor proceso Adultos y/o Umi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Realizar exámenes diagnósticos y terapéuticos | Procedimientos endoscópicos, diagnósticos y terapéuticos realizados de manera oportuna y registrados en historia clínica. | 90% de procedimientos endoscópicos, realizados oportunamente.<br><br>90% de adherencia al procedimiento de consentimientos informado. | Certificación gestor proceso apoyo diagnóstico y complementacion terapéutica. |
| Realizar y/o actualizar guías y procedimientos de gastroenterología. | Guías y procedimientos de gastroenterología documentados o actualizados | 90%de guías consensadas y socializadas.<br><br>90% de procedimientos documentados y socializados. | Certificación gestor proceso apoyo diagnóstico y complementacion terapéutica. |
| Participación de las actividades de calidad o mejoramiento continúo. | Asistencia a actividades institucionales que sea convocado. | 100 % de asistencia a reuniones de mejoramiento al ser citados a excepción de estar de turno, incapacidad o no asistencia justificada previa autorización del líder del proceso.<br>100% de ejecución de acciones de mejora identificadas, asignadas y en los tiempos definidos por los líderes del proceso.<br><br>100% de oportunidad para la respuesta o llamado del hospital para análisis a manifestaciones o quejas, juntas médicas, comités de seguridad, etc según protocolo institucional<br><br>100 % de asistencia a capacitaciones programadas por la institución. | Listados de asistencia cuando aplique.<br><br>Planes de mejoramiento cuando aplique. |

| GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA. | | | |
|---|---|---|---|
| **ACTIVIDADES A CONTRATAR** | **PRODUCTO** | **CALIDAD ESPERADA** | **SOPORTE** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Realizar consulta ambulatoria por gastroenterologia pediatrica, minimo 30 consultas por mes y/o según demanda. | Consultas ambulatorias de primera vez y control.<br><br>Participación en juntas medicas según demanda. | Pacientes de primera vez atendidos con una oportunidad ≤ 15 días.<br><br>3 pacientes por hora de primera vez y controles para gastroenterología pediátrica.<br><br>100% de adherencia a remisiones de pacientes a niveles de igual o superior complejidad desde servicio ambulatorio, en formato establecido.<br><br>100% de órdenes médicas generadas de manera completa y correcta. Corrección oportuna (≤1 día o cuando el paciente lo solicite) de las mismas según necesidad.<br><br>100% de adherencia al diligenciamiento de MIPRES según necesidad. (Incluye disposición para rol junta médica de sus pares).<br><br>Porcentaje de cancelación de citas por causa intrínseca relacionadas con el talento humano ≤ 5% mensual.<br><br>Entrega y apertura de agenda de consulta ambulatoria de acuerdo a las horas contratadas y antes del día 25 del mes inmediatamente anterior para la respectiva programación.<br><br>100% de las consultas realizadas en horario diferente al asignado para otros servicios.<br><br>100% pacientes atendidos con estado de cita: cumplida.<br><br>100% pacientes con clasificación y educación de riesgo clínico.<br><br>100% de asignación de citas de acuerdo al procedimiento de asignación y confirmación de citas médicas SLV-GC-17.<br><br>100% de post-consulta pacientes atendidos ambulatoriamente por gastroenterología | |
| Realizar Interconsultas | Respuesta oportuna de interconsultas gastroenterología pediatrica. | 100% de interconsultas respondidas con oportunidad y registradas en dinámica gerencial | Registro en historia clínica institucional |
| Realizar exámenes diagnósticos y terapéuticos | Procedimientos endoscópicos, diagnósticos y terapéuticos | 90% de procedimientos endoscópicos, realizados oportunamentea y registrados en historia clínica. | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Realización y/o actualización de guías y procedimientos de gastroenterología pediatrica | Documentar las guia o procedimientos relacionados con la especialidad. | 90%de guías consensadas y socializadas.<br><br>90% de procedimientos documentados y socializados. | |
| Participación de las actividades de calidad o mejoramiento continúo. | Asistencia a actividades institucionales que sea convocado. | 100 % de asistencia a reuniones de mejoramiento al ser citados a excepción de estar de turno, incapacidad o no asistencia justificada previa autorización del líder del proceso.<br><br>100% de ejecución de acciones de mejora identificadas, asignadas y en los tiempos definidos por los líderes del proceso.<br><br>100% de oportunidad para la respuesta o llamado del hospital para análisis a manifestaciones o quejas, juntas médicas, comités de seguridad, etc según protocolo institucional.<br><br>100 % de asistencia a capacitaciones programadas por la institución. | |

