PN RASES N°3 SA MC PSS 003 2026

Comedidamente me permito remitir las respuesta a cada una de las observaciones presentadas al Proyecto Pliego de Condiciones del proceso **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"**

OBSERVACIÓN POR PARTE DE LA ENTIDAD "FUNDACIÓN LA LIGA AMA SALVAR VIDAS"

1. Observación presentada por interesado **"FUNDACIÓN LA LIGA AMA SALVAR VIDAS"**, a través de la plataforma virtual SECOP II, el día 24/02/2026 a las 4:14:26 PM quien argumenta lo siguiente:

FUNDACIÓN LA LIGA AmaSalvarVidas 50 AÑOS

Pereira, febrero de 2026

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 3
Pereira, Risaralda

Asunto: Observaciones al pliego de condiciones proceso de selección abreviada contratación de servicios de salud
Objeto: 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.

TERESA ROMERO HENAO, identificada con la cédula de ciudadanía N.° 42.074.910 de Pereira, actuando en nombre y representación legal de la **FUNDACION LA LIGA AMA SALVAR VIDAS**, entidad privada sin ánimo de lucro, con domicilio en la ciudad de Pereira, con personería jurídica reconocida mediante la resolución número 19476 del 28 de diciembre de 1987 del Ministerio de la Protección Social (antes Ministerio de Salud), con NIT 891.408.586-1, por medio del presente escrito allego a ustedes las observaciones con el proceso de contratación arriba mencionado. A continuación relaciono las comentarios:

1. El REPS es administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social, no por el "Ministerio de la Protección Social". (pág. 4 – participantes).

2. Se solicita aclarar y/o modificar el numeral "Lugar de Ejecución", en el sentido de precisar que, si la IPS oferente cuenta con sedes debidamente habilitadas en otros municipios del departamento de Risaralda, la ejecución del contrato podrá realizarse igualmente en dichas sedes, siempre que se encuentren habilitadas para la prestación de los servicios objeto del proceso y cumplan con los requisitos de calidad exigidos.

Lo anterior, considerando que la limitación exclusiva al área urbana de Pereira podría restringir injustificadamente la capacidad operativa de las IPS que cuentan con infraestructura y habilitación vigente en otros municipios del departamento, sin que ello afecte la calidad, oportunidad o continuidad en la prestación del servicio.

Lo anterior en concordancia con la nota dispuesta en el numeral 1.1.2.3. *"NOTA: Si el certificado de existencia y representación no tiene su domicilio principal en la ciudad en la que se llevará a cabo el servicio a contratar, el oferente deberá remitir el certificado existencia y representación además el registro mercantil de la sede o sucursal."*

Cra 4 N° 23 - 55 Pereira - Risaralda
PBX Administrativo 606 3341513 - Citas médicas 606 333 3340
www.ligaamosalvarvidas.org.co

FUNDACIÓN LA LIGA AmaSalvarVidas 50 AÑOS

3. En cuanto al reajuste de tarifas, respetuosamente consideramos que una prohibición absoluta de reajustes desconoce la naturaleza del servicio de salud contratado, el cual está sujeto a variaciones regulatorias, incrementos legales obligatorios y posibles modificaciones normativas que impactan directamente la estructura de costos del prestador.

Por lo cual, en aplicación del principio de equilibrio económico contractual, solicitamos que se incorpore una cláusula que permita la revisión excepcional de tarifas cuando se presenten circunstancias objetivas, externas y verificables que alteren de manera significativa la ecuación financiera inicial.

4. El proyecto de pliego exige, dentro de la garantía única, un amparo por riesgo operativo – calidad del servicio equivalente al cincuenta por ciento (50%) del valor de los estudios

Al respecto, consideramos que el porcentaje establecido resulta desproporcionado frente a la naturaleza del contrato, cuyo objeto corresponde a la prestación de servicios de salud, y no a la ejecución de obras o entrega de bienes con riesgo estructural. Adicionalmente, no se precisa con claridad cuál es la base de cálculo ("valor de los estudios"), lo que genera incertidumbre en la estructuración económica de la oferta. En ese sentido, solicitamos:

- Precisar expresamente la base sobre la cual se liquidará dicha garantía.
- Revisar el porcentaje exigido, ajustándolo a criterios de razonabilidad y proporcionalidad conforme a la naturaleza del servicio contratado.
- Delimitar con mayor claridad el alcance del riesgo cubierto bajo el concepto de "calidad del servicio", a fin de evitar interpretaciones extensivas que desborden el objeto contractual.

