idime

Bogotá D.C., 24 de febrero de 2026

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 3
Pereira

Reciban un cordial saludo,

Ref. Observaciones al Proyecto de Pliego del Proceso de Selección Abreviada – Contratación de Menor Cuantía – prestación de Servicios en Salud **PN RASES N°3 SA MC PSS 003 2026** cuyo objeto es **LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE IMAGENOLOGÍA BÁSICA Y ESPECIALIZADA, EXÁMENES DIAGNÓSTICOS ESPECIALIZADOS, RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR, PARA USUARIOS ADSCRITOS A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD RISARALDA PERTENECIENTE A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 3, EN LA CIUDAD DE PEREIRA RISARALDA**

Nos permitimos relacionar las observaciones al pliego:

OBSERVACION No 1: Solicitamos tener en cuenta las siguientes observaciones:

ITEM	DESCRIPCIÓN	VALOR ESTIMADO	OBSERVACION
78	RESONANCIA DE UNION CERVICO-DORSAL CON CONTRASTE	347,396.00	VALIDAR PRECIO TECHO YA QUE NO ESTAN CONTEMPLANDO ELVALOR DEL MEDIO DE CONTRASTE NI LA SECUENCI CONTRASTADA
89	ANGIORESONANCIA DE TORAX (SIN INCLUIR CORAZON)	527,836.00	VALIDAR PRECIO TECHO
107	RESONANCIA MAGNETICA DE PISO PELVICO	402,500.00	VALIDAR PRECIO TECHO
119	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACION ESTERNOCLAVICULAR DERECHA CON CONTRASTE	349,213.00	VALIDAR PRECIO TECHO YA QUE NO ESTAN CONTEMPLANDO EL VALOR DEL MEDIO DE CONTRASTE NI LA SECUENCI CONTRASTADA
185	RESONANCIA MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA	505,375.00	VALIDAR PRECIO TECHO
190	ANGIORESONANCIA DE MIEMBRO SUPERIOR	527,836.00	VALIDAR PRECIO TECHO
192	ANGIORESONANCIA DE MIEMBRO INFERIOR	527,836.00	VALIDAR PRECIO TECHO
194	ANGIORESONANCIA DE AORTA ABDOMINAL	527,836.00	VALIDAR PRECIO TECHO
196	ANGIORESONANCIA RENAL	527,836.00	VALIDAR PRECIO TECHO
198	ANGIORESONANCIA DE PELVIS	527,836.00	VALIDAR PRECIO TECHO
200	ANGIORESONANCIA DE CUELLO	527,836.00	VALIDAR PRECIO TECHO
202	ANGIORESONANCIA CARA	527,836.00	VALIDAR PRECIO TECHO
204	ANGIORESONANCIA DE ABDOMEN	527,836.00	VALIDAR PRECIO TECHO
210	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO	52,078.00	VALIDAR PRECIO TECHO
211	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO	41,357.00	VALIDAR PRECIO TECHO
213	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUNECA)	52,078.00	VALIDAR PRECIO TECHO
214	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO	52,078.00	VALIDAR PRECIO TECHO
215	ECOGRAFIA DE GLANGLIOS CERVICALES (MAPEO)	77,435.00	VALIDAR PRECIO TECHO
221	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE CADERA	48,498.00	VALIDAR PRECIO TECHO
222	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO	48,498.00	VALIDAR PRECIO TECHO
223	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE RODILLA	48,498.00	VALIDAR PRECIO TECHO
229	ECOGRAFÍA DE HIGADO, PÁNCREAS, VIA BILIAR Y VE-SICULA	51,750.00	VALIDAR PRECIO TECHO
230	ECOGRAFÍA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	41,357.00	VALIDAR PRECIO TECHO
232	ECOGRAFÍA DE PROSTATA TRANSRECTAL	82,367.00	VALIDAR PRECIO TECHO
233	ECOGRAFÍA DE RIÑONES, BAZO, AORTA O ADRENALES	52,078.00	VALIDAR PRECIO TECHO