| COMPETENCIAS AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA | | |
|---|---|---|
| ACTIVIDADES | | |
| ACTIVIDADES A CONTRATAR | PRODUCTO | CALIDAD ESPERADA |
| UNIDAD DE ENDOSCOPIA | 1. Cuidado directo a pacientes pre y post procedimiento | 1. 100 % de cumplimiento a los protocolos de enfermería aplicados en la atención del paciente pre y post procedimiento. |
| | 2. Educación al paciente a los familiares y/o acompañantes, según horario establecido. | 1. 100% de pacientes, familiares y/o acompañantes, |
| | 3. Rotular, embalar y custodiar las muestras de patologías derivadas de los procedimientos realizados. | 1. 100% de muestras de patología debidamente rotuladas, embaladas y custodiadas. |
| | 4. Adherencia a las guías, procedimientos y protocolos de la unidad de endoscopia | 1. 100% de adherencia a las guías procedimientos y protocolos de la unidad de endoscopia |

| | | |
|---|---|---|
| | 5. Limpieza y desinfección de las áreas según protocolo de enfermería, diaria, final y semanal. | 1. 100% de adherencia a protocolo de desinfección. |
| | 6. Diligenciar completa y correctamente los formatos institucionales requeridos en la unidad de endoscopia | 1. 100% de formatos institucionales diligenciados completa y correctamente a protocolo de desinfección. |
| Nota: El personal auxiliar de enfermería será certificado por el gestor proceso apoyo diagnóstico y complementacion terapéutica, previo visto bueno de la coordinacion de enfermeria según necesidad. | | |

**Requisitos:**

1. Relación de los afiliados participes o asociados con que cuenta el proponente y que destinará a la ejecución del contrato, discriminando las áreas en donde estarán prestando el servicio, indicando las empresas a las cuales se les tiene afiliados para garantizarles la Seguridad Social (Salud, Pensión, ARL).
2. Presentar las Hojas de Vida de los afiliados o personas con las que la empresa prestara el servicio, con el ánimo de verificar la idoneidad del contratista y brindar la seguridad a los usuarios que acuden a nuestra Institución para lo cual deben cumplir los siguientes requisitos que serán verificados por el profesional universitario de Gestión Humana y Subdirección Científica, el cual deberán certificar el cumplimiento de los requisitos exigidos, sin que esto se pueda entender que se está violando con la autonomía de la persona juridica, ya que solo se trata de una verificación de documentos y requisitos que exige la norma para poder prestar los servicios de salud.

Base de Datos Digital (Excel) con la siguiente información

| | |
|---|---|
| N° CEDULA CIUDADANIA Y/O EXTRANJERIA | SI |
| NOMBRE | SI |
| SEXO | SI |
| FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA) | SI |
| SINDICATO /OPS | SI |
| ACTIVIDAD A DESARROLLAR | SI |
| PROCESO (Asistencial - Administrativos) | SI |
| SUBPROCESO | SI |
| FECHA DE INGRESO (PARA INDICE DE ROTACION DE PERSONAL) | SI |
| FECHA DE RETIRO | SI |

Presentar los requisitos en el siguiente orden, los cuales deben ser adjuntados digitalmente en formato pdf por cada documento solicitado de forma individual, por asociado y actividad a desarrollar.