5. En cuanto a la garantía de responsabilidad civil profesional, amablemente se solicita aclarar si tiene validez la póliza adquirida por la institución.

6. La participación de personas jurídicas extranjeras sin sucursal en Colombia es contradictoria, toda vez que dentro de los requisitos habilitante se encuentran que el prestador debe estar inscrito en el registro especial de prestadores de servicios de salud, y para estar en esta base de datos. La persona debe tener una personería jurídica reconocida en el país, así como una sede habilitado en determinada jurisdicción.

Cra 4 N° 23 - 55 Pereira - Risaralda
PBX Administrativo 606 3341513 - Citas médicas 606 333 3340
www.ligaamosalvarvidas.org.co

FUNDACIÓN LA LIGA AmaSalvarVidas

7. Se solicita aclaración sobre esta nota del numeral 3.1.2.7: "**NOTA 01: si la oferente, se encuentra en trámite de la constancia de habilitación en el Registro Especial de Prestadores puede entregar en su propuesta la constancia de habilitación radicada ante la secretaria de salud igualmente debe estar registrado en la página del REPS. Lo anterior será verificado por el comité técnico.**"

Especificamente cuando dice " (...)**puede entregar en su propuesta la constancia de habilitación radicada ante la secretaria de salud (...)**" pues cuando uno radica solicitud de constancia de habilitación presenta una solicitud de expedición del documento, mas no una constancia anterior.

8. En la acreditación del prestador aliado (numeral 3.1.2.8.) se solicita aclarar qué documento se tendrá como valido cuando hacen mención a "**anexar copia de la habilitación vigente**", ya que se podrá aportar las impresiones de pantalla del REPS o la constancia de habilitación expedida por la Secretaría de Salud Departamental.

9. Respecto al numeral 3.1.2.10. la resolución 482 de 2018 fue derogada por la Resolución 1811 de 2025, por lo cual también se debe mencionar, ya que las licencias que se vencen en la actual vigencia, deberán ser renovadas con este nuevo acto Administrativo. Es decir, que se deben mencionar ambas resoluciones.

10. Amablemente nos permitimos solicitar sean revisados y ajustados el valor, de las siguientes cups, puesto que los enviados se encuentran con un precio muy bajo, e incluso por debajo de valor del contrato vigente

ITEM	CODIGO CUPS	DESCRIPCIÓN	VALOR ESTIMADO
18	883111	SIALO-RESONANCIA (PATOLOGIA GLANDULAR SALIVAL)	$ 1.664.250
23	883351	RESONANCIA MAGNETICA DE MAMA	$ 517.500
241	881615	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO	$ 41.357
230	881521	ECOGRAFIA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 41.357
239	881131	ECOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 41.357
245	881141	ECOGRAFIA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 41.357
244	881211	ECOGRAFIA DE TORAX: PERICARDIO O PLEURA	$ 40.080
247	881431	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	$ 30.924
249	881405	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL	$ 23.917
250	881401	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	$ 39.563
252	881510	ECOGRAFIA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 41.357
253	881132	ECOGRAFIA DE CUELLO	$ 41.357
257	881511	ECOGRAFIA TESTICULAR CON ANALISIS DOPPLER	$ 62.460
308	881630	DOPPLER DE CADERA UNILATERAL	$ 48.498
309	881630	DOPPLER DE CADERA BILATERAL	$ 48.498

Cra 4 N° 23 - 55 Pereira - Risaralda
PBX Administrativo 606 3341513 - Citas médicas 606 333 3340
www.ligacontraelcancer.org.co