idime

ITEM	DESCRIPCIÓN	VALOR ESTIMADO	OBSERVACION
234	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	52,078.00	VALIDAR PRECIO TECHO
235	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	52,078.00	VALIDAR PRECIO TECHO
236	ECOGRAFÍA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL)	52,078.00	VALIDAR PRECIO TECHO
239	ECOGRAFÍA DE GLANDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	41,357.00	VALIDAR PRECIO TECHO
240	ECOGRAFÍA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	51,256.00	VALIDAR PRECIO TECHO
242	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	52,078.00	VALIDAR PRECIO TECHO
243	ECOGRAFÍA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	41,357.00	VALIDAR PRECIO TECHO
244	ECOGRAFÍA DE TORAX: PERICARDIO O PLEURA	40,080.00	VALIDAR PRECIO TECHO
245	ECOGRAFÍA OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA Y FETAL	123,002.00	VALIDAR PREVIO TECHO. CUANDO SE TRATE DE EMBARAZO MULTIPLE SE FACTURA UNA POR CADA BEBE.
247	ECOGRAFÍA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	30,921.00	VALIDAR PREVIO TECHO. CUANDO SE TRATE DE EMBARAZO MULTIPLE SE FACTURA UNA POR CADA BEBE.
249	ECOGRAFÍA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL	23,917.00	VALIDAR PRECIO TECHO
250	ECOGRAFÍA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	39,563.00	VALIDAR PRECIO TECHO
252	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	41,357.00	VALIDAR PRECIO TECHO
253	ECOGRAFIA DE CUELLO	41,357.00	VALIDAR PRECIO TECHO
255	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CARA	52,078.00	VALIDAR PRECIO TECHO
256	ECOGRAFIA DE PIEL O ANEXOS	92,000.00	VALIDAR PRECIO TECHO
268	ECOGRAFIA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA	123,002.00	VALIDAR PREVIO TECHO. CUANDO SE TRATE DE EMBARAZO MULTIPLE SE FACTURA UNA POR CADA BEBE.
278	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFERICOS DEL CUELLO	120,414.00	VALIDAR PRECIO TECHO
287	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON ANALISIS DOPPLER	62,402.00	VALIDAR PRECIO TECHO
288	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL PENE	299,000.00	VALIDAR PRECIO TECHO
289	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL PENE SIMPLE	142,167.00	VALIDAR PRECIO TECHO
292	ECOGRAFÍA PELVICA CON ANALISIS DOPPLER ACR	79,962.00	VALIDAR PRECIO TECHO
294	DOPPLER DE MANO UNILATERAL	161,000.00	DEBEN ESPECIFICAR SI ES ARTERIAL O VENOSO
295	DOPPLER DE MANO BILATERAL	131,052.00	VALIDAR PRECIO TECHO. DEBEN ESPECIFICAR SI ES ARTERIAL O VENOSO
296	DOPPLER DE PIE UNILATERAL	90,521.00	VALIDAR PRECIO TECHO. DEBEN ESPECIFICAR SI ES ARTERIAL O VENOSO
297	DOPPLER DE PIE BILATERAL	131,052.00	VALIDAR PRECIO TECHO. DEBEN ESPECIFICAR SI ES ARTERIAL O VENOSO
298	DOPPLER DE CODO UNILATERAL	161,000.00	DEBEN ESPECIFICAR SI ES ARTERIAL O VENOSO
299	DOPPLER DE CODO BILATERAL	131,052.00	VALIDAR PRECIO TECHO. DEBEN ESPECIFICAR SI ES ARTERIAL O VENOSO
300	DOPPLER DE MUÑECA UNILATERAL	161,000.00	DEBEN ESPECIFICAR SI ES ARTERIAL O VENOSO
301	DOPPLER DE MUÑECA BILATERAL	131,052.00	VALIDAR PRECIO TECHO. DEBEN ESPECIFICAR SI ES ARTERIAL O VENOSO
302	DOPPLER DE TOBILLO UNILATERAL	161,000.00	DEBEN ESPECIFICAR SI ES ARTERIAL O VENOSO
303	DOPPLER DE TOBILLO BILATERAL	131,052.00	VALIDAR PRECIO TECHO. DEBEN ESPECIFICAR SI ES ARTERIAL O VENOSO
304	DOPPLER DE RODILLA UNILATERAL	161,000.00	DEBEN ESPECIFICAR SI ES ARTERIAL O VENOSO