Nota: Los documentos deben ser legibles

| | | |
|---|---|---|
| REQUISITOS LEGALES | FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA | SI |
| | Documento de Identificación | SI |

| | | |
|---|---|---|
| | Libreta Militar (Hombres) | SI |
| | ANTECEDENTES FISCALES (VIGENCIA NO MAYOR A 3 MESES) | SI |
| | ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS (VIGENCIA NO MAYOR A 3 MESES) | SI |
| | ANTECEDENTES JUDICIALES (VIGENCIA NO MAYOR A 3 MESES) | SI |
| REQUISITOS DE FORMACION ACADEMICA | DIPLOMA PREGRADO / TECNOLOGO / TECNICO BACHILLER | SI |
| | ACTA DE GRADO PREGRADO / TECNOLOGO / TECNICO BACHILLER | SI |
| | Curso de Primeros Auxilios | SI |
| OTROS REQUISITOS | INDUCCION ESPECIFICA | SI |
| | PRUEBA PSICOTECNICA | SI |
| | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL | SI |
| | EXPERIENCIA LABORAL | SI |
| | PROFESION | SI |
| | N° De Horas Mensuales Contratadas | SI |
| TIPO DE ACTIVIDADES QUE REALIZAN | Administrativas | SI |
| | Asistenciales | SI |

Reporte de indicadores el cual contenga:

- ✓ Rotación de personal

| | | | Ingresos y Retiros | | Total de trabajadores | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CEDULA | NOMBRES | Actividad a desarrollar | Ingresos | Retiros | Inicio del Mes | Final de Mes |

- ✓ Plan de Capacitación con forme a las necesidades de capacitación detectadas para la prestación del servicio.
- ✓ Ejecución del Plan de Capacitación mensual.

| Tema Capacitación | Actividad que Desarrolla | N° Persona a quien va dirigida | N° de Personas que asistieron | Porcentaje de Adherencia |
|---|---|---|---|---|

Posterior al inicio de ejecución del contrato se verificará los siguientes documentos:

- ✓ Para el personal nuevo certificación de inducción general, que deberá entregarse en un plazo máximo de hasta un mes después del ingreso.
- ✓ Certificado de reinducción institucional de acuerdo a la programación del hospital, si el personal se encuentra prestando los servicios en el momento en el que se realice.
- ✓ Listado de personal mensual que desarrolla las actividades.
- ✓ Presentar informe de medición de satisfacción y cultura organizacional y ejecución del plan implementado, que deberá entregarse una vez por semestre.
- ✓ Informe de evaluación de desempeño.

Las hojas de vida que no anexen los documentos exigidos por la institución para verificar requisitos no serán tenidas en cuenta y por lo tanto no se dará código para prestar los servicios contratados en aras de salvaguardar la seguridad de nuestros usuarios.

**EXPERIENCIA DEL PROPONENTE Y CUMPLIMIENTO DE CONTRATOS REALIZADOS:**

La Entidad verificará la experiencia relacionada con el objeto del contrato, mediante mínimo una certificación o acta de liquidación de contrato, en donde su valor individual o sumado, sea igual o superior al presupuesto del presente proceso.

**VALOR:** CUATROCIENTOS SETENTA Y SIETE MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE. ($477.368.420).

**PLAZO:** La duración del Contrato será hasta el 31 de diciembre del 2025, contado a partir de la suscripción de acta de inicio.

**La propuesta se debe presentar con los siguientes documentos:**

- Propuesta firmada y diligenciada en forma clara y legible.
- Certificado de existencia y representación legal, con registro renovado el último año.
- Fotocopia del Rut actualizado
- Copia de cedula del representante Legal.
- Certificados de antecedentes disciplinarios, fiscales, judiciales, medidas correctivas vigentes y Consulta inhabilidades delitos sexuales
- Certificado de encontrarse a paz y salvo con los aportes a seguridad social y parafiscales.
- El representante legal de la persona jurídica o persona natural deberá aportar copia del documento de identificación.
- FORMULARIO SARLAFT, de acuerdo al modelo suministrado por el Hospital, firmado por el Representante Legal, indicando su nombre y número de identidad e incorporando la huella digital de su índice derecho. Este formulario debe ser firmado y diligenciado en forma clara y legible

Atentamente,

**LUCY XIMENA IBARRA HERNANDEZ**
Gerente
HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.

*Proyectó: Diana Marcela Pino Galindez / Afiliada participe ASIES*
*Revisó: María Camila Pantoja Idrobo / Abogada afiliada participe ASIES*
*Revisó: Sully Tatiana Moreno Illera / Jefe Oficina Asesora Jurídica*