FUNDACIÓN LA LIGA AmaSalvarVidas

310	871202	APICOGRAMA	$ 18.742
312	873314	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION TIBIAL	$ 32.920
382	873422	RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL UNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR	$ 14.559
380	873443	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	$ 14.559
400	872125	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO) Y TRANSITO INTESTINAL ADULTOS	$ 86.250
401	872123	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO) Y TRANSITO INTESTINAL NIÑOS	$ 86.250
424	879833	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES: ES DE ROTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES	$ 92.000
430	879113	TOMOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE Y CON CONTRASTE	$ 219.234
435	879117	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO CON CONTRASTE	$ 183.626
460	879822	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES: ANTEVERSION FEMORAL O TORSION TIBIAL SIMPLE	$ 92.000
466	879460	TOMOGRAFIA MULTICORTE DE PELVIS SIMPLE	$ 155.716
468	879121	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ORBITAS	$ 149.800
550	502102	DRENAJE DE LESION HEPATICA VIA PERCUTANEA	$ 862.500
569	550102	NEFROSTOMIA VIA PERCUTANEA	$ 977.500
593	488101	DRENAJE DE COLECCION RECTAL	$ 862.500
600	861104	DRENAJE DE COLECCION PROFUNDA DE TEJIDOS BLANDOS	$ 862.500

11. Se solicita puedan ser incluidos los siguientes servicios de imagenología

ITEM	CODIGO CUPS	DESCRIPCIÓN	VALOR ESTIMADO
621	872526	COLANGIOGRAFIA-TOMOGRAFIA	$ 1.022.000
622	879305	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX DE BAJA DOSIS (TC-BD)	$ 191.881
623	879920	TOMOGRAFIA COMPUTADA CON MODALIDAD DINAMICA	$ 86.000
624	881612	ECOGRAFIA DE MASA PELVICO	$ 264.000
625	883112	RESONANCIA MAGNETICA DEL HIPOCAMPO CON ANALISIS VOLUMÉTRICO	$ 1.574.000
626	883701	RESONANCIA MAGNETICA DE MEDULA OSEA (ESTUDIO DE SUPLENCIA VASCULAR)	$ 2.545.240
627	883921	RESONANCIA MAGNETICA DE CUERPO ENTERO	$ 1.841.400
628	883904	RESONANCIA MAGNETICA DE VASOS	$ 1.035.495
629	883911	RESONANCIA MAGNETICA-RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL	$ 812.110
630	883912	RESONANCIA MAGNETICA CON RECONSTRUCCION VIRTUAL	$ 812.110
631	883913	DIFUSION POR RESONANCIA MAGNETICA	$ 812.110

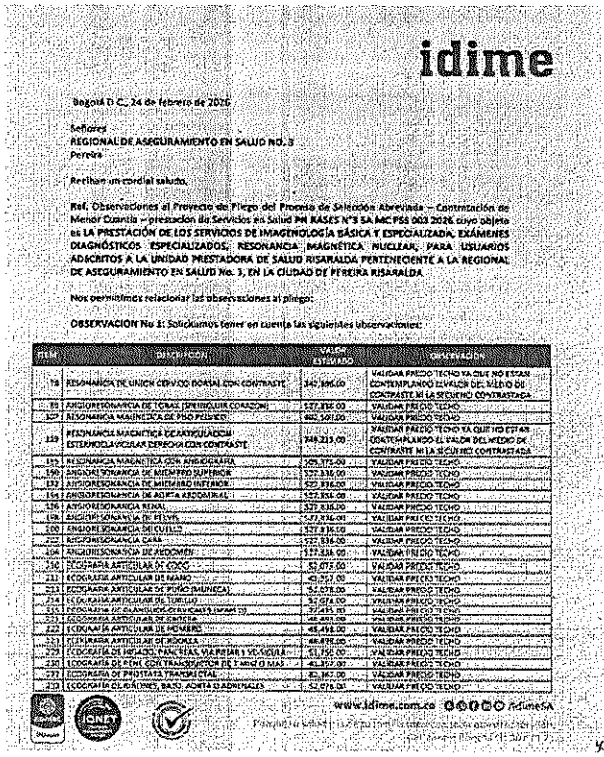
Agradecemos la atención prestada. Cordialmente.

TERESA ROMERO HENAO
Gerente
FUNDACIÓN LA LIGA AMA SALVAR VIDAS

Cra 4 N° 23 - 55 Pereira - Risaralda
PBX Administrativo 606 3341513 - Citas médicas 606 333 3340
www.ligacontraelcancer.org.co

OBSERVACIÓN POR PARTE DE LA ENTIDAD "INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO S.A"

Observación presentada por interesado **"INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO S.A"**, a través de la plataforma virtual SECOP II, el día 24/02/2026 a las 3:41:54 PM quien argumenta lo siguiente:



idime

Bogotá D.C, 24 de febrero de 2026

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 3
Pereira

Reciban un cordial saludo.

