ACTA DE EVALUACIÓN TÉCNICA PARA PRESTAR LOS SERVICIOS DE SALUD PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN TOMA E INTERPRETACION DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS 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: 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.	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://ies.avantagepacs.com.
- 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 **CIENTO OCHENTA MILLONES DE PESOS M/CTE. ($180.000.000).**

Dada en Popayán, a los doce (12) días del mes de mayo del 2026.

Dra. YINA ANDREA ROMERO IMBACHI
Subdirectora Científica

ANEXO 1. TARIFAS POR EVENTO

CÓDIGO NORMATIVIDAD VIGENTE RES 2775-2022-CUPS	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	TARIFA 2026	OBSERVACIONES
87.0.0.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE CRÁNEO**		
870001	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO SIMPLE	$ 32.191	
870003	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO	$ 21.708	
870004	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA	$ 29.573	
870005	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	$ 42.164	
870006	RADIOGRAFÍA DE PEÑASCOS	$ 42.164	
870007	RADIOGRAFÍA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	$ 42.164	
87.0.1.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE CARA O HUESOS FACIALES**		
870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA)	$ 29.573	
870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS	$ 29.753	
870103	RADIOGRAFÍA DE AGUJEROS ÓPTICOS	$ 29.753	
870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR	$ 29.573	
870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO	$ 29.573	
870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES	$ 29.573	
870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES	$ 29.753	
870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	$ 29.573	
870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	$ 29.753	
870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]	$ 29.753	
87.0.6.	**RADIOLOGIA GENERAL DE CUELLO**		
870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	$ 32.963	
870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO	$ 32.963	
870603	RADIOGRAFÍA DE FARINGE [FARINGOGRAFÍA]	$ 32.963	
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	$ 36.074	
871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL	$ 36.074	
871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA	$ 35.310	
871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	$ 35.310	
871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA	$ 44.000	
871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX	$ 35.520	
871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS	$ 27.256	
87.1.1.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE TORAX**		
871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL	$ 30.984	
871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN	$ 28.307	
871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	$ 30.984	
871129	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	$ 28.307	
87.2.0.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE ABDOMEN**		
872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE	$ 36.548	
872011	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	$ 48.515	
872101	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL CONVENCIONAL	$ 177.972	**TARIFA PROPIA** - AUTORIZAR MEDIO DE CONTRASTE
872102	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE	$ 217.951	**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]	$ 22.091	
87.3.1.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE EXTREMIDADES SUPERIORES**		
873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO	$ 28.629	
873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA	$ 22.091	
873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO	$ 28.629	
873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO	$ 22.091	
87.3.2.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE ARTICULACIONES EN MIEMBRO SUPERIOR**		
873202	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS	$ 12.657	
873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO	$ 28.629	
873205	RADIOGRAFÍA DE CODO	$ 22.091	
873206	RADIOGRAFÍA DE PUÑO O MUÑECA	$ 22.091	
873210	RADIOGRAFÍA DE MANO	$ 22.091	
87.3.3.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE EXTREMIDADES INFERIORES**		
873303	RADIOGRAFÍA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)	$ 12.657	
873311	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN FEMORAL	$ 36.007	
873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP, LATERAL)	$ 28.629	
873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)	$ 28.629	
873314	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN TIBIAL	$ 28.629	