idime

ITEM	DESCRIPCIÓN	VALOR ESTIMADO	OBSERVACION
305	DOPPLER DE RODILLA BILATERAL	169,287.00	DEBEN ESPECIFICAR SI ES ARTERIAL O VENOSO
306	DOPPLER DE HOMBRO UNILATERAL	161,000.00	DEBEN ESPECIFICAR SI ES ARTERIAL O VENOSO
307	DOPPLER DE HOMBRO BILATERAL	169,287.00	DEBEN ESPECIFICAR SI ES ARTERIAL O VENOSO
308	DOPPLER DE CADERA UNILATERAL	48,498.00	VALIDAR PRECIO TECHO. DEBEN ESPECIFICAR SI ES ARTERIAL O VENOSO
309	DOPPLER DE CADERA BILATERAL	48,498.00	VALIDAR PRECIO TECHO. DEBEN ESPECIFICAR SI ES ARTERIAL O VENOSO
310	APICOGRAMA	18,742.00	VALIDAR PRECIO TECHO. EL APICOGRAMA ES UN COMPLEMENTO DE UN RAYOS X DE TORAX, POR LO TANTO ADICIONAL A LA AUTORIZACIÓN DEL APICOGRAMA DEBEN AUTORIZAR UN RAYOS X DE TORAX PARA REALZIAR EL APICOGRAMA ADICIONAL SE DEBE REALIZAR UN RAYOS X DE TORAX
318	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO	22,237.00	VALIDAR PRECIO TECHO.
321	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS	14,559.00	VALIDAR PRECIO TECHO. LOS PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA QUE REQUIERAN ESTUDIO COMPARATIVO DEBEN TENER AUTORIZADO DE MANERA INDEPENDIENTE EL CUPS DE LA REGION A TOMAR, COMO EL CUPS DE LA COMPARATIVA.
325	RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA	14,559.00	VALIDAR PRECIO TECHO. LOS PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA QUE REQUIERAN ESTUDIO COMPARATIVO DEBEN TENER AUTORIZADO DE MANERA INDEPENDIENTE EL CUPS DE LA REGION A TOMAR, COMO EL CUPS DE LA COMPARATIVA.
358	RADIOGRAFÍA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)	20,700.00	VALIDAR PRECIO TECHO. LOS PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA QUE REQUIERAN ESTUDIO COMPARATIVO DEBEN TENER AUTORIZADO DE MANERA INDEPENDIENTE EL CUPS DE LA REGION A TOMAR, COMO EL CUPS DE LA COMPARATIVA.
362	RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	14,559.00	VALIDAR PRECIO TECHO. LOS PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA QUE REQUIERAN ESTUDIO COMPARATIVO DEBEN TENER AUTORIZADO DE MANERA INDEPENDIENTE EL CUPS DE LA REGION A TOMAR, COMO EL CUPS DE LA COMPARATIVA.
370	RADIOGRAFIA DINAMICA DE COLUMNA VERTEBRAL	69,230.00	VALIDAR PRECIO TECHO
371	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)	55,640.00	VALIDAR PRECIO TECHO
373	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)	57,500.00	VALIDAR PRECIO TECHO
380	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	14,559.00	VALIDAR PRECIO TECHO. LOS PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA QUE REQUIERAN ESTUDIO COMPARATIVO DEBEN TENER AUTORIZADO DE MANERA INDEPENDIENTE EL CUPS DE LA REGION A TOMAR, COMO EL CUPS DE LA COMPARATIVA.
381	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES	20,700.00	VALIDAR PRECIO TECHO. LOS PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA QUE

idime

ITEM	DESCRIPCIÓN	VALOR ESTIMADO	OBSERVACION
			REQUIERAN ESTUDIO COMPARATIVO DEBEN TENER AUTORIZADO DE MANERA INDEPENDIENTE EL CUPS DE LA REGION A TOMAR, COMO EL CUPS DE LA COMPARATIVA.
382	RADIOGRAFIAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES: STRESS, TUNEL, OBLICUAS	14,559.00	VALIDAR PRECIO TECHO
407	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE	109,348.00	VALIDAR PRECIO TECHO
410	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX CON CONTRASTE	287,500.00	VALIDAR PRECIO TECHO
411	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX SIMPLE	139,086.00	VALIDAR PRECIO TECHO
416	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORACICO, LUMBAR Y/O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS) SIMPLE	103,935.00	VALIDAR PRECIO TECHO
417	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL TORACICO LUMBAR Y/O SACRO POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS) CON CONTRASTE	286,451.00	VALIDAR PRECIO TECHO
418	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE OIDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO (CORTES ES Y CORONALES) SIMPLE	116,114.00	VALIDAR PRECIO TECHO
423	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CUELLO (TEJIDOS BLANDOS) SIMPLE	138,765.00	VALIDAR PRECIO TECHO
424	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES: ES DE ROTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES	92,000.00	VALIDAR PRECIO TECHO
430	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE Y CON CONTRASTE	210,234.00	VALIDAR PRECIO TECHO
435	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO CON CONTRASTE	183,626.00	VALIDAR PRECIO TECHO
451	TOMOGRAFIA DE MEDIASTINO Y TRAQUEA	143,750.00	VALIDAR PRECIO TECHO
458	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE LARINGE CON CONTRASTE	280,185.00	VALIDAR PRECIO TECHO
460	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES: ANTEVERSION FEMORAL O TORSION TIBIAL SIMPLE	92,000.00	VALIDAR PRECIO TECHO
461	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES: ANTEVERSION FEMORAL O TORSION TIBIAL CON CONTRASTE	169,773.00	VALIDAR PRECIO TECHO
498	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CADERA SIMPLE	137,264.00	VALIDAR PRECIO TECHO
620	MEDIO DE CONTRASTE	230,000.00	DEBEN ESPECIFICAR SI EL MEDIO DE CONTRASTE ES PARA RESONANCIA O PARA TAC

OBSERVACION No 2: Solicitamos que los siguientes estudios se retiren de los estudios obligatorios

ITEM	DESCRIPCIÓN	VALOR ESTIMADO
18	SIALO-RESONANCIA (PATOLOGIA GLANDULAR SALIVAL)	1,604,250.00
56	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON MAPEO DE LA VELOCIDAD DE FLUJO (PROCEDIMIENTO OBLIGATORIO CON MEDIO DE CONTRASTE)	4,485,000.00
57	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON VALORACIÓN FUNCIONAL (PROCEDIMIENTO OBLIGATORIO CON MEDIO DE CONTRASTE)	4,485,000.00
58	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON ESTRÉS (FÍSICO O FARMACOLÓGICO) (PROCEDIMIENTO OBLIGATORIO CON MEDIO DE CONTRASTE)	4,140,000.00
219	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	68,372.00
384	TORAX PORTATIL (VALOR ADICIONAL A LA REGION DEL EXAMEN)	24,868.00
386	RADIOGRAFIA DE ESÓFAGO	40,987.00
387	RADIOGRAFIA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE ADULTOS	257,477.00

idime

ITEM	DESCRIPCIÓN	VALOR ESTIMADO
388	RADIOGRAFIA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE NIÑOS	236,212.00
389	RADIOGRAFIA DE COLON POR ENEMA O COLON POR INGESTA ADULTOS	259,647.00
400	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO) Y TRANSITO INTESTINAL ADULTOS	86,250.00
401	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO) Y TRANSITO INTESTINAL NIÑOS	86,250.00
402	FARINGOGRAFIA Y ESOFAGOGRAMA CON CINE O VIDEO [ESTUDIO DE LA DEGLUCION] ADULTOS	326,467.00
403	FARINGOGRAFIA Y ESOFAGOGRAMA CON CINE O VIDEO [ESTUDIO DE LA DEGLUCION] NIÑOS	296,874.00
543	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO PROFUNDO	517,500.00
544	CISTERNOGRAFIA	636,418.00
545	CISTERNOGRAFIA POR TOMOGRAFIA COMPUTADA	780,308.00
557	DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREATICO VIA PERCUTANEA	646,928.00
558	DRENAJE PERCUTANEO EN COLUMNA VERTEBRAL	1,117,974.00
560	GALACTOGRAFIA DE UN CONDUCTO	781,718.00
566	MIELOGRAFIA TORACICA	781,465.00
574	PIELOGRAFIA RETROGRADA A TRAVES DE CATETER DEJADO EN EL URETER O A TRAVES DE URETEROSTOMIA	266,834.00
575	PIELOGRAFIA RETROGRADA O ANTEROGRADA	311,982.00
577	FISTULOGRAFIA DE PARED ABDOMINAL	174,070.00
578	FISTULOGRAFIA EN REGION PERINEAL	170,404.00
579	FISTULOGRAFIA EN REGION PERIANAL	170,404.00
580	FISTULOGRAFIA DE PARED TORACICA SOD	347,573.00
589	DRENAJE DEL ÁREA TIROIDEA VÍA PERCUTÁNEA	480,506.00
612	FLUOROSCOPIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS	89,358.00
614	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA COMO GUIA PROCEDIMIENTO	108,043.00
616	BIOPSIA DE LESION DE PARED TORACICA VIA PERCUTANEA	701,500.00
618	MOVILIDAD DIAFRAGMÁTICA POR FLÚOROSCOPIA PULMONAR	69,042.00

OBSERVACION No 3: Solicitamos retirar el ítem 2 del Anexo 2 Otras Condiciones Técnicas Verificables, dado que al ser estudios diagnósticos ambulatorios no requieren incapacidad

2	**EL OFERENTE** al momento de generar una incapacidad debe tener en cuenta la Directiva Administrativa Permanente No. 003 del 10 de marzo de 2023 "DIRECTRICES PARA LA EXPEDICIÓN Y REGISTRO DE LAS EXCUSAS DEL SERVICIO, INCAPACIDAD MÉDICA, LICENCIA POR MATERNIDAD O ABORTO, PARA EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PERSONAL EXCUSADO DEL SERVICIO O CON INCAPACIDAD MEDICA" y demás disposiciones normativas que la modifiquen, adicionen o deroguen. Se puede solicitar copia de la directiva, al señor supervisor al grupo de Subred Integral Servicios de Salud de la Unidad Prestadora de Salud.

Lo anterior, en aras de poder participar y garantizar la pluralidad de proponentes.

Cordialmente,

Instituto De Diagnóstico Médico – IDIME S.A.
800.065.396-2