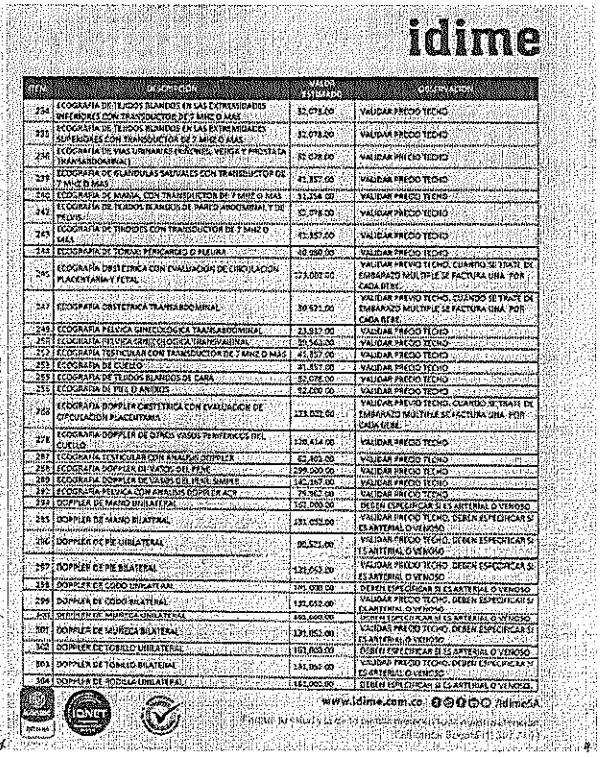
Ref. Observaciones al Proyecto de Pliego del Proceso de Selección Abreviada – Contratación de Menor Cuantía – prestación de Servicios en Salud PN RASES N°3 SA MC PSS 003 2026 cuyo objeto es LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE IMAGENOLOGÍA BÁSICA Y ESPECIALIZADA, EXÁMENES DIAGNÓSTICOS ESPECIALIZADOS, RESONANCIA 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	DESCRIPCION	VALOR ESTIMADO	OBSERVACION
19	RESONANCIA DE UNION CERVICO DORSAL CON CONTRASTE	347.890,00	VALIDAR PRECIO TECHO YA QUE NO ESTAN CONTEMPLANDO EL VALOR DEL MEDIO DE CONTRASTE NI LA SEGUNDA CONTRASTADA
20	ANGIORESONANCIA DE TORAX (PERFUSIÓN CORAZON)	577.896,00	VALIDAR PRECIO TECHO
107	RESONANCIA MAGNETICA DE PISO PELVICO	462.581,00	VALIDAR PRECIO TECHO
159	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACION ESTERNOCLAVICULAR DERECHA CON CONTRASTE	348.219,00	VALIDAR PRECIO TECHO YA QUE NO ESTAN CONTEMPLANDO EL VALOR DEL MEDIO DE CONTRASTE NI LA SEGUNDA CONTRASTADA
151	RESONANCIA MAGNETICA CON ANGIORESPIRA	309.375,00	VALIDAR PRECIO TECHO
190	ANGIORESONANCIA DE MIEMBRO SUPERIOR	577.836,00	VALIDAR PRECIO TECHO
193	ANGIORESONANCIA DE MIEMBRO INFERIOR	577.836,00	VALIDAR PRECIO TECHO
194	ANGIORESONANCIA DE AORTA ABDOMINAL	577.836,00	VALIDAR PRECIO TECHO
196	ANGIORESONANCIA RENAL	577.836,00	VALIDAR PRECIO TECHO
198	ANGIORESONANCIA DE PELVIS	577.836,00	VALIDAR PRECIO TECHO
200	ANGIORESONANCIA DE CUELLO	577.836,00	VALIDAR PRECIO TECHO
204	ANGIORESONANCIA CEREBRAL	577.836,00	VALIDAR PRECIO TECHO
206	ANGIORESONANCIA DE ABDOMEN	577.836,00	VALIDAR PRECIO TECHO
210	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO	52.074,00	VALIDAR PRECIO TECHO
211	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO	52.074,00	VALIDAR PRECIO TECHO
212	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA)	52.074,00	VALIDAR PRECIO TECHO
214	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO	52.074,00	VALIDAR PRECIO TECHO
215	ECOGRAFIA DE CANALIZACION (CANICULAR)	52.074,00	VALIDAR PRECIO TECHO
221	ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO	46.496,00	VALIDAR PRECIO TECHO
222	ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO	46.496,00	VALIDAR PRECIO TECHO
223	ECOGRAFIA ARTICULAR DE RODILLA	46.496,00	VALIDAR PRECIO TECHO
229	ECOGRAFIA DE MAMA BILATERAL VALORAR 3 REGIONES	61.760,00	VALIDAR PRECIO TECHO
230	ECOGRAFIA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	41.357,00	VALIDAR PRECIO TECHO
237	ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSRECTAL	82.367,00	VALIDAR PRECIO TECHO
239	ECOGRAFIA GLANDULARES, BAJO JUNTA GLANDULARES	52.074,00	VALIDAR PRECIO TECHO