873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	$ 22.091	
873335	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO (AXIAL Y LATERAL)	$ 22.091	
873340	RADIOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	$ 28.629	
87.3.4.	**RADIOLOGÍA GENERAL DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR**		
873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	$ 27.256	
873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA	$ 12.657	
873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL)	$ 28.629	
873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	$ 12.657	
873423	RADIOGRAFÍA TANGENCIAL O AXIAL DE RÓTULA	$ 36.592	
873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	$ 22.091	
873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	$ 12.657	
873444	RADIOGRAFÍAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)	$ 12.657	
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	$ 82.175	AUTORIZAR MEDIO DE CONTRASTE
877862	URETROCISTOGRAFÍA MICCIONAL	$ 114.875	AUTORIZAR MEDIO DE CONTRASTE
877863	URETROCISTOGRAFÍA RETRÓGRADA	$ 114.875	AUTORIZAR MEDIO DE CONTRASTE
87.6.8.	**MAMOGRAFÍA**		
876801	MAMOGRAFÍA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRÚRGICA	$ 87.889	
876802	MAMOGRAFÍA BILATERAL	$ 111.193	
87.9.	**TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC)**		
87.9.1.	**TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC) DE CABEZA, CARA Y CUELLO**		
879111	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE	$ 147.616	
879112	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO CON CONTRASTE	$ 161.922	
879113	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE Y CON CONTRASTE	$ 185.384	
879116	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPÓFISIS)	$ 162.035	
879121	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ÓRBITAS	$ 125.947	
879122	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE OIDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	$ 162.035	
879131	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA	$ 162.035	
879132	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE RINOFARINGE	$ 162.035	
879150	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	$ 161.929	
879161	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CUELLO	$ 137.310	
879162	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE LARÍNGE	$ 137.310	
87.9.2.	**TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC) DE COLUMNA**		
879201	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)	$ 98.773	
879205	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, COMPLEMENTO A MIELOGRAFÍA (CADA SEGMENTO)	$ 137.310	
87.9.3.	**TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC) DE TORAX**		
879301	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX	$ 153.616	
879391	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX EXTENDIDO AL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES	$ 200.542	
87.9.4.	**TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC) DE ABDOMEN Y PELVIS**		
879410	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR	$ 174.029	
879420	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (**ABDOMEN TOTAL**)	$ 202.109	
879421	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CADERA	$ 137.310	
879430	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VÍAS URINARIAS [**UROTAC**]	$ 479.868	**TARIFA PROPIA**
879431	UROGRAFÍA CON TOMOGRAFÍA COMPUTADA	$ 354.300	**TARIFA PROPIA**
879460	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE PELVIS	$ 137.310	
87.9.5.	**TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC) DE EXTREMIDADES**		
879510	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES	$ 125.947	
879520	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES	$ 125.947	
879522	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSION FEMORAL O TORSIÓN TIBIAL)	$ 47.770	SE DEBE AUTORIZAR EL CUPS 879520 Y 879522
879523	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES DE RÓTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES)	$ 47.770	SE DEBE AUTORIZAR EL CUPS 879520 Y 879523
87.9.9.	**OTROS ESTUDIOS CON TOMOGRAFIA COMPUTADA**		
879901	TOMOGRAFÍA DE VASOS (**ANGIOTACS**)	$ 803.122	**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	$ 214.004	
88.3.	**RESONANCIA MAGNÉTICA**		
88.3.1.	**RESONANCIA MAGNÉTICA DE CABEZA, CARA Y CUELLO**		
883101	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO	$ 556.778	
883102	RESONANCIA MAGNÉTICA DE BASE DE CRANEO O SILLA TURCA	$ 556.778	
883103	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS	$ 556.778	
883105	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	$ 426.852	
883108	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PARES CRANEANOS	$ 417.048	
883109	RESONANCIA MAGNÉTICA DE OIDOS	$ 556.778	
883110	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SENOS PARANASALES O CARA	$ 556.778	
883111	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CUELLO	$ 556.778	
88.3.2.	**RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA VERTEBRAL Y CANAL ESPINAL**		
883210	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE	$ 556.778	
883220	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA SIMPLE	$ 556.778	
883230	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE	$ 556.778	
883232	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN SACROILÍACA SIMPLE	$ 556.778	
883234	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA SIMPLE	$ 556.778	
88.3.3.	**RESONANCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX**		
883301	RESONANCIA MAGNÉTICA DEL TÓRAX	$ 556.778	
88.3.4.	**RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN Y PELVIS**		
883401	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN	$ 556.778	
883430	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍAS BILIARES	$ 417.048	
883440	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PELVIS	$ 556.778	
883434	COLANGIORESONANCIA	$ 417.048	
88.3.5.	**RESONANCIA MAGNÉTICA DE EXTREMIDADES**		
883511	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO SUPERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	$ 426.852	
883512	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (ESPECÍFICO)	$ 426.852	
883521	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	$ 426.852	
883522	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECÍFICO)	$ 426.852	
883560	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLEJO BRAQUIAL	$ 417.048	
883902	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SITIO NO ESPECIFICADO	$ 794.352	**TARIFA PROPIA:** APLICA PARA RESONANCIA DE GLUTEOS SI LA ENTIDAD ASEGURADORA LO AUTORIZA
883908	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VASOS (ANGIORESONANCIA)	$ 794.352	**TARIFA PROPIA:** APLICA PARA ANGIORRESONANCIA DE **CEREBRO** - ANGIORESONANCIA DE **CUELLO.**
	MEDOS DE CONTRASTE		
11113018	Iohexol - Omniempaque 300mg* Solución Inyectable x 100 ml	$ 198.521	
11113004	Iohexol 300mg de Yodo ml Solución Inyectable x 50 ml	$ 99.261	
11119015	Acido Gadoterico Clariscan 0.05 mmol/mlfrasco x 15 ml	$ 109.856	