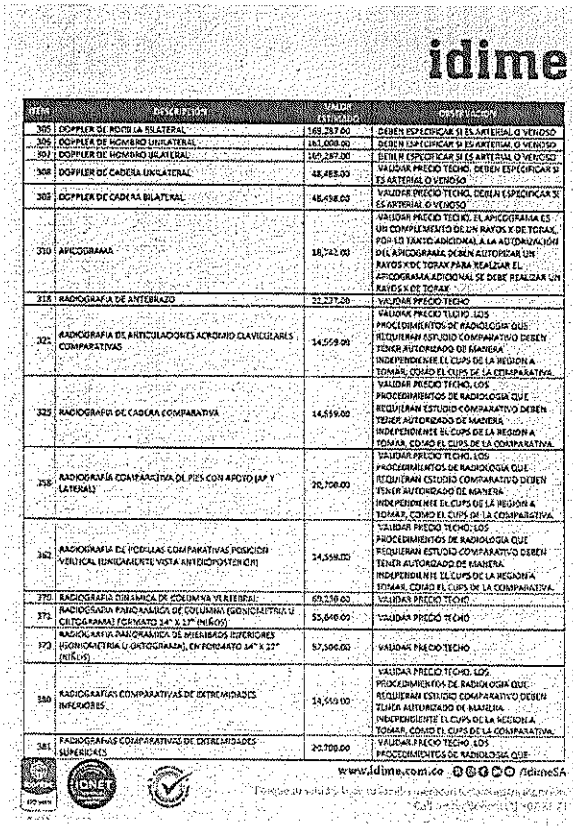
www.idime.com.co idimeSA



idime

ITEM	DESCRIPCION	VALOR ESTIMADO	OBSERVACION
234	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	52.074,00	VALIDAR PRECIO TECHO
235	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	52.074,00	VALIDAR PRECIO TECHO
236	ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL)	52.074,00	VALIDAR PRECIO TECHO
239	ECOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	41.357,00	VALIDAR PRECIO TECHO
240	ECOGRAFIA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	31.256,00	VALIDAR PRECIO TECHO
242	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	52.074,00	VALIDAR PRECIO TECHO
245	ECOGRAFIA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	41.357,00	VALIDAR PRECIO TECHO
244	ECOGRAFIA DE TORAX: PERICARDIO O PLEURA	40.080,00	VALIDAR PRECIO TECHO
246	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA Y FETAL	123.022,00	VALIDAR PRECIO TECHO, CUANDO SE TRATE DE EMBARAZO MULTIPLE SE FACTURA UNA POR CADA FETO.
247	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	30.921,00	VALIDAR PRECIO TECHO, CUANDO SE TRATE DE EMBARAZO MULTIPLE SE FACTURA UNA POR CADA FETO.
249	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL	23.917,00	VALIDAR PRECIO TECHO
250	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	39.563,00	VALIDAR PRECIO TECHO
252	ECOGRAFIA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	41.357,00	VALIDAR PRECIO TECHO
253	ECOGRAFIA DE CUELLO	41.357,00	VALIDAR PRECIO TECHO
259	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CARA	52.074,00	VALIDAR PRECIO TECHO
261	ECOGRAFIA DE PIEL O ANEXOS	52.000,00	VALIDAR PRECIO TECHO
268	ECOGRAFIA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA	123.022,00	VALIDAR PRECIO TECHO, CUANDO SE TRATE DE EMBARAZO MULTIPLE SE FACTURA UNA POR CADA FETO.
278	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFERICOS (DEL CUELLO	120.414,00	VALIDAR PRECIO TECHO
287	ECOGRAFIA TESTICULAR CON ANALISIS DOPPLER	62.460,00	VALIDAR PRECIO TECHO
288	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL PENE	299.000,00	VALIDAR PRECIO TECHO
289	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL PENE SIMPLE	62.367,00	VALIDAR PRECIO TECHO
292	ECOGRAFIA PELVICA CON ANALISIS DOPPLER A COLOR	75.367,00	VALIDAR PRECIO TECHO
293	DOPPLER DE MIEMBRO UNILATERAL	161.000,00	DEBEN ESPECIFICAR SI ES ARTERIAL O VENOSO
295	DOPPLER DE MIEMBRO BILATERAL	321.052,00	VALIDAR PRECIO TECHO, DEBEN ESPECIFICAR SI ES ARTERIAL O VENOSO
296	DOPPLER DE PIE UNILATERAL	80.521,00	VALIDAR PRECIO TECHO, DEBEN ESPECIFICAR SI ES ARTERIAL O VENOSO
297	DOPPLER DE PIE BILATERAL	121.052,00	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	121.052,00	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	121.052,00	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	121.052,00	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

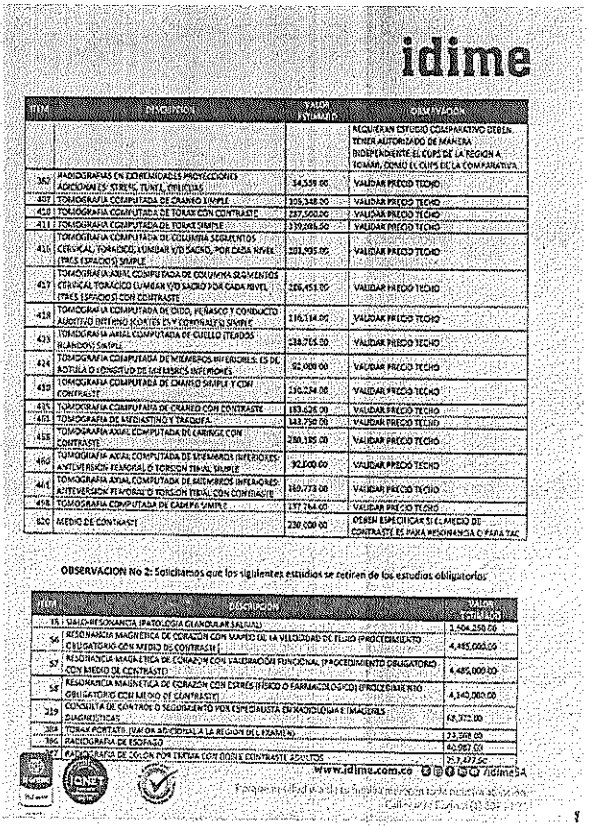
www.idime.com.co idimeSA



idime

ITEM	DESCRIPCION	VALOR ESTIMADO	OBSERVACION
305	DOPPLER DE NORTLA 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	48,468.00	VALIDAR PRECIO TECHO. DEBEN ESPECIFICAR SI ES ARTERIAL O VENOSO
309	DOPPLER DE CADERA BILATERAL	48,468.00	VALIDAR PRECIO TECHO. DEBEN ESPECIFICAR SI ES ARTERIAL O VENOSO
310	APICOGRAMA	18,542.00	VALIDAR PRECIO TECHO. EL APICOGRAMA ES UN COMPLEMENTO DE LOS RAYOS X DE TORAX, POR LO TANTO ADICIONAL A LA AUTORIZACIÓN DEL APICOGRAMA, DEBEN AUTOPEDIR UN RAYOS X DE TORAX PARA REALIZAR EL APICOGRAMA ADICIONAL SE DEBE REALIZAR UN RAYOS X DE TORAX
315	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO	21,237.00	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
323	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	RADIOGRAFIA 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	69,258.00	VALIDAR PRECIO TECHO
372	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (SONOMETRIA U ORTOGRAMA) FORMATO 24" X 17" (NIÑOS)	55,646.00	VALIDAR PRECIO TECHO
373	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (SONOMETRIA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 24" X 17" (NIÑOS)	57,506.00	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

www.idime.com.co idimeSA



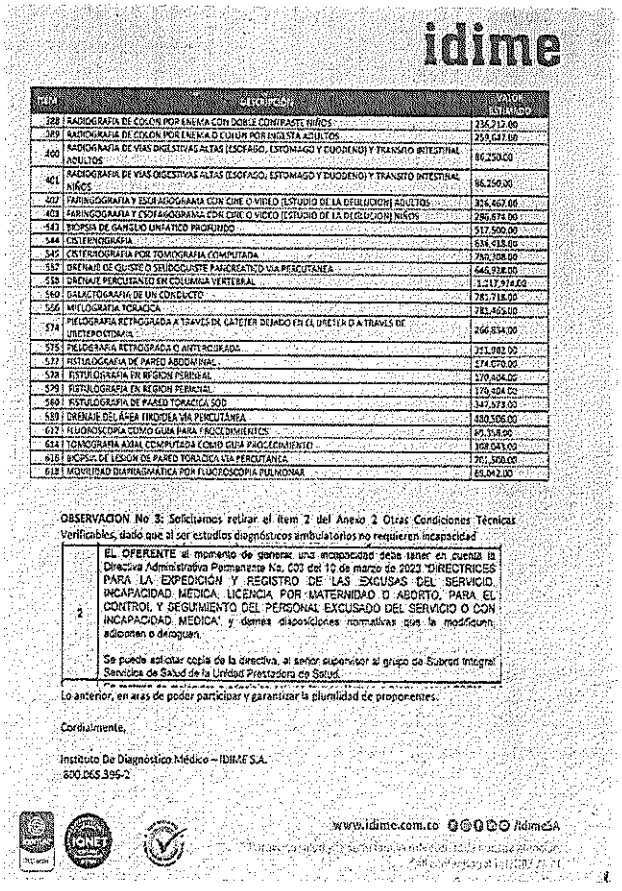
idime

ITEM	DESCRIPCION	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
397	RADIOGRAFIAS EN ESTEREOTACTICAS PROYECCIONES ADICIONALES (STEREO, TUNEL, OBLICUAS)	34,559.00	VALIDAR PRECIO TECHO
407	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE	209,348.00	VALIDAR PRECIO TECHO
410	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX CON CONTRASTE	237,500.00	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	201,935.00	VALIDAR PRECIO TECHO
417	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL TORACICO LUMBAR Y/O SACRO POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS) CON CONTRASTE	226,453.00	VALIDAR PRECIO TECHO
418	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE OIDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO (CORTES FINOS) SIMPLE	116,134.00	VALIDAR PRECIO TECHO
419	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CUELLO (TEJIDOS BLANDOS) SIMPLE	138,705.00	VALIDAR PRECIO TECHO
424	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES: ES DE ROTULA O CONDILO DE MIEMBROS INFERIORES	92,000.00	VALIDAR PRECIO TECHO
429	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE Y CON CONTRASTE	230,234.00	VALIDAR PRECIO TECHO
430	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO CON CONTRASTE	183,626.00	VALIDAR PRECIO TECHO
433	TOMOGRAFIA DE MEDIASTINO Y TRAQUEA	183,750.00	VALIDAR PRECIO TECHO
458	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CARINGE CON CONTRASTE	238,185.00	VALIDAR PRECIO TECHO
464	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES: ANTEVERSION FEMORAL O TORSION TIBIAL SIMPLE	92,000.00	VALIDAR PRECIO TECHO
465	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES: ANTEVERSION FEMORAL O TORSION TIBIAL CON CONTRASTE	160,773.00	VALIDAR PRECIO TECHO
498	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CADERA SIMPLE	137,764.00	VALIDAR PRECIO TECHO
626	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	DESCRIPCION	VALOR ESTIMADO
55	RESONANCIA MAGNETICA DE CORAZON CON MAPEO DE LA VELOCIDAD DE FLUJO (PROCEDIMIENTO OBLIGATORIO CON MEDIO DE CONTRASTE)	3,504,250.00
56	RESONANCIA MAGNETICA DE CORAZON CON VALORACION FUNCIONAL (PROCEDIMIENTO OBLIGATORIO CON MEDIO DE CONTRASTE)	4,485,000.00
57	RESONANCIA MAGNETICA DE CORAZON CON ESTRES FISICO O FARMACOLOGICO (PROCEDIMIENTO OBLIGATORIO CON MEDIO DE CONTRASTE)	4,485,000.00
58	RESONANCIA MAGNETICA DE CORAZON CON ESTRES FISICO O FARMACOLOGICO (PROCEDIMIENTO OBLIGATORIO CON MEDIO DE CONTRASTE)	4,340,000.00
219	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS	69,372.00
304	TORAX PORTATIL (VALOR ADICIONAL A LA REGION DE L TORAX)	23,958.00
386	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	40,082.00
387	RADIOGRAFIA DE COLON POR TINTAS CON DOBLE CONTRASTE ADULTOS	257,477.00

www.idime.com.co idimeSA



idime

ITEM	DESCRIPCION	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	316,667.00
403	FARINGOGRAFIA Y ESOFAGOGRAMA CON CINE O VIDEO (ESTUDIO DE LA DEGLUCION) NIÑOS	286,674.00
443	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO PROFUNDO	517,500.00
544	CISTERNOGRAFIA	634,418.00
545	CISTERNOGRAFIA POR TOMOGRAFIA COMPUTADA	760,308.00
557	DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREATICO VIA PERCUTANEA	646,918.00
558	DRENAJE PERCUTANEO EN COLUMNA VERTEBRAL	1,217,974.00
560	GALACTOGRAFIA DE UN CONDUCTO	781,718.00
566	MIELOGRAFIA TORACICA	781,405.00
574	PIELOGRAFIA RETROGRADA A TRAVES DE CATETER DEJADO EN EL URETER O A TRAVES DE URETEROSTOMIA	266,854.00
575	PIELOGRAFIA RETROGRADA O ANTERIORIZADA	251,982.00
577	FISTULOGRAFIA DE PARED ABDOMINAL	574,070.00
578	FISTULOGRAFIA EN REGION PERINEAL	170,404.00
579	FISTULOGRAFIA EN REGION PERINEAL	170,404.00
580	FISTULOGRAFIA DE PARED TORACICA SOD	347,673.00
589	DRENAJE DEL AREA HEPATICA VIA PERCUTANEA	480,506.00
617	FLUOROSCOPIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS	69,318.00
614	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA COMO GUIA PROCEDIMIENTO	108,043.00
616	BIOPSIA DE LESION DE PARED TORACICA VIA PERCUTANEA	701,500.00
618	MOVILIDAD DIAFRAGMATICA POR FLUOROSCOPIA 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 EXPEDICION Y REGISTRO DE LAS EXCUSAS DEL SERVICIO, INCAPACIDAD MEDICA, LICENCIA, POR MATERNIDAD O ABORTO, PARA EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PERSONAL EXCUSADO DEL SERVICIO O CON INCAPACIDAD MEDICA", y demas 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

www.idime.com.co idimeSA

Una vez verificada las observaciones de cada uno de los oferentes, los estructuradores mediante comunicado oficial No. GS-2026-003552-REGI3 de fecha 02 de marzo del año 2026; da aclaración y respuesta a cada una de ellas.

Atentamente,

Teniente Coronel **GILBERTO GUTIERREZ BOTELLO**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 3

Elaborado por: **SI. Luis Gabriel Pérez Barreto**
Analista Grupo Contratos RASES No. 3

Revisado por: **SI. Yuliet Liseth Marín Vargas**
Jefe Grupo Contratos RASES No. 3

Revisado por: CPS. **Nelson Raúl Figueroa Peñaloza**
Asuntos Jurídicos RASES No. 3

Revisado por: **CT. Camilo Andres Baron Trujillo**
Jefe Área Logística y Financiera RASES N°3

Fecha de elaboración: 02/03/2026
Ubicación: C:\Users\luis.perezb\Documents\Contratos RASES 2026\01. Procesos de Menor Cuantía\01. Proceso imágenes y Resonancia DERIS

Calle 94 Sector Villa Olímpica, Frente a Expofuturo
Teléfono: 3402442 Ext. 8307
deris.rase3-gco@policia.gov.co
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA