Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	ESTUDIOS PREVIOS DE BIENES Y SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-01-06
		VERSIÓN: 6
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 2
		FECHA: 22/05/2020

FECHA DE SOLICITUD D/M/A	13/01/2021	FECHA DE RECIBIDO D/M/A	

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE:	RICARDO ROJAS HIGUERA	
PROCESO:	SUBGERENCIA DE PRESTACION DE SERVICIOS (E)	
CORREO ELECTRÓNICO Y TELÉFONO:	subservicios@subrednorte.gov.co	
NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO PERFIL O CARGO	DIRECTOR DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	PAA (X) PROYECTO ( )

OBJETO A CONTRATAR

Contratar la Prestación de servicios asistenciales de cirugía vascular periférica, endovascular y hemodinamia, que incluya los insumos necesarios y el recurso humano idoneo que permitan realizar los exámenes y procedimientos de apoyo Diagnóstico y/o tratamiento de tipo invasivo, para la atención integral en pacientes hospitalizados, ambulatorios, consulta externa, y urgencias de acuerdo a la contratación vigente que la Subred Integrada de servicios de Salud Norte E.S.E tiene con los diferentes pagadores (EPS subsidiadas, contributivas y demás entidades), cuyo servicio deberá ser prestado en las instalaciones de la Unidad de servicios de salud Simón Bolívar.

JUSTIFICACIÓN DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR

La SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E. S. E., a fin de dar cumplimiento y en ejercicio de la función misional que le compete, requiere contratar la Prestación de servicios asistenciales de Cirugía Vascular Periférica, Endovascular y cardiología Hemodinámia, que permita realizar los exámenes y procedimientos de apoyo Diagnóstico y/o terapeúticos de tipo invasivo, para la atención integral en pacientes hospitalizados, ambulatorios, consulta externa, y urgencias Por lo anterior y con el fin de garantizar la adecuada y oportuna prestación del servicio a los usuarios, se dirige la presente Convocatoria a personas naturales, jurídicas, consorcios o uniones temporales, la cual se efectúa mediante publicación en página web, de acuerdo con las normas vigentes establecidas para la Empresas Social del Estado, arriba identificadas, dando cumplimiento a los postulados y principios contractuales de la función pública y demás normas aplicables, en especial los de publicidad y transparencia.
La Organización Mundial de la Salud establece que alcanzar el grado máximo de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, y que por consiguiente los Estados deben crear las condiciones, instituciones y políticas que le permitan a toda la población acceder a este derecho. Es así como en Colombia la Constitución política en su "Artículo 49 señala . *"La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad".*
Principio fundamental que busca cumplirse a través de la expedición de la Ley 100 de 1993, la cual, en su artículo 195 establece el régimen jurídico de las Empresas Sociales del Estado, como una categoría especial de entidad publica descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, quienes a través de un régimen de contratación de derecho privado, procuran una gestión más ágil que permita dar respuesta oportuna a las necesidades de toda una población bajo el postulado de hacer una efectiva y eficiente garantía al Derecho a la Salud y saneamiento ambiental, poniendo de plano en forma clara la primacía de la vida humana sobre cualquier formalidad normativa.
Dado lo anterior y teniendo en cuenta que en la actualidad la SUBRED NORTE tiene suscrito un contrato de Comodato para la entrega de equipos para prestación de servicios de Hemodinamia con la Empresa SOLUCIONES MEDICAS ESPECIALIZADAS SYS S.A.S., cuya vigencia va hasta el 30 de mayo de 2021, en cumplimiento con la Resolución No. 1200 de 2017 "Por el cual se adopta el Manual de Contratación", se procede bajo la causal de casos especiales de contratación directa a realizar invitación directa al precitado contratista como quiera que la figura de comodato se presenta acuerdo accesorio de un contrato principal y así garantizar la prestación de servicios asistenciales de cirugía vascular periférica, endovascular y hemodinamia.

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO A CONTRATAR

ITEM	NOMBRE / DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	PROMEDIO CONSUMO MENSUAL	ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	OBSERVACIÓN	P.A.A.
1	CONSULTA E INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA	45	consulta	a demanda	CONSULTA		
2	AORTOGRAMA TORACICO	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
3	AORTOGRAMA ABDOMINAL	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
4	ARTERIOGRAFIA CORONARIA	3	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
5	ARTERIOGRAFIA PULMONAR BILATERAL SELECTIVA	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
6	ARTERIOGRAFIA TORACICA DE ARTERIA MAMARIA INTERNA	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
7	ARTERIOGRAFIA PULMONAR BILATERAL CON CATETERISMO DERECHO	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
8	CATETERISMO CARDIACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZON MAS ARTERIOGRAFIA CORONARIA	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
9	CATETERISMO COMBINADO DE LOS LADOS DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZÓN MAS ARTERIOGRAFIA CORONARIA	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
10	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANIA UNO O DOS VASOS	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
11	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) MAS DE DOS VASOS	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		

14.1.21

12	INSERCION DE MARCAPASO TRANSVENOSO TEMPORAL (TRANSITORIO) O IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS INCLUYE VENOCAVOGRAFIA Y VENOGRAFRIA FEMORAL	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
13	ANGIOPLASTIA CORONARIA (INCLUYE COLOCACION DE MARCAPASOS Y CORONARIOGRAFIA POST ANGIOPLASTIA INMEDIATA)	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
14	REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR VIA ENDOVASCULAR. (CIA-FORAMEN OVAL PERMEABLE)	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
15	TROMBECTOMIA PERCUTANEA ARTERIA PULMONAR. + CATETERISMO CARDIACO DERECHO+ARTERIOGRAFIA PULMONAR.	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
	VASCULAR PERIFERICA						
22	ANGIOPLASTIA ARTERIA VERTEBRAL, CON PRÓTESIS (STENT) O INJERTO(S) PROTÉSICO (S)	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
23	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA CON BALON DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO, CON PRÓTESIS (STENT) O INJERTO(S) PROTÉSICO (S)	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
24	ANGIOPLASTIA CON BALON DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES CON PRÓTESIS (STENT)	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
25	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS ABDOMINALES CON BALON CONVENCIONAL	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
26	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS ABDOMINALES, CON PRÓTESIS (STENT)	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
27	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE ARTERIA MESENTERICA CON BALON Y PROTESIS STENT	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
28	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS INFERIORES, CON BALON Y PROTESIS STENT	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
29	AORTOGRAMA ABDOMINAL MAS ESTUDIO DE MIEMBROS INFERIORES	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
30	ARTERIOGRAFIA CAROTIDA BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA CON AORTOGRAMA (PANANGIO)	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
31	ARTERIOGRAFIA SELECTIA TORACICA DE OTROS VASOS (ARTERIOGRAFIA RENAL)	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
32	ANGIOGRAFIA DE VENAS CAVAS O CAVOGRAFIA	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
33	ARTERIOGRAFIA DE VASOS ABDOMINALES (SELECTIVA MESENTERICA)	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
34	ARTERIOGRAFÍA DE LA ARTERIA GASTRODUODENAL, TRONCO CELIACO O MESENTÉRICA SUPERIOR O INFERIOR	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
35	ARTERIOGRAFIA PERIFERICA DE MIEMBROS SUPERIORES BILATERAL CON AORTOGRAMA TORACICO	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
36	FLEBOGRAFIA DE MIEMBROS SUPERIORES	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
37	FLEBOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
38	OCLUSION DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES POR VIA ENDOVASCULAR (SISTEMA DE EMBOLIZACION)	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
39	OCLUSIÓN DE VASOS TORÁCICOS POR VÍA ENDOVASCULAR	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
40	OCLUSIÓN DE ARTERIAS ABDOMINALES POR VÍA ENDOVASCULAR	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
41	OCLUSIÓN DE VENAS ABDOMINALES POR VÍA ENDOVASCULAR	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
42	OCLUSIÓN DE VENAS INTRAABDOMINALES POR VÍA ENDOVASCULAR	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
43	OCLUSIÓN DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES POR VÍA ENDOVASCULAR	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
44	OCLUSIÓN DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES POR VÍA ENDOVASCULAR	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
45	OCLUSIÓN DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO POR VIA ENDOVASCULAR	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
46	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL EN ZONA I Y III DEL CUELLO	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
47	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL EN ZONA II DEL CUELLO	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		

48	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA EN ZONA I Y III DEL CUELLO	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
49	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA EN ZONA II DEL CUELLO	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
50	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
51	OCLUSIÓN DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO POR VÍA ENDOVASCULAR	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
52	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS AXILARES	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
53	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA EN BRAZO O ANTEBRAZO	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
54	OCLUSION PINZAMIENTO OLIGADURA DE VASOS EN BRAZO O ANTEBRAZO	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
55	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES UNA O MAS (SELECTIVAS)	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
56	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS INTRAABDOMINALES UNA O MAS(SELECTIVAS)	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
57	OCLUSION O PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL SUPRAPATELAR	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
58	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL INFRAPATELAR	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
59	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA PROFUNDA SUPRAPATELAR	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
60	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA PROFUNDA INFRAPATELAR	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
61	PANANGIOGRAFIA CEREBRAL	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
62	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE ZONA I Y III DE CUELLO	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
63	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE ZONA II DE CUELLO	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
64	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE ZONA I Y III DE CUELLO	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
65	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE ZONA II DE CUELLO	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
66	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIA AXILAR	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
67	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE BRAZO O ANTEBRAZO	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
68	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA AXILAR		procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
69	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE BRAZO O ANTEBRAZO	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
70	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES VIA ABIERTA	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
71	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS ABDOMINALES VIA ABIERTA	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
72	TROMBOEMBOLECTOMIA SUPRAPATELAR DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES	3	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
73	TROMBOEMBOLECTOMIA INFRAPATELAR DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
74	TROMBOEMBOLECTOMIA SUPRAPATELAR VENOSA PROFUNDA	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
75	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA SUPERFICIAL EN MIEMBROS INFERIORES	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
76	ENDARTERECTOMIA DE CAROTIDA INTERNA PORCION CERVICAL	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
77	ENDARTERECTOMIA DE VASOS DE BRAZO O ANTEBRAZO	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
78	ENDARTERECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
79	ENDARTERECTOMIA CELIACA O MESENTERICA	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
80	ENDARTERECTOMIA AORTOILIACA	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
81	ENDARTERECTOMIA RENAL	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		

82	ENDARTERECTOMIA AXILAR	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
83	ENDARTERECTOMIA SUPRAPATELAR	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
84	ENDARTERECTOMIA INFRAPATELAR	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
85	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIAS DE MMII	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
86	RESECCION CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS DE VASOS DE LA ZONA I Y III DE CUELLO	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
87	RESECCION CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS DE VASOS DE LA ZONA II DE CUELLO	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
88	RESECCION EN BRAZO O ANTEBRAZO CON INTERPOCISION DE INJERTO O PROTESIS	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
89	RESECCION CON SUSTITUCION DE AORTA ABDOMINAL	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
90	RESECCION CON SUSTITUCION DE ARTERIAS ABDOMINALES	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
91	RESECCION CON SUSTITUCION DE VENAS ABDOMINALES	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
92	RESECCION ARTERIAL SUPRAPATELAR CON INJERTO ANTOLOGO O PROTESIS	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
93	RESECCION ARTERIAL INFRAPATELAR CON INJERTO ANTOLOGO O PROTESIS	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
94	RESECCION CON ANASTOMOSIS TT EN BRAZO O ANTEBRAZO	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
95	RESECCION CON ANASTOMOSIS TT DE ARTERIAS ABDOMINALES	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
96	RESECCION CON ANASTOMOSIS TT DE VENAS ABDOMINALES	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
97	TOMA DE INJERTO VENOSO SOD	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
98	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL)(VENOSO) VIA ABIERTA	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
99	LIGADURA Y ESCISION DE VENAS VARICOSAS DE MIEMBROS INFERIORES	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
100	DERIVACION PORTO CAVA	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
101	DERIVACIÓN PORTO SISTÉMICA TRANSYUGULAR INTRAHEPATICA	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
102	DERIVACION PUENTE AORTO SUBCLAVIO	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
103	DERIVACION AORTO RENAL POR INJERTO EN Y O DE AORTA EN LAS DOS ARTERIAS RENALES	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
104	DERIVACION AORTOFEMORAL	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
105	DERIVACION AORTO ILIACA	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
106	DERIVACION O PUENTE ILIOFEMORAL	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
107	FORMACION DE FISTULA AV (PERIFERICA) PARA DIALISIS RENAL	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
108	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO PERONEAL	3	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
109	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO POPLITEO	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
110	DERIVACION AORTO POPLITEA	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
111	DERIVACION AORTOCAROTIDEA	1	procedimiento	a demanda	CX VASCULAR		
112	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO TIBIAL	1	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		
113	RECONSTRUCCION DE ARTERIA INTRAABDOMINAL POR MEDIO DE INJERTO INCLUYE DERIVACIONES AORTO FEMORAL Y AORTO ILIACA CON HOMOINJERTO O INJERTO SINTETICO SIMPLE O EN Y	1	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		
114	CIERRE DE FISTULA ARTERIOVENOSA VIA ABIERTA	1	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		
115	REPARO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA CON SISTEMA ILIAC BRANCH	1	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		

116	ANEURISMECTOMIA DE AORTA INTRAABDOMINAL INCLUYE RESECCION CON INJERTO EN PARCHE	1	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		
117	EXPLORACION DE ARTERIA AXILAR	1	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		
118	EXPLORACION DE ARTERIA DE BRAZO O ANTEBRAZO	1	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		
119	EXPLORACION DE ARTERIAS DE MIEMBROS SUPERIORES	1	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		
120	EXPLORACION DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	1	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		
121	EXPLORACION DE VASOS TORACICOS POR ESTERNOTOMIA	1	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		
122	EXPLORACION ARTERIAL SUPRAPATELAR	1	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		
123	EXPLORACION ARTERIAL INFRAPATELAR	1	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		
124	EXPLORACION DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	1	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		
125	LIGADURA (OBLITERACION) EN EL AREA ILIACA SOD	1	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		
126	LIGADURA Y ESCISION INFRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS	1	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		
127	LIGADURA Y ESCISION SUPRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS	1	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		
128	LIGADURA Y ESCISION DE SAFENA INTERNA	1	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		
129	LIGADURA Y ESCISION DE SAFENA EXTERNA	3	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		
130	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICO DE MUSCULOS TENDONES Y FACIA EN PIERNA	1	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		
131	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QX DE MUSCULOS Y TENDONES Y FASCIAS DE PIE Y ANTEPIE	1	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		
132	AMPUTACION DESARTICULARCION DE ANTEPIE	1	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		
133	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE DOS A CINCO CENTIMETROS CUADRADOS	1	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		
134	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE MAS DE CINCO CENTIMETROS CUADRADOS	1	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		
135	COLGAJO LOCAL SIMPLE DEL PIE DE MAS DE DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS	1	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		
136	FASCIOTOMIA EN PIERNA POR UNA O MAS INCISIONES	1	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		
137	ANASTOMOSIS VENOSA INTRAABDOMINAL	1	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		
138	DRENAJE DE COLECCIÓN RETROPERITONEAL VIA ABIERTA	1	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		
139	REPARACION DE FISTULA ARTERIOVENOSA POR LIGADURA, RESECCION O SUTURA	1	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		
140	ANEURISMECTOMIA INTRAABDOMINAL (EXCEPTO AORTA); INCLUYE ANEURISMA HIPOGÁSTRICO, EXTIRPACIÓN FÍSTULA ARTERIOVENOSA (PÉLVICA)	1	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		
141	ABLACION DE VARICES POR RADIOFRECUENCIA	1	procedimiento	a demanda	VASCULAR HEMOD		

¿Se anexa documento de detalle de descripción? SI__X__ NO____

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA OFERTA

TÉCNICOS (X)	ECONÓMICOS (X)	OTROS (X)	CUALES:

CRITERIOS TÉCNICOS ESPECIALES A SOLICITAR

En caso de ser necesario describa los aspectos técnicos y requisitos específicos a considerar para la evaluación y/o aceptación de una cotización o propuesta

Ver Anexo No 1 Descripcion de Requisitos Tecnicos

SE REQUIERE VISITA TÉCNICA

SI ( )	NO (X)

GARANTÍAS DEL CONTRATO

PATRIMONIO AUTÓNOMO ( )	PÓLIZA PAGO DE SALARIO, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES **(X)**	PÓLIZA CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE BIENES **( )**	PÓLIZA SERIEDAD DE LA OFERTA **( )**	PÓLIZA SEGURO DE MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS PARA PARTICULARES **( )**
GARANTÍA BANCARIA **( )**	PÓLIZA PROVISIÓN DE REPUESTOS , ACCESORIOS Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS **(X)**	PÓLIZA CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO **(X)**	PÓLIZA ESTABILIDAD DE OBRA **( )**	PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL **(X)**

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

GENERALES:

1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS.
2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO.
3. MANTENER DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA . EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD.
4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTIA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS .
5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACEN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.
6. PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN.
7. NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.
8. DAR CUMPLIMIENTO A LOS S PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN.
9. EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS.
10. ES OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA CONOCER, DIVULGAR Y APLICAR LA POLÍTICA AMBIENTAL ESTABLECIDA POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
11. LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

ESPECIFICAS

1. Dentro de los valores ofertados por cada procedimiento , deberan incluirse los insumos necesarios para la realizacion de los mismos. Estos insumos se describen con claridad en el anexo No 1 (El consumo y gasto de los elementos será sometido a auditoria concurrente por parte de la Subred Norte).

2. Verificar porque los médicos que desarrollarán los servicios, cumplan con las normas de diligenciamiento de la historia clínica, y demás registros establecidos por el sistema de seguridad social en salud, de acuerdo con las normas legales y jurídicas establecidas, de acuerdo con los principios y normas que la comunidad.
3. Ejecutar con plena autonomía técnica y científica el objeto contractual.
4. Construir y/o adaptar las guías de práctica clínica a partir de la guía de referencia institucional, las cuales deben ser entregadas actualizadas al 100% a la oficina de Calidad durante el primer mes del contrato.
5. Socializar las guías establecidas en el servicio a todos los responsables de la intervención, tratamiento, cuidado y rehabilitación de los usuarios. Lo anterior será objeto de verificación por la oficina de Calidad y de Talento Humano.Participar activamente en la vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que constituyan factor de riesgo para la población e informar sobre las enfermedades de notificación obligatoria.
6. Participar activamente en procesos de capacitación e investigación en el marco del sistema de gestión del conocimiento de la Subred.
7. Participar activamente en los procesos de calidad en concordancia con el sistema obligatorio de garantía de la calidad.
8. Participar activamente en el cumplimiento de los planes de mejoramiento de la prestación de servicios presentando los informes requeridos por el supervisor del contrato.
9. Diligenciar y llenar los diferentes formularios y registros estadísticos.
10. Responder PQR del servicio de hemodinamia.
11. El proveedor entregara listado certificado de elementos consumidos en cada procedimiento con firma y sello del médico cirujano vascular.
12. Adherencia a los planes, programas y procedimientos establecidos en la institución.Presentar mensualmente con la cuenta el informe de gestión del servicio, sobre las actividades desarrolladas y sobre los indicadores del servicio previamente acordados con el supervisor.
13. Humanización: El equipo debe dar un trato amable y respetuoso a compañeros y usuarios; respetar su privacidad y dignidad, así como guardar confidencialidad d sobre su estado de salud, respetando credos, raza y condición socio económica. Además se hará énfasis en el mejoramiento continuo con explicación clara y detallada del estado de salud tanto al paciente como a su familia y del procedimiento a realizar (consentimiento informado).
14. Seguridad del paciente: El servicio deberá adherirse al Programa de Seguridad establecido por la institución, para lo cual se aplicará una lista de chequeo de los procedimientos, con el fin de disminuir el número de complicaciones y la ocurrencia de eventos adversos.
15. Reportar en forma oportuna los eventos adversos que se presenten en el servicio, así como las complicaciones, eventos de fármaco y tecnovigilancia y en general situaciones de diferente índole relacionadas con la atención del servicio. Finalmente debe hacerse mediciones y análisis de las complicaciones suministrando información requerida por la Subred.
16. Diligenciar los diferentes formatos de la historia clínica que tenga la institución, con cumplimiento a la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud.

17. El oferente deberá presentar un informe estadístico mensual que será requisito para la presentación de la factura, la cual deberá ser presentada en los primeros diez días posteriores a la prestación del servicio
18. La Subred Norte no asume ninguna responsabilidad por el cuidado y custodia de los equipos con los que el contratista presta el servicio, como tampoco por los daños que por cuestiones inherentes al uso se les cause.
19. El contratista deberá garantizar la continuidad del servicio en caso de presentarse daños en equipos, en un término no mayor a seis horas.
20. El contratista deberá contar permanentemente con todos los insumos necesarios para una óptima prestación del servicio, incluido equipo de cómputo, estabilizadores, impresoras, pantallas, teclados, grabadoras y, en general, todo lo necesario para la prestación.
21. Realizar el registro de las complicaciones quirúrgicas y entregarlo al supervisor técnico del contrato, en un plazo estimado maximo de 24 horas.
22. Realizar el seguimiento al presupuesto asignado, con el fin de evitar sobrepasar este.

PLAZO ESTIMADO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO (en días o meses)

TRES MESES

CAUSALES DE RECHAZO DE UNA OFERTA

Firmas	**NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE:**	RICARDO ROJAS HIGUERA (E)	
	NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DE **HOSPITALIZACION ÁREA** Aprobó	LUIS FERNANDO ZULUAGA	
	NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DE CONTRATACIÓN: Reviso	MONICA BRIGETTE CELI RAMOS	

OBSERVACIONES:

CONTRATO DE COMODATO SUSCRITO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Y SOLUCIONES MEDICAS ESPECIALIZADAS S Y S S.A.S

Los suscritos, YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ , mayor de edad y vecino de esta ciudad, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.187.421 de Bogotá D.C., en su calidad de Gerente de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. con NIT: 900.971.006-4, de conformidad con el Decreto de Nombramiento No. 159 del 5 de abril de 2017 expedido por el Alcalde Mayor de Bogotá D.C. y Acta de Posesión de fecha 7 de abril de 2017, quien para efectos del presente Contrato de Comodato se denominará **EL COMODATARIO**, y por otra parte, **ANA LUCIA VILLALOBOS DE QUIROGA** , identificada con la **C.C No 41.362.459** de Bogotá , Representante legal de la Empresa **SOLUCIONES MEDICAS ESPECIALIZADAS SYS S.A.S** con NIT No **900.710.518-4** ,quien para efectos del presente contrato se denominará **EL COMODANTE**, hemos convenido celebrar el presente CONTRATO DE COMODATO O APOYO TECNOLÓGICO de EQUIPO MEDICO, previa las siguientes consideraciones: **a)** Mediante Acuerdo No. 641 del 6 de abril de 2016 , expedido por el Consejo de Bogotá D.C., se efectúa la reorganización del sector Salud de Bogotá D.C., se modifica el Acuerdo No. 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones. **b).** Que el Acuerdo No. 641 de 2016, fusionó, entre otras, las Empresas Sociales del Estado Usaquén, Chapinero, Suba, Engativá y Simón Bolívar en la Empresa Social del Estado denominada Subred Integrada de servicios de Salud Norte E.S.E. **c)** Que cada una de las 4 Empresas Sociales del Estado producto de la fusión, esto es, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. y Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., prestaran servicios integrales de salud de todos los niveles de complejidad y se articulan en una sola Red Integrada de Servicios de Salud Distrital. **d)** Que el Acuerdo NO. 641 de 2016, subrogó en las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión, las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado fusionadas. **e)** Que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE, como Empresa Social del Estado, constituye una categoría especial de entidad pública descentralizada del orden Distrital, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creada mediante Acuerdo No. 641 de 2016, adscrita a la secretaria Distrital de Salud, encargada de garantizar la promoción, protección, exigibilidad del derecho de salud a partir del reconocimiento de las realidades territoriales y diversidades poblacionales de todas y todos los habitantes de Bogotá D.C., por lo cual está sometida al régimen de la ley 100 de 1993 y sus modificaciones contenidas en la ley 1122 de 2007, 1438 de 2011, Acuerdo 17 de 1997 del Consejo de Bogotá, al Estatuto de Contratación adoptado por el Acuerdo NO. 024 del 20 de Septiembre de 2017 **f)** Que la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., en su condición de Empresa Social del Estado y en ejecución de su objeto social, debe adquirir bienes o servicios a través de contratos y para ello debe regirse por los Estatutos de la Empresa, en especial por el Acuerdo No. 024 del 20 de Septiembre del 2017, **g)** Considerando que en la actualidad no contamos con equipos con capacidad para responder con la prestación de nuestros servicios de salud a los usuarios en

CONTRATO DE COMODATO SUSCRITO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Y SOLUCIONES MEDICAS ESPECIALIZADAS S Y S S.A.S

concordancia con nuestra misión de ofrecer servicios integrales de salud con calidad, se hace imprescindible la contratación a través de COMODATO, y la posterior contratación de los insumos que para este fin se requieran , teniendo en cuenta las necesidades de la Subred y así brindar los tratamientos a nuestros usuarios con oportunidad y seguridad. h) Que producto de la Invitación a Cotizar No 92-2018 , se suscribió contrato de suministro No.137-2018 con la empresa SOLUCIONES MEDICAS ESPECIALIZADAS SYS S.A.S cuyo objeto es "*Contratar la prestación de servicios asistenciales de cirugía vascular periférica , endovascular y cardiología hemodinámia, para la subred integrada de servicios de salud norte, que permita realizar los exámenes y procedimientos de apoyo diagnóstico y/o tratamiento de tipo invasivo, para la atención integral en pacientes hospitalizados, ambulatorios, consulta externa y urgencias de acuerdo a la contratación vigente con los diferentes pagadores (eps subsidiadas, contributivas y demás entidades), cuyo servicio deberá ser prestado en las instalaciones de la unidad de servicios de Simón Bolivar*" el oferente que en su propuesta ofertó la entrega de ***EQUIPOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN EL ÁREA DE HEMODINÁMIA, EN LA MODALIDAD DE COMODATO,*** **PARÁGRAFO PRIMERO** Que por lo anterior, las partes acuerdan celebrar el presente contrato de Comodato cuyo objeto es la entrega en préstamo de uso de los siguientes:

1. **EQUIPOS**

EQUIPO	Referencia/serie	No.
Equipo Cios Alpha marca SIEMENS	12933	1
Table surgical c-arm -846,115v	N/A	1
Collar/ tiroides 5pb	JHD 053018-08-07-06	3
Delantal Plomado	REF: JHD 053018	6
Monitor Patien Edan Modelo M50	333036-M12702040063	1
AIRE ACONDICIONADO MARCA MABE	SERIE 18012321FC10029 MODELO MMT18CDBWCCC18	1
CONDESADORA PARA EL AIRE ACONDICIONADO MARCA MABE		1
UPS ENERGEX	ONL 6250	1

2. **HARDWARE REQUERIDO**

USS SIMON BOLIVAR

EQUIPO	MARCA	MODELO	CANTIDAD
IMPRESORA - ESCANER	MARCA EPSON	MODELO L 220	1
IMPRESORA MULTIFUNCIONAL	EPSON	L3110	1
COMPUTADOR DE ESCRITORIO	MARCA COMPAQ	MODELO CQ1-1008LA	1
COMPUTADOR DE ESCRITORIO	MARCAASUS HDMI	J3LMTF103294	1
TECLADO Y MOUSE - LOGITECG COMBO	LOGITECH	N/A	1
TECLADO Y MOUSE - LOGITECG COMBO	LOGITECH	SN1814MRO1ECD8-SN1812H500P4J8	

CONTRATO DE COMODATO SUSCRITO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. Y SOLUCIONES MEDICAS ESPECIALIZADAS S Y S S.A.S

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., se compromete con el COMODANTE a usar los equipos dados en comodato de manera exclusiva conforme a su objeto contractual a través de un contrato principal de servicios que se encuentre vigente. **CLAUSULA SEPTIMA-PROPIEDAD DE LOS EQUIPOS**: EL COMODATARIO, reconoce expresamente que los equipos objeto del presente contrato, son de propiedad única y exclusiva de EL COMODANTE y se compromete a no perseguir la titularidad del mismo, judicial o extrajudicialmente. **CLAUSULA OCTAVA-RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO DE LOS EQUIPOS:** EL COMODATARIO, se compromete a emplear el mayor cuidado en la conservación de los Equipos y por lo tanto se responsabiliza por todos los daños y perjuicios que sufran estos, a excepción del deterioro natural por uso, caso en cual, el COMODANTE asumirá los costos, de acuerdo a lo normado en los Artículos 2202, 2203, 2204 del C.C como también EL COMODATARIO se responsabilizara por los daños y perjuicios del uso, y operación inadecuada del equipo que pueda causar daños a terceros. **PARAGRAFO PRIMERO:** EL COMODATARIO será responsable de los daños del equipo relacionados en la cláusula primera, y por los perjuicios que se causen. También por descuido, mal uso, negligencia o dolo del personal del COMODATARIO. Así mismo, será responsable de la pérdida o robo de los mismos bajo cualquier circunstancia. **PARAGRAFO SEGUNDO:** En caso de destrucción total o pérdida del equipo o de sus partes y elementos relacionados en la cláusula primera por parte del COMODATARIO, este deberá pagar al COMODANTE, el valor comercial de los mismos, según se indique en el acta de Entrega de elementos dados en comodato y relacionados en el anexo objeto del valor comercial .**CLAUSULA NOVENA- MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS:** EL COMODANTE, se compromete a dar mantenimiento periódico preventivo, avalado por el área de ingeniería biomédica del COMODATARIO y todo caso este mantenimiento deberá hacerse con el proveedor que vendió el equipo médico al COMODATARIO. Esta obligación es a partir del vencimiento de la garantía por dicho proveedor EL COMODANTE se reserva el derecho de inspeccionar el estado y condiciones de los equipos cualquier día y hora hábil, de estas visitas se dejará constancia, y se harán las respectivas recomendaciones sobre el uso y manejo del mismo, y las exigencias pertinentes para su protección, cuidado y buen funcionamiento. Cuando haya lugar a reparaciones por mal manejo de los Equipos, EL COMODATARIO, asumirá los gastos de los repuestos y así mismo asumirá los costos de los elementos que se pierdan por mal manejo de los Equipos o de la técnica. Los repuestos serán facturados al precio vigente. Así mismo EL COMODANTE realizará capacitaciones periódicas en el manejo de los equipos con previa coordinación con el gestor de ingeniería biomédica de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. **CLAUSULA DECIMA- OBLIGACIONES DEL COMODATARIO:** Como contraprestación y reciprocidad para con EL COMODANTE, EL COMODATARIO, se compromete a cumplir con las siguientes obligaciones: 1.- Emplear los elementos relacionados en la cláusula primera del presente contrato, dando cumplimiento a las instrucciones

PARÁGRAFO SEGUNDO: La entrega de los bienes muebles antes citados y demás elementos relacionados, se hace a título de comodato o préstamo de uso y por consiguiente, no transfiere la propiedad sobre las mismas. Una vez realizada la entrega de los elementos descritos en la presente clausula, **EL COMODANTE** no la hace con la intención de transferir el dominio y tampoco **LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.** tendrá intención de adquirirlo. **PARÁGRAFO TERCERO:** Si durante la ejecución del contrato, con ocasión del desarrollo del presente contrato o a solicitud del COMODATARIO, el **COMODANTE** hace entrega de otros equipos o elementos, se deberá llevar acabo actas adicionales que harán parte integral del presente contrato. **CLAUSULA SEGUNDA.- ENTREGA:** Las partes reconocen que los EQUIPOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN EL ÁREA DE HEMODINÁMIA Y EL HARDWARE REQUERIDO los cuales serán entregados por EL COMODANTE en las instalaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. en las condiciones indicadas en el presente contrato. Los Equipos y partes permanecerán bajo custodia de EL COMODATARIO y en perfecto estado de funcionamiento. Lo anterior deberá constar en la respectiva acta de entrega, que formara parte integral del presente contrato. **CLAUSULA TERCERA: ALCANCE DEL OBJETO:** Los bienes dados en comodato son de disposición exclusiva del COMODANTE, y este declara que los equipos de este contrato de COMODATO, se encuentran libres de todo gravamen, embargo, pleitos pendientes, limitaciones de dominio y uso o condiciones resolutorias. Por lo anterior, el COMODANTE mantendrá indemne a la entidad de cualquier situación de tipo legal que ocasione en razón de las mencionadas circunstancias. La entrega de los bienes al COMODATARIO, se llevará a cabo una vez se cumplan los requisitos de perfeccionamiento y ejecución, mediante documento donde conste el inventario, valor comercial de los bienes objeto del presente contrato y el estado real de los mismos. El documento en mención, hará parte integral del contrato de COMODATO.**CLAUSULA CUARTA.- INSTALACIÓN:** EL COMODANTE, entregará los equipos y demás elementos Al COMODATARIO, en el área destinada para dicho fin en la subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. de la ciudad de Bogotá D.C. **CLAUSULA QUINTA.- VALOR COMERCIAL DE LOS EQUIPOS- GRATUIDAD:** Para efectos del presente comodato, el valor del Equipo médico citado y entregados en calidad de COMODATO al COMODATARIO, tienen un valor comercial descrito en el anexo adjunto de este contrato **PARÁGRAFO PRIMERO:** EL COMODATARIO, declara, haber recibido los elementos objeto del contrato de COMODATO en perfecto estado de funcionamiento y condiciones técnicas y en la fecha descrita en el presente contrato. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** EL COMODATARIO, asegurará los bienes relacionados presente contrato, los equipos estarán protegidos con la póliza general "Póliza de todo riesgo, póliza de responsabilidad civil extra contractual, daños materiales" suscrita entre la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. y la compañía de seguros respectiva. Para tal efecto la Subred debe solicitar su inclusión ante la aseguradora **CLAUSULA SEXTA.- INSUMOS: LA**

dadas para ello por EL COMODANTE y de forma exclusiva para el uso convenido, de conformidad a su naturaleza, empleando el mayor cuidado de conservación. 3.- Solicitar en forma previa y por escrito a EL COMODANTE, su aprobación para efectuar cambios en la ubicación de los elementos relacionados en la cláusula primera del presente contrato. 1, cuando los mismos impliquen la movilización de la sede del COMODATARIO. 4.- Mantener los elementos relacionados en la cláusula primera del presente contrato, en el mismo estado de funcionamiento en que los reciba, salvo el deterioro natural causado por el uso. 5.- Restituir a EL COMODANTE, los elementos relacionados la cláusula primera del presente contrato, recibidos en calidad de Comodato, a más tardar a los treinta (30) días de vencimiento del término del presente contrato de comodato, a excepción de que medie prorroga del mismo o la firma de uno nuevo. 6- **EL COMODATARIO**, debe asegurar los bienes relacionados en la cláusula primera del presente contrato. 1 del presente contrato, El equipo estarán protegidos con la póliza general "Póliza de todo riesgo, póliza de responsabilidad civil extra contractual, daños materiales "suscrita entre la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. y la previsora compañía de seguros. **CLAUSULA DECIMA- PRIMERA.- OBLIGACIONES DEL COMODANTE:** El COMODANTE, se obliga con el COMODATARIO a: 1. Suministrar en calidad de comodato y préstamo gratuito los elementos relacionados en la cláusula primera del presente contrato. 2. Instalar y garantizar el correcto funcionamiento de los elementos relacionados en la cláusula primera del presente contrato. 1, objeto del presente contrato de comodato. 3. Reponer los equipos por mal funcionamiento o por requerimiento del COMODATARIO, para efectos de mayor eficiencia en la prestación del servicio siempre y cuando no hayan sido objeto del mal uso del equipo sin seguir los procedimientos y manuales del uso del mismo por la casa fabricante, negligencia del personal del COMODATARIO 4. Garantizar de forma gratuita los mantenimientos preventivos de todos los elementos relacionados en la cláusula primera del presente contrato, incluyendo los repuestos necesarios por malfuncionamiento o deterioro natural de los mismos, garantizando asesoría técnica telefónica y presencial cuando sea requerida. 5. EL COMODANTE se obliga con el COMODATARIO a garantizar la disponibilidad de los equipos en caso de falla o suspensión de operación, para lo cual, suministrara EQUIPOS DE APOYO y garantizará el mantenimiento correctivo, preventivo y los repuestos respectivos siempre y cuando el daño no provenga del mal uso del equipo del personal del COMODATARIO **CLAUSULA DECIMO SEGUNDA-DURACIÓN:** El contrato de comodato mantendrá su vigencia durante tres años entre el comodante y el comodatario. **CLAUSULA DECIMA TERCERO.- TERMINACIÓN ANTICIPADA:** En razón a que los Equipos objeto de este convenio, se entregan a título de préstamo, EL COMODANTE, se reserva la facultad de exigir la restitución de los Equipos en cualquier tiempo en los siguientes eventos: 1-. Disolución, Liquidación, reestructuración o trámite equivalente de alguna de las partes. 2-. Destinación de los Equipos para uso diferente al establecido. 3- Por determinación unilateral de EL COMODANTE cuando establezca que el COMODATARIO, no le

ha dado a los Equipos el debido cuidado para su conservación y/o que los Equipos hayan sufrido daños ocasionados por acciones dolosas o culposas. 4. Por terminacion del contrato de prestación de servicios y/o cambio de contratista. **CLAUSULA DECIMA CUARTA.- SUPERVISIÓN.** El control y la supervisión sobre la ejecución de este contrato serán ejercidos a través del departamento de ingeniería biomédica de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. **CLAUSULA DECIMO QUINTA.- INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** El CONTRATISTA afirma bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente contrato, no hallarse incurso en ninguna de las causales de inhabilidades e incompatibilidades de que trata los Artículos 8, 9 y 10 de la Ley 80 de 1993. **CLAUSULA DECIMO SEXTA.- CESIÓN:** El presente convenio no podrá ser cedido por ninguna de las partes, salvo previa autorización de las mismas en tal sentido. **CLÁUSULA DECIMA SEPTIMA: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** Cualquier diferencia que se presente entre las partes será sometida a los mecanismos alternativos de solución de conflictos. **CLÁUSULA DECIMA OCTAVA:** El presente contrato de comodato es accesorio al contrato No. 038-2018 principal o a cualquier otro que se suscriba a futuro para el suministro de insumos. **CLAUSULA DECIMA NOVENA** El presente contrato se entiende perfeccionado con la firma de las partes.

En constancia, se firma en dos ejemplares del mismo tenor en la ciudad de Bogotá D.C., a los 31 días del mes de mayo de 2018

EL COMODATARIO

YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ
Gerente
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS

EL COMODANTE

ANA LUCIA VILLALOBOS DE QUIROGA
Representante legal
SOLUCIONES MÉDICAS ESPECIALIZADAS SYS S.A.S

ANEXO 1
DESCRIPCIÓN TÉCNICA OBJETO DE LA CONTRATACION

Contratar la Prestación de servicios asistenciales de Cirugía Vascular Periférica, Endovascular y Hemodinamia, que incluya los insumos necesarios y el recurso humano idóneo que permitan realizar los exámenes y procedimientos de apoyo Diagnóstico y/o tratamiento de tipo invasivo, para la atención integral en pacientes hospitalizados, ambulatorios y urgencias de acuerdo a la contratación vigente que la Subred Integrada de servicios de Salud Norte E.S.E tiene con los diferentes pagadores (EPS subsidiadas, contributivas y demás entidades), cuyo servicio deberá ser prestado en las instalaciones de la Unidad de Servicios de Salud Simón Bolívar.

La SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E. S. E., a fin de dar cumplimiento y en ejercicio de la función misional que le compete, requiere contratar la Prestación de servicios asistenciales de Cirugía Vascular Periférica, Endovascular y cardiología Hemodinamia, para la Subred integrada de servicios de salud Norte, que permita realizar los exámenes y procedimientos de apoyo Diagnóstico y/o tratamiento de tipo invasivo, para la atención integral en pacientes hospitalizados, ambulatorios, consulta externa, y urgencias Por lo anterior y con el fin de garantizar la adecuada y oportuna prestación del servicio a los usuarios, se dirige la presente Convocatoria a personas naturales, jurídicas, consorcios o uniones temporales, la cual se efectúa mediante publicación en página web, de acuerdo con las normas vigentes establecidas para la Empresas Social del Estado, arriba identificadas, dando cumplimiento a los postulados y principios contractuales de la función pública y demás normas aplicables, en especial los de publicidad y transparencia.

La Organización Mundial de la Salud establece que alcanzar el grado máximo de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, y que por consiguiente los Estados deben crear las condiciones, instituciones y políticas que le permitan a toda la población acceder a este derecho. Es así como en Colombia dentro del texto de la constitución política señala en el "Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad".

Principio fundamental que busca cumplirse a través de la expedición de la Ley 100 de 1993 con el articulo 195 con la creación de las empresas sociales del Estado, como una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, quienes a través de un régimen de contratación de derecho

privado, hace que con mayor agilidad pueda dar cumplimiento a las satisfacción de las necesidades de toda una población bajo el postulado de hacer una efectiva y eficiente garantía al Derecho a la Salud y saneamiento ambiental, poniendo de plano en forma clara la primacía de la vida humana sobre cualquier formalidad normativa.

La prestación de los servicios deberá realizarse dentro de los estándares de calidad, procesos, guías y protocolos establecidos por la Subred Norte.

Los servicios requeridos deben incluir los siguientes procedimientos:

TABLA N°1

CODIGO CUPS	PROCEDIMIENTOS	ESPECIALIDAD
	CORAZON	
	CONSULTA E INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA	HEMODINAMIA
876110	AORTOGRAMA TORACICO	HEMODINAMIA
876110	AORTOGRAMA ABDOMINAL	HEMODINAMIA
876120	ARTERIOGRAFIA CORONARIA	HEMODINAMIA
876132	ARTERIOGRAFIA PULMONAR BILATERAL SELECTIVA	HEMODINAMIA
876140	ARTERIOGRAFIA TORACICA DE ARTERIA MAMARIA INTERNA	HEMODINAMIA
876131	ARTERIOGRAFIA PULMONAR BILATERAL CON CATETERISMO DERECHO	HEMODINAMIA
876122	CATETERISMO CARDIACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZON MAS ARTERIOGRAFIA CORONARIA	HEMODINAMIA
372302	CATETERISMO COMBINADO DE LOS LADOS DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZÓN MAS ARTERIOGRAFIA CORONARIA	HEMODINAMIA
360101	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANIA UNO O DOS VASOS	HEMODINAMIA
360102	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) MAS DE DOS VASOS	HEMODINAMIA
378102	INSERCION DE MARCAPASO TRANSVENOSO TEMPORAL (TRANSITORIO) O IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS INCLUYE VENOCAVOGRAFIA Y VENOGRAFRIA FEMORAL	HEMODINAMIA
360104	ANGIOPLASTIA CORONARIA (INCLUYE COLOCACION DE MARCAPASOS Y CORONARIOGRAFIA POST ANGIOPLASTIA INMEDIATA)	HEMODINAMIA
355102	REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR VIA ENDOVASCULAR. (CIA- FORAMEN OVAL PERMEABLE)	HEMODINAMIA
Sin código cups	TROMBECTOMIA PERCUTANEA ARTERIA PULMONAR. + CATETERISMO CARDIACO DERECHO+ARTERIOGRAFIA PULMONAR.	HEMODINAMIA
	VASCULAR PERIFERICA	
395013	ANGIOPLASTIA ARTERIA VERTEBRAL, CON PRÓTESIS (STENT) O INJERTO(S) PROTÉSICO (S)	HEMODINAMIA
395021	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA CON BALON DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO, CON PRÓTESIS (STENT) O INJERTO(S) PROTÉSICO (S)	HEMODINAMIA
395031	ANGIOPLASTIA CON BALON DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES CON PRÓTESIS (STENT)	HEMODINAMIA
395060	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS ABDOMINALES CON BALON CONVENCIONAL	HEMODINAMIA

CODIGO CUPS	PROCEDIMIENTOS	ESPECIALIDAD
395061	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS ABDOMINALES, CON PRÓTESIS (STENT)	HEMODINAMIA
395062	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE ARTERIA MESENTERICA CON BALON Y PROTESIS STENT	HEMODINAMIA
395081	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS INFERIORES, CON BALON Y PROTESIS STENT	HEMODINAMIA
872202	AORTOGRAMA ABDOMINAL MAS ESTUDIO DE MIEMBROS INFERIORES	HEMODINAMIA
874125	ARTERIOGRAFIA CAROTIDA BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA CON AORTOGRAMA (PANANGIO)	HEMODINAMIA
876190	ARTERIOGRAFIA SELECTIA TORACICA DE OTROS VASOS (ARTERIOGRAFIA RENAL)	HEMODINAMIA
876241	ANGIOGRAFIA DE VENAS CAVAS O CAVOGRAFIA	HEMODINAMIA
877112	ARTERIOGRAFIA DE VASOS ABDOMINALES (SELECTIVA MESENTERICA)	HEMODINAMIA
877141	ARTERIOGRAFÍA DE LA ARTERIA GASTRODUODENAL, TRONCO CELIACO O MESENTÉRICA SUPERIOR O INFERIOR	HEMODINAMIA
878111	ARTERIOGRAFIA PERIFERICA DE MIEMBROS SUPERIORES BILATERAL CON AORTOGRAMA TORACICO	HEMODINAMIA
878301	FLEBOGRAFIA DE MIEMBROS SUPERIORES	HEMODINAMIA
878401	FLEBOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES	HEMODINAMIA
385320	OCLUSION DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES POR VIA ENDOVASCULAR (SISTEMA DE EMBOLIZACION)	HEMODINAMIA
385520	OCLUSIÓN DE VASOS TORÁCICOS POR VÍA ENDOVASCULAR	HEMODINAMIA
385620	OCLUSIÓN DE ARTERIAS ABDOMINALES POR VÍA ENDOVASCULAR	HEMODINAMIA
385720	OCLUSIÓN DE VENAS ABDOMINALES POR VÍA ENDOVASCULAR	HEMODINAMIA
385720	OCLUSIÓN DE VENAS INTRAABDOMINALES POR VÍA ENDOVASCULAR	HEMODINAMIA
385820	OCLUSIÓN DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES POR VÍA ENDOVASCULAR	HEMODINAMIA
385920	OCLUSIÓN DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES POR VÍA ENDOVASCULAR	HEMODINAMIA
385220	OCLUSIÓN DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO POR VIA ENDOVASCULAR	HEMODINAMIA
385201	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL EN ZONA I Y III DEL CUELLO	HEMODINAMIA
385202	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL EN ZONA II DEL CUELLO	HEMODINAMIA
385203	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA EN ZONA I Y III DEL CUELLO	HEMODINAMIA
385204	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA EN ZONA II DEL CUELLO	HEMODINAMIA
385205	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO	HEMODINAMIA
385220	OCLUSIÓN DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO POR VÍA ENDOVASCULAR	HEMODINAMIA
385302	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS AXILARES	HEMODINAMIA
385303	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA EN BRAZO O ANTEBRAZO	HEMODINAMIA
385303	OCLUSION PINZAMIENTO OLIGADURA DE VASOS EN BRAZO O ANTEBRAZO	HEMODINAMIA

CODIGO CUPS	PROCEDIMIENTOS	ESPECIALIDAD
385601	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES UNA O MAS (SELECTIVAS)	HEMODINAMIA
385701	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS INTRAABDOMINALES UNA O MAS(SELECTIVAS)	HEMODINAMIA
385801	OCLUSION O PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL SUPRAPATELAR	HEMODINAMIA
385802	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL INFRAPATELAR	HEMODINAMIA
385901	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA PROFUNDA SUPRAPATELAR	HEMODINAMIA
385902	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA PROFUNDA INFRAPATELAR	QUIRURGICO
380201	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE ZONA I Y III DE CUELLO	QUIRURGICO
380202	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE ZONA II DE CUELLO	QUIRURGICO
380203	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE ZONA I Y III DE CUELLO	QUIRURGICO
380204	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE ZONA II DE CUELLO	QUIRURGICO
380302	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIA AXILAR	QUIRURGICO
380303	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE BRAZO O ANTEBRAZO	QUIRURGICO
380305	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA AXILAR	QUIRURGICO
380306	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE BRAZO O ANTEBRAZO	QUIRURGICO
380601	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES VIA ABIERTA	QUIRURGICO
380701	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS ABDOMINALES VIA ABIERTA	QUIRURGICO
380801	TROMBOEMBOLECTOMIA SUPRAPATELAR DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES	QUIRURGICO
380802	TROMBOEMBOLECTOMIA INFRAPATELAR DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES	QUIRURGICO
380901	TROMBOEMBOLECTOMIA SUPRAPATELAR VENOSA PROFUNDA	QUIRURGICO
380903	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA SUPERFICIAL EN MIEMBROS INFERIORES	QUIRURGICO
381203	ENDARTERECTOMIA DE CAROTIDA INTERNA PORCION CERVICAL	QUIRURGICO
381303	ENDARTERECTOMIA DE VASOS DE BRAZO O ANTEBRAZO	QUIRURGICO
381304	ENDARTERECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	QUIRURGICO
381602	ENDARTERECTOMIA CELIACA O MESENTERICA	QUIRURGICO
381603	ENDARTERECTOMIA AORTOILIACA	QUIRURGICO
381601	ENDARTERECTOMIA RENAL	QUIRURGICO
381302	ENDARTERECTOMIA AXILAR	QUIRURGICO
381801	ENDARTERECTOMIA SUPRAPATELAR	QUIRURGICO
381802	ENDARTERECTOMIA INFRAPATELAR	QUIRURGICO
381803	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIAS DE MMII	QUIRURGICO
384201	RESECCION CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS DE VASOS DE LA ZONA I Y III DE CUELLO	QUIRURGICO
384202	RESECCION CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS DE VASOS DE LA ZONA II DE CUELLO	QUIRURGICO

CODIGO CUPS	PROCEDIMIENTOS	ESPECIALIDAD
384303	RESECCION EN BRAZO O ANTEBRAZO CON INTERPOCISION DE INJERTO O PROTESIS	QUIRURGICO
384400	RESECCION CON SUSTITUCION DE AORTA ABDOMINAL	QUIRURGICO
384600	RESECCION CON SUSTITUCION DE ARTERIAS ABDOMINALES	QUIRURGICO
384700	RESECCION CON SUSTITUCION DE VENAS ABDOMINALES	QUIRURGICO
384801	RESECCION ARTERIAL SUPRAPATELAR CON INJERTO ANTOLOGO O PROTESIS	QUIRURGICO
384802	RESECCION ARTERIAL INFRAPATELAR CON INJERTO ANTOLOGO O PROTESIS	QUIRURGICO
383303	RESECCION CON ANASTOMOSIS TT EN BRAZO O ANTEBRAZO	QUIRURGICO
383601	RESECCION CON ANASTOMOSIS TT DE ARTERIAS ABDOMINALES	QUIRURGICO
383701	RESECCION CON ANASTOMOSIS TT DE VENAS ABDOMINALES	QUIRURGICO
386200	TOMA DE INJERTO VENOSO SOD	QUIRURGICO
386401	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL)(VENOSO) VIA ABIERTA	QUIRURGICO
388905	LIGADURA Y ESCISION DE VENAS VARICOSAS DE MIEMBROS INFERIORES	QUIRURGICO
391701	DERIVACION PORTO CAVA	QUIRURGICO
391704	DERIVACIÓN PORTO SISTÉMICA TRANSYUGULAR INTRAHEPATICA	QUIRURGICO
392204	DERIVACION PUENTE AORTO SUBCLAVIO	QUIRURGICO
392400	DERIVACION AORTO RENAL POR INJERTO EN Y O DE AORTA EN LAS DOS ARTERIAS RENALES	QUIRURGICO
392501	DERIVACION AORTOFEMORAL	QUIRURGICO
392502	DERIVACION AORTO ILIACA	QUIRURGICO
392503	DERIVACION O PUENTE ILIOFEMORAL	QUIRURGICO
392701	FORMACION QUIRURGICA DE FISTULA AV (PERIFERICA) PARA HEMODIALISIS	QUIRURGICO
392802	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO PERONEAL	QUIRURGICO
392803	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO POPLITEO	QUIRURGICO
392803	DERIVACION AORTO POPLITEA	QUIRURGICO
392803	DERIVACION AORTOCAROTIDEA	QUIRURGICO
392804	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO TIBIAL	QUIRURGICO
395210	RECONSTRUCCION DE ARTERIA INTRAABDOMINAL POR MEDIO DE INJERTO INCLUYE DERIVACIONES AORTO FEMORAL Y AORTO ILIACA CON HOMOINJERTO O INJERTO SINTETICO SIMPLE O EN Y	QUIRURGICO
395301	CIERRE DE FISTULA ARTERIOVENOSA VIA ABIERTA	QUIRURGICO
395700	REPARO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA CON SISTEMA ILIAC BRANCH	QUIRURGICO
395800	ANEURISMECTOMIA DE AORTA INTRAABDOMINAL INCLUYE RESECCION CON INJERTO EN PARCHE	QUIRURGICO
397302	EXPLORACION DE ARTERIA AXILAR	QUIRURGICO
397303	EXPLORACION DE ARTERIA DE BRAZO O ANTEBRAZO	QUIRURGICO
397307	EXPLORACION DE ARTERIAS DE MIEMBROS SUPERIORES	QUIRURGICO

CODIGO CUPS	PROCEDIMIENTOS	ESPECIALIDAD
397307	EXPLORACION DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	QUIRURGICO
397501	EXPLORACION DE VASOS TORACICOS POR ESTERNOTOMIA	QUIRURGICO
397801	EXPLORACION ARTERIAL SUPRAPATELAR	QUIRURGICO
397802	EXPLORACION ARTERIAL INFRAPATELAR	QUIRURGICO
397803	EXPLORACION DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	QUIRURGICO
406600	LIGADURA (OBLITERACION) EN EL AREA ILIACA SOD	QUIRURGICO
388902	LIGADURA Y ESCISION INFRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS	QUIRURGICO
388901	LIGADURA Y ESCISION SUPRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS	QUIRURGICO
388904	LIGADURA Y ESCISION DE SAFENA INTERNA	QUIRURGICO
388903	LIGADURA Y ESCISION DE SAFENA EXTERNA	QUIRURGICO
834940	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICO DE MUSCULOS TENDONES Y FACIA EN PIERNA	QUIRURGICO
834950	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QX DE MUSCULOS Y TENDONES Y FASCIAS DE PIE Y ANTEPIE	QUIRURGICO
841203	AMPUTACION DESARTICULARCION DE ANTEPIE	QUIRURGICO
867002	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE DOS A CINCO CENTIMETROS CUADRADOS	QUIRURGICO
867003	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE MAS DE CINCO CENTIMETROS CUADRADOS	QUIRURGICO
867004	COLGAJO LOCAL SIMPLE DEL PIE DE MAS DE DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS	QUIRURGICO
831471	FASCIOTOMIA EN PIERNA POR UNA O MAS INCISIONES	QUIRURGICO
383702	ANASTOMOSIS VENOSA INTRAABDOMINAL	QUIRURGICO
540010	DRENAJE DE COLECCIÓN RETROPERITONEAL VIA ABIERTA	QUIRURGICO
549300	REPARACION DE FISTULA ARTERIOVENOSA POR LIGADURA, RESECCION O SUTURA	QUIRURGICO
393904	ANEURISMECTOMÍA INTRAABDOMINAL (EXCEPTO AORTA); INCLUYE ANEURISMA HIPOGÁSTRICO, EXTIRPACIÓN FÍSTULA ARTERIOVENOSA (PÉLVICA), RESECCIÓN O COLOCACIÓN DE INJERTO EN PARCHE, SUTURA	QUIRURGICO
	AMPUTACIÓN INFRACONDILEA MMII	
	AMPUTACIÓN SUPRACONDILEA MMII	
Sin código cups	ABLACION DE VARICES POR RADIOFRECUENCIA	QUIRURGICO

Colocación de accesos vasculares para hemodiálisis en casos complejos que el servicio de nefrología solicite apoyo.

En caso de que la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte requiera la realización de algún procedimiento que este por fuera de los listados anteriores y que sea ofertado por el proponente, se deberá realizar previa autorización y concertación con el supervisor Técnico a través de una formalización contractual.

1. CRITERIOS REQUERIDOS

1.1 RECURSO HUMANO

PERSONAL PROFESIONAL
El proponente deberá ofertar el Recurso Humano idóneo que garantice la prestación del servicio a saber

- Médico especialista en cirugía vascular experiencia mínima 3 años.
- Medico cardiólogo hemodinamista con experiencia mínima de 3 años

El número de Especialistas en el área debe ser suficiente para cubrir los servicios que permitan el cumplimiento de los parámetros de calidad establecidos y que hacen parte de la presente convocatoria.

Asignar una persona, que servirá de enlace, encargada de informar a la Subred mensualmente de la oportunidad y disponibilidad de los servicios contratados.

Para la verificación de las condiciones del personal, el oferente acreditará la idoneidad y experiencia certificada allegando las hojas de vida del equipo de profesionales con el cual se ejecutarán las actividades, anexando los siguientes documentos:

- Título profesional de pregrado en medicina otorgado por Universidad reconocida oficialmente por el gobierno colombiano.
- Título profesional de posgrado en Cirugía General o Medicina Interna, otorgado por universidad reconocida formalmente por el gobierno colombiano (diploma y acta de grado), como especialización base.
- Título profesional en la Subespecialidad, otorgado por universidad reconocida formalmente por el gobierno colombiano (diploma y acta de grado), Experiencia mínima de tres años de experiencia Certificada.
- Tarjeta profesional y/o registro médico expedido por la Secretaria Distrital de Salud y/o Ministerio de Salud, según la normatividad vigente.
- Soporte de inscripción al RETHUS.
- Carnet de Radio protección Vigente.
- Los especialistas y subespecialistas que hayan cursado sus estudios de pregrado y/o posgrado en el exterior deben contar con homologación de titulo ante el Ministerio de educación de Colombia.
- Experiencia Certificada en los procedimientos que son objeto de la presente convocatoria
- Carta de autorización firmada por el profesional en original, autorizando la presentación de su hoja de vida, en esta convocatoria.
- Los especialistas deberán presentar soporte de inscripción al MiPRES.

PERSONAL AUXILIAR
Deberá ofertar 1 auxiliar de enfermería para la UMHES Simón Bolívar.

a) Título auxiliar en enfermería otorgado por Instituto reconocido oficialmente.
b) Tarjeta profesional.
c) Inscripción en el RETHUS.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, proveerá el siguiente personal para:

- Proceso de asignación de citas, procedimientos y facturación.
- Auxiliares de Enfermería de apoyo en el servicio.
- Enfermera Jefe de Servicio.

1.2 EQUIPOS

Para la prestación del servicio en el área de Hemodinámia, el proponente deberá ofertar los siguientes equipos:

- Arco en C para Hemodinamia

Las licencias de Estudios Radio físicos que requieran los equipos para dar cumplimiento a los requisitos de habilitación serán asumidas por el oferente. (Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección social), así como los profesionales responsables de su manejo.

La instalación, soporte técnico y mantenimiento de los equipos de propiedad del proponente estarán a cargo del mismo y deben contar con la protección electrónica, al igual que con los respectivos manuales de operación en medio físico y electrónico.

Los equipos del proveedor deberán estar asegurados directamente por él, al igual que su mantenimiento preventivo y correctivo, incluyendo mano de obra y repuestos y se obligarán a contar con cronograma de mantenimientos preventivo de los mismos.

Las hojas de vida de los equipos deberán contener las características del equipo como: marca, modelo, serie, tipo de equipo, estado, historial de mantenimiento correctivo y preventivo (para los casos que aplique), así como cualquier otra característica que defina el área de ingeniería biomédica y de recursos físicos de la Subred Norte E.S.E. y deben contar con aprobación de Ingeniería biomédica de la Subred Norte.

A demás el oferente deberá ofertar el siguiente instrumental y equipos:

- Equipo de pericardiocentesis
- Carro de paro con dotación
- Monitor de signos vitales multiparamétrico con (EKG- oximetría de pulso – frecuencia respiratoria – tensión arterial invasiva y no invasiva)
- Agujas de croché
- Pinzas mosco
- Pinzas Kelly
- Mesa de reserva
- Mesas quirúrgicas
- Mesa de mayo
- Pinzas de disección con garra
- Pinzas de disección sin garra
- Riñonera

Los siguientes insumos se pagarán por consumo de acuerdo a la utilización por paciente, por lo anterior siempre se debe anexar en la cuenta de cobro la relación de los pacientes a los que se les utilizó el insumo y el cobro será a precio factura.

ITEM	ARTICULO - DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN
1	Asa de rescate de 4fr	INSUMOS
2	Balón convencional de angioplastia coronaria diferentes medidas	INSUMOS
3	Balón convencional periférico de diversas longitudes y diámetros	INSUMOS
4	Balón de alta presión d angioplastia coronaria diferentes medidas	INSUMOS
5	Balón de angioplastia coronaria medicado de diferentes medidas	INSUMOS
6	Balón de contrapulsaciones	INSUMOS
7	Catéter de oclusión total 0.14 o 0.35	INSUMOS
8	Catéter extractor de trombos	INSUMOS
9	Catéter guía amplatz	INSUMOS
10	Catéter guía de alto soporte sbs/ x voda	INSUMOS
11	Catéter guía intramamario	INSUMOS
12	Catéter guía multipropósito	INSUMOS
13	Catéter radiofrecuencia para varice endovascular y/o perforantes 7fr x 60cm	INSUMOS
14	Coils embolización periférica de 3mma 20mm entre 5 a 40 cm de long	INSUMOS
15	Componente de endoprótesis vascular torácica o abdominal en diferentes medidas para corrección de aneurisma vía endovascular	INSUMOS
16	Equipo de pericardio síntesis	INSUMOS
17	Filtro vena cava	INSUMOS
18	Introductor femoral reforzado largo	INSUMOS
19	Líquido embolizante onix	INSUMOS
20	Micro catéter con micro guía	INSUMOS
21	Micropartículas de embolización	INSUMOS
22	Sistema de trombectomía percutánea	INSUMOS
23	Stent coronario medicado de diferentes medidas	INSUMOS
24	Stent periférico auto expandible de diferentes medidas	INSUMOS
25	Stent balón montado para uso periférico	INSUMOS

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

CRITERIOS DE OPORTUNIDAD

- Disponibilidad para evaluar y operar pacientes de cirugía vascular y hemodinamia de acuerdo a la demanda establecida por el hospital, así como la disponibilidad al llamado para las urgencias que ingresen al servicio y las que se generen con los pacientes hospitalizados en la Institución.
- Oportunidad de respuesta a interconsulta máxima de 24 horas en día hábiles incluye sábados (lunes a sábado).
- Oportunidad de respuesta a interconsulta de 24 horas los domingos festivos y nocturno.
- Agendas de consulta externa que garanticen la oportunidad de este máximo a 10 días calendario.
- Programación de Jornadas quirúrgicas de acuerdo a las necesidades de la institución que garanticen la oportunidad menor a 15 días y al presupuesto asignado.
- Evolucionar pacientes hospitalizados y responder interconsultas de vascular de lunes a lunes.

- Agendas Específicas para el servicio de hemodinamia, y procedimientos endovasculares, de pacientes pertenecientes a cirugía vascular, y que su ingreso sea por consulta externa de vascular o interconsultas de vascular de pacientes hospitalizados.
- Pacientes con síndrome coronario agudo que requieran cateterismo para permeabilización del vaso se debe procurar la realización dentro de la hora siguiente al ingreso (gold hour).
- Manejo médico y quirúrgico de las complicaciones derivadas de los procedimientos vasculares (quirúrgicos abiertos o endovasculares), incluidos los desbridamientos y/o amputaciones necesarias.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

- Dentro del valor ofertado por cada procedimiento deberán incluirse los insumos para la realización de los mismos, a saber:

ITEM	ARTICULO	CLASIFICACION
1	Aguja hipodérmica 23m	INSUMO
2	Catéter diagnostico intramamario	INSUMO
3	Catéter diagnóstico de acceso radial	INSUMO
4	Catéter diagnostico jl diferentes medidas	INSUMO
5	Catéter diagnostico jr diferentes medidas	INSUMO
6	Catéter diagnostico multipropósito	INSUMO
7	Catéter diagnostico pigtail	INSUMO
8	Catéter guía jl diferentes medidas	INSUMO
9	Catéter guía jr diferentes medidas	INSUMO
10	Catéter guía radial derecho diferentes curvas	INSUMO
11	Catéter guía radial izquierdo diferentes curvas	INSUMO
12	Compresas estériles paquete x 5	INSUMO
13	Equipo de macro goteo	INSUMO
14	Esparadrapo ancho	INSUMO
15	Esparadrapo delgado	INSUMO
16	Gasas estériles paquete x 5	INSUMO
17	Gasas no estériles paquete x 200	INSUMO
18	Gorros	INSUMO
19	Guantes de manejo caja x 100	INSUMO
20	Guantes estériles 7,0	INSUMO
21	Guantes estériles 7,5	INSUMO
22	Guía angioplastia coronaria 0,14 x 175	INSUMO
23	Guía angioplastia periférica 0,14 x 300	INSUMO
24	Guía diagnostica de 0.035 x 150 y 0,35 x 260 pta de j	INSUMO
25	Guía hidrofílica de 0.035 x 150 y 0,35 x 260	INSUMO
26	Introductor femoral con aguja diferentes medidas	INSUMO
27	Introductores radiales con aguja de diferentes medidas	INSUMO
28	Jeringa insufladora	INSUMO
29	Jeringas de 10 cm	INSUMO
30	Jeringas de 20 cm	INSUMO
31	Jeringas de 3 cm	INSUMO
32	Jeringas de 5 cm	INSUMO
33	Llaves de tres vías	INSUMO
34	Pañiñes	INSUMO
35	Paquete de hemodinamia	INSUMO
36	Paquete de radiofrecuencia	INSUMO
37	Polainas paq x 50	INSUMO

ITEM	ARTICULO	CLASIFICACION
38	Tapabocas caja x 50	INSUMO
39	Yelco de 20m	INSUMO

- El consumo y gasto de los elementos será sometido a auditoria concurrente por parte de la Subred Norte.

1. Verificar que los médicos que desarrollarán los servicios, cumplan con las normas de diligenciamiento de la historia clínica, y demás registros establecidos por el sistema de seguridad social en salud, de acuerdo con las normas legales y jurídicas establecidas, de acuerdo con los principios y normas que la comunidad.
2. Ejecutar con plena autonomía técnica y científica el objeto contractual.
3. Construir y/o adaptar las guías de práctica clínica a partir de la guía de referencia institucional, las cuales deben ser entregadas actualizadas al 100% a la oficina de Calidad antes del inicio del contrato.
4. Socializar las guías establecidas en el servicio a todos los responsables de la intervención, tratamiento, cuidado y rehabilitación de los usuarios y entregar soportes de capacitación. Lo anterior será objeto de verificación por la oficina de Calidad y de Talento Humano.
5. Participar activamente en la vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que constituyan factor de riesgo para la población e informar sobre las enfermedades de notificación obligatoria.
6. Participar activamente en procesos de capacitación e investigación en el marco del sistema de gestión del conocimiento de la Subred.
7. Participar activamente en los procesos de calidad en concordancia con el sistema obligatorio de garantía de la calidad.
8. Participar activamente en el cumplimiento de los planes de mejoramiento de la prestación de servicios presentando los informes requeridos por el supervisor del contrato.
9. Diligenciar y llenar los diferentes formularios y registros estadísticos.
10. Responder PQR del servicio de hemodinamia.
11. El proveedor entregara listado certificado de elementos consumidos en cada procedimiento con firma y sello del médico cirujano vascular.
12. Adherencia a los planes, programas y procedimientos establecidos en la institución.
13. Presentar mensualmente con la cuenta el informe de gestión del servicio, sobre las actividades desarrolladas y sobre los indicadores del servicio previamente acordados con el supervisor.
14. Humanización: El equipo debe dar un trato amable y respetuoso a compañeros y usuarios; respetar su privacidad y dignidad, así como guardar confidencialidad d sobre su estado de salud, respetando credos, raza y condición socio económica. Además se hará énfasis en el mejoramiento continuo con explicación clara y detallada del estado de salud tanto al paciente como a su familia y del procedimiento a realizar (consentimiento informado).
15. Seguridad del paciente: El servicio deberá adherirse al Programa de Seguridad del paciente establecido por la institución, para lo cual se aplicará una lista de chequeo de los procedimientos, con el fin de disminuir el número de complicaciones y la ocurrencia de eventos adversos.

16. Reportar en forma oportuna los eventos adversos que se presenten en el servicio, así como las complicaciones, eventos de fármaco y tecnovigilancia y en general situaciones de diferente índole relacionadas con la atención del servicio. Finalmente debe hacerse mediciones y análisis de las complicaciones suministrando información requerida por la Subred.
17. El oferente deberá presentar un informe estadístico mensual que será requisito para la presentación de la factura, la cual deberá ser presentada en los primeros diez días posteriores a la prestación del servicio con indicadores de producción, calidad, infecciones y oportunidad.
18. La Subred Norte no asume ninguna responsabilidad por el cuidado y custodia de los equipos con los que el contratista presta el servicio, como tampoco por los daños que por cuestiones inherentes al uso se les cause.
19. El contratista deberá garantizar la continuidad del servicio en caso de presentarse daños en equipos, en un término no mayor a seis horas.
20. El contratista deberá contar permanentemente con todos los insumos necesarios para una óptima prestación del servicio, incluido equipo de cómputo, estabilizadores, impresoras, pantallas, teclados, grabadoras y, en general, todo lo necesario para la prestación.
21. Realizar el registro de las complicaciones quirúrgicas y entregarlo al supervisor técnico del contrato.
22. Realizar el seguimiento al presupuesto asignado, con el fin de evitar sobrepasar este.
23. Las demás actividades que se encuentren acordes con su especialidad y la naturaleza del contrato.

RICARDO ROJAS HIGUERA
Subgerente de Servicios de Salud (E)

	Nombre	Cargo	Firma
Elaborado por:	Andrea Viviana Soler García	Apoyo Profesional Subgerencia de Servicios de Salud	
Proyectado por:	Luis Fernando Zuluaga	Directora de Servicios Hospitalarios	
Revisado por:	Luis Fernando Zuluaga	Directora de Servicios Hospitalarios	
Aprobado por:	Ricardo Rojas Higuera	Subgerente de Servicios de Salud (E)	

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	ANÁLISIS DE RIESGOS	CÓDIGO : AP-CT-F-02-04
		VERSIÓN : 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA : 12/06/2018

TIPO DE RIESGO	TIPIFICACIÓN (EJEMPLOS PARA TIPIFICAR LOS RIESGOS GENERALES DE LA COLUMNA ANTERIOR)	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA				IMPACTO				ESTIMACIÓN	ASIGNACIÓN DEL RIESGO (DEFINICIÓN)	QUIÉN ASUME EL RIESGO	FORMA DE MITIGARLO
		4	3	2	1	4	3	2	1				
		ALTA	MEDIA ALTA	MEDIA BAJA	BAJA	ALTA	MEDIA ALTA	MEDIA BAJA	BAJA				
Casilla de selección	Casilla de diligenciamiento	Casilla de selección (Escoja solo una)				Casilla de selección (Escoja solo una)				Generación automática	Generación automática	Generación automática	
ECONÓMICOS:	Variaciones de los precios de los insumos en el mercado			2				2		4	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATANTE	Revisar periódicamente el comportamiento del mercado respecto de los bienes y/o servicios a contratar
SOCIALES O POLÍTICOS:	N/A									0			Análisis de las políticas estatales al respecto
OPERACIONAL:	Se presente mayor demanda de la presupuestada historicamente, por lo tanto el presupuesto puede ser insuficiente.		3				3			6	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE	Ejecución presupuestal supervisada
FINANCIERO:	Si se presenta mayor demanda a la determinada inicialmente se pueden presentar dificultades en la consecución de financiación para obtener recursos para cumplir con el objeto del contrato.			2				2		4	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATANTE	Respaldar las operaciones presupuestales con los debidos certificados
REGULATORIO:	N/A									0			Análisis del mercado cambiario de la moneda extranjera
DE LA NATURALEZA:	Daño en la infraestructura debido a eventos naturales que impidan la prestación del servicio (sismos, inundaciones, etc)				1			2		3	MEDIO BAJA - CONTROLARLO	CONTRATANTE	Acatar las recomendaciones que emitan as entidades encargadas
AMBIENTALES:	N/A									0			Cumplimiento de la normatividad actual e implementación inmediata de las normas que la modifiquen o sustituyan
TECNOLÓGICO:	Daño en equipos biomedicos que afecten la oportunidad en la prestación de los servicios ofertados			2			3			5	MEDIO ALTO - ADMINISTRARLO	CONTRATANTE	Supervisar la realización de mantenimientos preventivos y/o correctivos por parte del contratista
										0			
										0			
										0			

ELABORADO POR	
Firma:	
Nombre:	LUIS FERNANDO ZULUAGA
Correo Electrónico	dirhospitalizacion@subrednorte.gov.co
Cargo:	DIRECTOR DE HOSPITALIZACIÓN
Fecha Elaboración d/m/a	13-01-2021

Gmail Karen Baracaldo <comprasrednorte7@gmail.com>

SOLICITUD DE COTIZACIÓN

3 mensajes

Karen Baracaldo <comprasrednorte7@gmail.com> 14 de enero de 2021, 17:59
Para: solucionsys@gmail.com

Cordial saludo

Por medio de la presente se solicita de la manera más respetuosa la cotización de los insumo que se encuentran relacionados en el archivo adjunto, cuyo objeto **"CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA, ENDOVASCULAR Y HEMODINAMIA, QUE INCLUYA LOS INSUMOS NECESARIOS Y EL RECURSO HUMANO IDÓNEO QUE PERMITAN REALIZAR LOS EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE TIPO INVASIVO, PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, AMBULATORIOS, CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS DE ACUERDO A LA CONTRATACIÓN VIGENTE QUE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. TIENE CON LOS DIFERENTES PAGADORES (EPS SUBSIDIADAS, CONTRIBUTIVAS Y DEMÁS ENTIDADES), CUYO SERVICIO DEBERÁ SER PRESTADO EN LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMON BOLIVAR."**

Si es de su interés, se le invita a enviar su cotización, para dar inicio al estudio de mercado lo más pronto posible y hacer envío al mismo correo, esto nos permitirá identificar el presupuesto requerido para ésta contratación

--
Quedo atenta,

Gracias

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

Karen Baracaldo Vargas
Técnico Administrativo
Dirección de Contratación - Compras
Tel: (571) 4431790 ext 1024
3012120144

Estudios Previos.pdf
8439K

SOLUCIONES MEDICAS ESPECIALIZADAS SYS <solucionsys@gmail.com> 14 de enero de 2021, 22:15
Para: Karen Baracaldo <comprasrednorte7@gmail.com>

Cordial saludo, agradecemos la solicitud que nos realizan y en virtud de la misma adjunto la cotización para los procedimientos según listado y orden del mismo.

Agradecemos de igual manera confirmar el recibido del correo y quedamos atentos a cualquier requerimiento u observación al mismo.

Cordialmente.
[El texto citado está oculto]
--
Cordialmente.
Paula Del Real.
Directora Asistencial
Cel. 3142970039
Soluciones Medicas Especializadas SYS

SOLUCIONES MÉDICAS
ESPECIALIZADAS SYS S.A.S.

COTIZACIÓN 14 ENE 2021 SOLUCIONES SAS.pdf
276K

Karen Baracaldo <comprasrednorte7@gmail.com> 15 de enero de 2021, 8:43
Para: SOLUCIONES MEDICAS ESPECIALIZADAS SYS <solucionsys@gmail.com>

RECIBIDO.
[El texto citado está oculto]

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

COTIZACIÓN - SOLUCIONES MEDICAS ESPECIALIZADAS SYS SAS - COMODATO

PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA, ENDOVASCULAR Y HEMODINAMIA, QUE INCLUYA LOS INSUMOS NECESARIOS Y EL RECURSO HUMANO IDÓNEO QUE PERMITAN REALIZAR LOS EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE TIPO INVASIVO, PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, AMBULATORIOS, CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS DE ACUERDO A LA CONTRATACIÓN VIGENTE QUE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. TIENE CON LOS DIFERENTES PAGADORES (EPS SUBSIDIADAS, CONTRIBUTIVAS Y DEMÁS ENTIDADES), CUYO SERVICIO DEBERÁ SER PRESTADO EN LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMON BOLIVAR.

Nombre de la Empresa: SOLUCIONES MÉDICAS ESPECIALIZADAS SYS S.A.S.

NIT: 900.710.518-4

Ítem	Codigo CUPS	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	V/R Unitario	IVA	V/R UNITARIO TOTAL
		HEMODINAMIA CARDIOLOGIA						
1	0	CONSULTA E INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA	1	consulta	A Demada	$ 25.000		$ 25.000
2	876110	AORTOGRAMA TORACICO	1	procedimiento	A Demada	$ 300.000		$ 300.000
3	876110	AORTOGRAMA ABDOMINAL	1	procedimiento	A Demada	$ 300.000		$ 300.000
4	876120	ARTERIOGRAFIA CORONARIA	1	procedimiento	A Demada	$ 300.000		$ 300.000
5	876132	ARTERIOGRAFIA PULMONAR BILATERAL SELECTIVA	2	procedimiento	A Demada	$ 500.000		$ 500.000
6	876140	ARTERIOGRAFIA TORACICA DE ARTERIA MAMARIA INTERNA	1	procedimiento	A Demada	$ 2.800.000		$ 2.800.000
7	876131	ARTERIOGRAFIA PULMONAR BILATERAL CON CATETERISMO DERECHO	1	procedimiento	A Demada	$ 2.100.000		$ 2.100.000
8	876122	CATETERISMO CARDIACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZON MAS ARTERIOGRAFIA CORONARIA	12	procedimiento	A Demada	$ 2.350.000		$ 28.200.000
9	372302	CATETERISMO COMBINADO DE LOS LADOS DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZÓN MAS ARTERIOGRAFIA CORONARIA	1	procedimiento	A Demada	$ 2.500.000		$ 2.500.000
10	360101	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANIA UNO O DOS VASOS	5	procedimiento	A Demada	$ 4.920.000		$ 24.600.000
11	360102	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) MAS DE DOS VASOS	2	procedimiento	A Demada	$ 4.920.000		$ 9.840.000
12	378102	INSERCION DE MARCAPASO TRANSVENOSO TEMPORAL (TRANSITORIO) O IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS INCLUYE VENOCAVOGRAFIA Y VENOGRAFRIA FEMORAL	1	procedimiento	A Demada	$ 8.000.000		$ 8.000.000
13	360104	ANGIOPLASTIA CORONARIA (INCLUYE COLOCACION DE MARCAPASOS Y CORONARIOGRAFIA POST ANGIOPLASTIA INMEDIATA)	1	procedimiento	A Demada	$ 8.000.000		$ 8.000.000
14	355102	REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR VIA ENDOVASCULAR. (CIA- FORAMEN OVAL PERMEABLE)	1	procedimiento	A Demada	$ 8.000.000		$ 8.000.000
15	Sin codigo cups	TROMBECTOMIA PERCUTANEA ARTERIA PULMONAR. + CATETERISMO CARDIACO DERECHO+ARTERIOGRAFIA PULMONAR.	1	procedimiento	A Demada	$ 8.000.000		$ 8.000.000
		VASCULAR PERIFERICA						
16	395013	ANGIOPLASTIA ARTERIA VERTEBRAL, CON PROTESIS (STENT) O INJERTO(S) PROTÉSICO (S)	1	procedimiento	A Demada	$ 2.750.000		$ 2.750.000
17	395021	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA CON BALON DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO, CON PRÓTESIS (STENT) O INJERTO(S) PROTÉSICO (S)	1	procedimiento	A Demada	$ 2.750.000		$ 2.750.000
18	395031	ANGIOPLASTIA CON BALON DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES CON PRÓTESIS (STENT)	1	procedimiento	A Demada	$ 2.950.000		$ 2.950.000
19	395060	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS ABDOMINALES CON BALON CONVENCIONAL	1	procedimiento	A Demada	$ 2.750.000		$ 2.750.000

Ítem	Codigo CUPS	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	V/R Unitario	IVA	V/R UNITARIO TOTAL
20	395061	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS ABDOMINALES, CON PRÓTESIS (STENT)	1	procedimiento	A Demada	$ 2.750.000		$ 2.750.000
21	395062	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE ARTERIA MESENTERICA CON BALON Y PROTESIS STENT	1	procedimiento	A Demada	$ 2.750.000		$ 2.750.000
22	395081	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS INFERIORES, CON BALON Y PROTESIS STENT	5	procedimiento	A Demada	$ 2.750.000		$ 13.750.000
23	872202	AORTOGRAMA ABDOMINAL MAS ESTUDIO DE MIEMBROS INFERIORES	14	procedimiento	A Demada	$ 2.500.000		$ 35.000.000
24	874125	ARTERIOGRAFIA CAROTIDA BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA CON AORTOGRAMA (PANANGIO)	1	procedimiento	A Demada	$ 1.700.000		$ 1.700.000
25	876190	ARTERIOGRAFIA SELECTIVA TORACICA DE OTROS VASOS (ARTERIOGRAFIA RENAL)	1	procedimiento	A Demada	$ 2.500.000		$ 2.500.000
26	876241	ANGIOGRAFIA DE VENAS CAVAS O CAVOGRAFIA	1	procedimiento	A Demada	$ 950.000		$ 950.000
27	877112	ARTERIOGRAFIA DE VASOS ABDOMINALES (SELECTIVA MESENTERICA)	1	procedimiento	A Demada	$ 2.500.000		$ 2.500.000
28	877141	ARTERIOGRAFÍA DE LA ARTERIA GASTRODUODENAL, TRONCO CELIACO O MESENTÉRICA SUPERIOR O INFERIOR	1	procedimiento	A Demada	$ 2.500.000		$ 2.500.000
29	878111	ARTERIOGRAFIA PERIFERICA DE MIEMBROS SUPERIORES BILATERAL CON AORTOGRAMA TORACICO	1	procedimiento	A Demada	$ 2.500.000		$ 2.500.000
30	878301	FLEBOGRAFIA DE MIEMBROS SUPERIORES	1	procedimiento	A Demada	$ 450.000		$ 450.000
31	878401	FLEBOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES	1	procedimiento	A Demada	$ 450.000		$ 450.000
32	385320	OCLUSION DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES POR VIA ENDOVASCULAR (SISTEMA DE EMBOLIZACION)	1	procedimiento	A Demada	$ 2.000.000		$ 2.000.000
33	385520	OCLUSIÓN DE VASOS TORÁCICOS POR VÍA ENDOVASCULAR	1	procedimiento	A Demada	$ 1.500.000		$ 1.500
34	385620	OCLUSIÓN DE ARTERIAS ABDOMINALES POR VÍA ENDOVASCULAR	1	procedimiento	A Demada	$ 1.500.000		$ 1.500.000
35	385720	OCLUSIÓN DE VENAS ABDOMINALES POR VÍA ENDOVASCULAR	1	procedimiento	A Demada	$ 1.500.000		$ 1.500.000
36	385720	OCLUSIÓN DE VENAS INTRAABDOMINALES POR VÍA ENDOVASCULAR	1	procedimiento	A Demada	$ 1.500.000		$ 1.500.000
37	385820	OCLUSIÓN DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES POR VÍA ENDOVASCULAR	1	procedimiento	A Demada	$ 1.500.000		$ 1.500.000
38	385920	OCLUSIÓN DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES POR VÍA ENDOVASCULAR	1	procedimiento	A Demada	$ 1.500.000		$ 1.500.000
39	385220	OCLUSIÓN DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO POR VIA ENDOVASCULAR	1	procedimiento	A Demada	$ 1.500.000		$ 1.500.000
40	385201	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL EN ZONA I Y III DEL CUELLO	1	procedimiento	A Demada	$ 1.200.000		$ 1.200.000
41	385202	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL EN ZONA II DEL CUELLO	1	procedimiento	A Demada	$ 1.200.000		$ 1.200.000
42	385203	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA EN ZONA I Y III DEL CUELLO	1	procedimiento	A Demada	$ 1.200.000		$ 1.200.000
43	385204	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA EN ZONA II DEL CUELLO	1	procedimiento	A Demada	$ 1.200.000		$ 1.200.000
44	385205	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO	1	procedimiento	A Demada	$ 700.000		$ 700.000
45	385220	OCLUSIÓN DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO POR VÍA ENDOVASCULAR	1	procedimiento	A Demada	$ 700.000		$ 700
46	385302	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS AXILARES	1	procedimiento	A Demada	$ 700.000		$ 700.000
47	385303	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA EN BRAZO O ANTEBRAZO	1	procedimiento	A Demada	$ 700.000		$ 700.000
48	385303	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS EN BRAZO O ANTEBRAZO	1	procedimiento	A Demada	$ 700.000		$ 700.000
49	385601	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES UNA O MAS (SELECTIVAS)	1	procedimiento	A Demada	$ 1.200.000		$ 1.200.000
50	385701	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS INTRAABDOMINALES UNA O MAS(SELECTIVAS)	1	procedimiento	A Demada	$ 1.200.000		$ 1.200.000
51	385801	OCLUSION O PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL SUPRAPATELAR	1	procedimiento	A Demada	$ 750.000		$ 750.000
52	385802	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL INFRAPATELAR	1	procedimiento	A Demada	$ 750.000		$ 750.000
53	385901	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA PROFUNDA SUPRAPATELAR	1	procedimiento	A Demada	$ 750.000		$ 750.000

Ítem	Codigo CUPS	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	V/R Unitario	IVA	V/R UNITARIO TOTAL
54	385902	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA PROFUNDA INFRAPATELAR	1	procedimiento	A Demada	$ 750.000		$ 750.000
55		PANAGIOGRAFIA CEREBRAL	1	procedimiento	A Demada	$ 2.500.000		$ 2.500.000
56	380201	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE ZONA I Y III DE CUELLO	1	procedimiento	A Demada	$ 1.200.000		$ 1.200.000
57	380202	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE ZONA II DE CUELLO	1	procedimiento	A Demada	$ 1.200.000		$ 1.200.000
58	380203	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE ZONA I Y III DE CUELLO	1	procedimiento	A Demada	$ 1.200.000		$ 1.200.000
59	380204	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE ZONA II DE CUELLO	1	procedimiento	A Demada	$ 1.200.000		$ 1.200.000
60	380302	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIA AXILAR	1	procedimiento	A Demada	$ 1.200.000		$ 1.200.000
61	380303	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE BRAZO O ANTEBRAZO	1	procedimiento	A Demada	$ 1.200.000		$ 1.200.000
62	380305	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA AXILAR	1	procedimiento	A Demada	$ 1.200.000		$ 1.200.000
63	380306	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE BRAZO O ANTEBRAZO	1	procedimiento	A Demada	$ 1.200.000		$ 1.200.000
64	380601	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES VIA ABIERTA	1	procedimiento	A Demada	$ 1.500.000		$ 1.500.000
65	380701	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS ABDOMINALES VIA ABIERTA	1	procedimiento	A Demada	$ 1.500.000		$ 1.500.000
66	380801	TROMBOEMBOLECTOMIA SUPRAPATELAR DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES	1	procedimiento	A Demada	$ 1.200.000		$ 1.200.000
67	380802	TROMBOEMBOLECTOMIA INFRAPATELAR DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES	1	procedimiento	A Demada	$ 1.200.000		$ 1.200.000
68	380901	TROMBOEMBOLECTOMIA SUPRAPATELAR VENOSA PROFUNDA	1	procedimiento	A Demada	$ 1.200.000		$ 1.200.000
69	380903	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA SUPERFICIAL EN MIEMBROS INFERIORES	1	procedimiento	A Demada	$ 1.200.000		$ 1.200.000
70	381203	ENDARTERECTOMIA DE CAROTIDA INTERNA PORCION CERVICAL	1	procedimiento	A Demada	$ 1.500.000		$ 1.500.000
71	381303	ENDARTERECTOMIA DE VASOS DE BRAZO O ANTEBRAZO	1	procedimiento	A Demada	$ 1.500.000		$ 1.500.000
72	381304	ENDARTERECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	1	procedimiento	A Demada	$ 1.500.000		$ 1.500.000
73	381602	ENDARTERECTOMIA CELIACA O MESENTERICA	1	procedimiento	A Demada	$ 900.000		$ 900.000
74	381603	ENDARTERECTOMIA AORTOILIACA	1	procedimiento	A Demada	$ 1.800.000		$ 1.800.000
75	381601	ENDARTERECTOMIA RENAL	1	procedimiento	A Demada	$ 1.200.000		$ 1.200.000
76	381302	ENDARTERECTOMIA AXILAR	1	procedimiento	A Demada	$ 1.200.000		$ 1.200.000
77	381801	ENDARTERECTOMIA SUPRAPATELAR	1	procedimiento	A Demada	$ 1.200.000		$ 1.200.000
78	381802	ENDARTERECTOMIA INFRAPATELAR	1	procedimiento	A Demada	$ 1.200.000		$ 1.200.000
79	381803	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIAS DE MMII	1	procedimiento	A Demada	$ 1.200.000		$ 1.200.000
80	384201	RESECCION CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS DE VASOS DE LA ZONA I Y III DE CUELLO	1	procedimiento	A Demada	$ 1.100.000		$ 1.100.000
81	384202	RESECCION CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS DE VASOS DE LA ZONA II DE CUELLO	1	procedimiento	A Demada	$ 1.100.000		$ 1.100.000
82	384303	RESECCION EN BRAZO O ANTEBRAZO CON INTERPOCISION DE INJERTO O PROTESIS	1	procedimiento	A Demada	$ 1.100.000		$ 1.100.000
83	384400	RESECCION CON SUSTITUCION DE AORTA ABDOMINAL	1	procedimiento	A Demada	$ 1.100.000		$ 1.100.000
84	384600	RESECCION CON SUSTITUCION DE ARTERIAS ABDOMINALES	1	procedimiento	A Demada	$ 1.100.000		$ 1.100.000
85	384700	RESECCION CON SUSTITUCION DE VENAS ABDOMINALES	1	procedimiento	A Demada	$ 1.100.000		$ 1.100.000
86	384801	RESECCION ARTERIAL SUPRAPATELAR CON INJERTO ANTOLOGO O PROTESIS	1	procedimiento	A Demada	$ 1.100.000		$ 1.100.000
87	384802	RESECCION ARTERIAL INFRAPATELAR CON INJERTO ANTOLOGO O PROTESIS	1	procedimiento	A Demada	$ 1.100.000		$ 1.100.000
88	383303	RESECCION CON ANASTOMOSIS TT EN BRAZO O ANTEBRAZO	1	procedimiento	A Demada	$ 1.100.000		$ 1.100.000

Ítem	Codigo CUPS	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	V/R Unitario	IVA	V/R UNITARIO TOTAL
89	383601	RESECCION CON ANASTOMOSIS TT DE ARTERIAS ABDOMINALES	1	procedimiento	A Demada	$ 1.100.000		$ 1.100.000
90	383701	RESECCION CON ANASTOMOSIS TT DE VENAS ABDOMINALES	1	procedimiento	A Demada	$ 1.100.000		$ 1.100.000
91	386200	TOMA DE INJERTO VENOSO SOD	1	procedimiento	A Demada	$ 925.000		$ 925.000
92	386401	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL)(VENOSO) VIA ABIERTA	1	procedimiento	A Demada	$ 500.000		$ 500.000
93	388905	LIGADURA Y ESCISION DE VENAS VARICOSAS DE MIEMBROS INFERIORES	1	procedimiento	A Demada	$ 650.000		$ 650.000
94	391701	DERIVACION PORTO CAVA	1	procedimiento	A Demada	$ 1.100.000		$ 1.100.000
95	391704	DERIVACIÓN PORTO SISTÉMICA TRANSYUGULAR INTRAHEPATICA	1	procedimiento	A Demada	$ 1.100.000		$ 1.100.000
96	392204	DERIVACION PUENTE AORTO SUBCLAVIO	1	procedimiento	A Demada	$ 1.100.000		$ 1.100.000
97	392400	DERIVACION AORTO RENAL POR INJERTO EN Y O DE AORTA EN LAS DOS ARTERIAS RENALES	1	procedimiento	A Demada	$ 1.100.000		$ 1.100.000
98	392501	DERIVACION AORTOFEMORAL	1	procedimiento	A Demada	$ 1.100.000		$ 1.100.000
99	392502	DERIVACION AORTO ILIACA	1	procedimiento	A Demada	$ 1.100.000		$ 1.100.000
100	392503	DERIVACION O PUENTE ILIOFEMORAL	1	procedimiento	A Demada	$ 1.100.000		$ 1.100.000
101	392701	FORMACION DE FISTULA AV (PERIFERICA) PARA DIALISIS RENAL	1	procedimiento	A Demada	$ 1.100.000		$ 1.100.000
102	392802	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO PERONEAL	1	procedimiento	A Demada	$ 1.100.000		$ 1.100.000
103	392803	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO POPLITEO	1	procedimiento	A Demada	$ 1.100.000		$ 1.100.000
104	392803	DERIVACION AORTO POPLITEA	1	procedimiento	A Demada	$ 1.100.000		$ 1.100.000
105	392803	DERIVACION AORTOCAROTIDEA	1	procedimiento	A Demada	$ 1.100.000		$ 1.100.000
106	392804	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO TIBIAL	1	procedimiento	A Demada	$ 1.100.000		$ 1.100.000
107	395210	RECONSTRUCCION DE ARTERIA INTRAABDOMINAL POR MEDIO DE INJERTO INCLUYE DERIVACIONES AORTO FEMORAL Y AORTO ILIACA CON HOMOINJERTO O INJERTO SINTETICO SIMPLE O EN Y	1	procedimiento	A Demada	$ 900.000		$ 900.000
108	395301	CIERRE DE FISTULA ARTERIOVENOSA VIA ABIERTA	1	procedimiento	A Demada	$ 600.000		$ 600.000
109	395700	REPARO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA CON SISTEMA ILIAC BRANCH	1	procedimiento	A Demada	$ 2.250.000		$ 2.250.000
110	395800	ANEURISMECTOMIA DE AORTA INTRAABDOMINAL INCLUYE RESECCION CON INJERTO EN PARCHE	1	procedimiento	A Demada	$ 4.000.000		$ 4.000.000
111	397302	EXPLORACION DE ARTERIA AXILAR	1	procedimiento	A Demada	$ 650.000		$ 650.000
112	397303	EXPLORACION DE ARTERIA DE BRAZO O ANTEBRAZO	1	procedimiento	A Demada	$ 650.000		$ 650.000
113	397307	EXPLORACION DE ARTERIAS DE MIEMBROS SUPERIORES	1	procedimiento	A Demada	$ 650.000		$ 650.000
114	397307	EXPLORACION DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	1	procedimiento	A Demada	$ 650.000		$ 650.000
115	397501	EXPLORACION DE VASOS TORACICOS POR ESTERNOTOMIA	1	procedimiento	A Demada	$ 650.000		$ 650.000
116	397801	EXPLORACION ARTERIAL SUPRAPATELAR	1	procedimiento	A Demada	$ 650.000		$ 650.000
117	397802	EXPLORACION ARTERIAL INFRAPATELAR	1	procedimiento	A Demada	$ 650.000		$ 650.000
118	397803	EXPLORACION DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	1	procedimiento	A Demada	$ 650.000		$ 650.000
119	406600	LIGADURA (OBLITERACION) EN EL AREA ILIACA SOD	1	procedimiento	A Demada	$ 550.000		$ 550.000
120	388902	LIGADURA Y ESCISION INFRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS	1	procedimiento	A Demada	$ 650.000		$ 650.000
121	388901	LIGADURA Y ESCISION SUPRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS	1	procedimiento	A Demada	$ 650.000		$ 650.000
122	388904	LIGADURA Y ESCISION DE SAFENA INTERNA	1	procedimiento	A Demada	$ 650.000		$ 650.000
123	388903	LIGADURA Y ESCISION DE SAFENA EXTERNA	1	procedimiento	A Demada	$ 650.000		$ 650.000
124	834940	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICO DE MUSCULOS TENDONES Y FACIA EN PIERNA	1	procedimiento	A Demada	$ 550.000		$ 550.000
125	834950	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QX DE MUSCULOS Y TENDONES Y FASCIAS DE PIE Y ANTEPIE	1	procedimiento	A Demada	$ 550.000		$ 550.000
126	841203	AMPUTACION DESARTICULARCION DE ANTEPIE	1	procedimiento	A Demada	$ 550.000		$ 550.000
127	867002	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE DOS A CINCO CENTIMETROS CUADRADOS	1	procedimiento	A Demada	$ 850.000		$ 850.000
128	867003	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE MAS DE CINCO CENTIMETROS CUADRADOS	1	procedimiento	A Demada	$ 850.000		$ 850.000

Ítem	Codigo CUPS	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Promedio consumo mensual	V/R Unitario	IVA	V/R UNITARIO TOTAL
129	867004	COLGAJO LOCAL SIMPLE DEL PIE DE MAS DE DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS	1	procedimiento	A Demada	$ 850.000		$ 850.000
130	831471	FASCIOTOMIA EN PIERNA POR UNA O MAS INCISIONES	1	procedimiento	A Demada	$ 600.000		$ 600.000
131	383702	ANASTOMOSIS VENOSA INTRAABDOMINAL	1	procedimiento	A Demada	$ 1.000.000		$ 1.000.000
132	540010	DRENAJE DE COLECCIÓN RETROPERITONEAL VIA ABIERTA	1	procedimiento	A Demada	$ 460.000		$ 460.000
133	549300	REPARACION DE FISTULA ARTERIOVENOSA POR LIGADURA, RESECCION O SUTURA	1	procedimiento	A Demada	$ 950.000		$ 950.000
134	393904	ANEURISMECTOMÍA INTRAABDOMINAL (EXCEPTO AORTA); INCLUYE ANEURISMA HIPOGÁSTRICO, EXTIRPACIÓN FÍSTULA ARTERIOVENOSA (PÉLVICA), RESECCIÓN O COLOCACIÓN DE INJERTO EN PARCHE, SUTURA	1	procedimiento	A Demada	$ 3.000.000		$ 3.000.000
135	**Sin Codigo Cups**	ABLACION DE VARICES POR RADIOFRECUENCIA	1	procedimiento	A Demada	$ 3.500.000		$ 3.500.000

NOTA: EL VALOR DE LOS PROCEDIMIENTOS COTIZADOS SON PROYECTADOS POR EL MES Y SE REALIZAN A DEMANDA DEL SERVICIO

TOTAL COTIZACIÓN MES	**$ 300.000.000**

TRESCIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE

SOLUCIONES MEDICAS ESPECIALIZADAS SYS
NIT. 900.710.518-4

Erika del R. Suarez

FIRMA
ERIKA SAYANOVA DEL REAL SUAREZ
Cédula de Ciudadanía No. 35.525.336 expedida en Facatativá
Representante Legal

Ciudad y fecha: Chía Cundinamarca, 14 DE ENERO DE 2021

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	SOLICITUD DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	CÓDIGO : AP-GF-F-03-03
		VERSIÓN : 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTION FINANCIERA	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA :08/06/2017

Fecha de la solicitud:

15	1	2021
DÍA	MES	AÑO

DATOS DEL SOLICITANTE

Área ó centro solicitante:	OFICINA DE COMPRAS
Centro de costo	T01
Objeto:	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA, ENDOVASCULAR Y HEMODINAMIA, QUE INCLUYA LOS INSUMOS NECESARIOS Y EL RECURSO HUMANO IDONEO QUE PERMITAN REALIZAR LOS EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DE APOYO DIÁGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO DE TIPO INVASIVO, PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, AMBULATORIOS, CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS DE ACUERDO A LA CONTRATACIÓN VIGENTE QUE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. TIENE CON LOS DIFERENTES PAGADORES (EPS SUBSIDIADAS, CONTRIBUTIVAS Y DEMÁS ENTIDADES), CUYO SERVICIO DEBERÁ SER PRESTADO EN LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMON BOLIVAR.
Rubro presupuestal:	**ADQUISICIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**
Código del Rubro:	**421202020090801**
Valor Solicitado (En letras y números):	DOSCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($250.000.000)

FIRMAS	LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA **Nombre del responsable de área o centro que solicita**	**Firma del solicitante**
	DRA DIANA CAROLINA CAMELO SÁNCHEZ **Nombre del Director que revisa**	**Firma Revisado**
	DR. FABIO CORTES CRUZ **Nombre Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud**	**Vo. Bo.**
	DR. JAIME HUMBERTO GARCÍA HURTADO **Nombre del Gerente**	**Firma aprobado**

Recibido en Presupuesto _____

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	SOLICITUD DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	CÓDIGO : AP-GF-F-03-03
		VERSIÓN : 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTION FINANCIERA	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA :08/06/2017

Fecha de la solicitud:

15	1	2021
DÍA	MES	AÑO

DATOS DEL SOLICITANTE

Área ó centro solicitante:	OFICINA DE COMPRAS
Centro de costo	T01
Objeto:	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA, ENDOVASCULAR Y HEMODINAMIA, QUE INCLUYA LOS INSUMOS NECESARIOS Y EL RECURSO HUMANO IDONEO QUE PERMITAN REALIZAR LOS EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DE APOYO DIÁGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO DE TIPO INVASIVO, PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, AMBULATORIOS, CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS DE ACUERDO A LA CONTRATACIÓN VIGENTE QUE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. TIENE CON LOS DIFERENTES PAGADORES (EPS SUBSIDIADAS, CONTRIBUTIVAS Y DEMÁS ENTIDADES), CUYO SERVICIO DEBERÁ SER PRESTADO EN LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMON BOLIVAR.
Rubro presupuestal:	**MATERIAL MÉDICO-QUIRURGICOS**
Código del Rubro:	**421202010040201**
Valor Solicitado (En letras y números):	CIEN MILLONES DE PESOS M/CTE ($100.000.000)

FIRMAS	LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA **Nombre del responsable de área o centro que solicita**	**Firma del solicitante**
	DRA DIANA CAROLINA CAMELO SÁNCHEZ **Nombre del Director que revisa**	**Firma Revisado**
	DR. FABIO CORTES CRUZ **Nombre Subgerente Corporativo y/o de Servicios de Salud**	**Vo. Bo.**
	DR. JAIME HUMBERTO GARCÍA HURTADO **Nombre del Gerente**	**Firma aprobado**

Recibido en Presupuesto _____

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Enero 19 De 2021 CDP. No. 136

ORIGINAL

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO
CERTIFICA:

QUE EN LA FECHA LOS REGISTROS DE EJECUCION PRESUPUESTAL MUESTRAN EL SIGUIENTE SALDO DE APROPIACION:

DEPENDENCIA : T01 GERENCIA Y JUNTA DIRECTIVA

CODIGO RUBRO.....: 421202020900081000000000001
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 421202020090801
NOMBRE RUBRO.....: ADQUISICIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

SALDO DE DISPONIBILIDADES :	743,000,000.00
PRESUPUESTO DISPONIBLE :	1,377,426,473.00
SALDO DE APROPIACION :	2,120,426,473.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: GARCIA HURTADO JAIME HUMBERTO ,
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO,
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:
SERVICIO DE HEMODINAMIA CX VASC PERIFERICA SUBRED

POR UN VALOR INICIAL DE :	250,000,000.00
CON UN VALOR REINTEGRADO DE :	.00
PARA UN VALOR ACTUAL DE :	250,000,000.00

DOSCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 743,000,000.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 1,127,426,473.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (347) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.

NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Enero 19 De 2021 CDP. No. 137

EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO CERTIFICA: ORIGINAL

QUE EN LA FECHA LOS REGISTROS DE EJECUCION PRESUPUESTAL MUESTRAN EL SIGUIENTE SALDO DE APROPIACION:

DEPENDENCIA : T01 GERENCIA Y JUNTA DIRECTIVA

CODIGO RUBRO.....: 4212020104000210000000000001
CODIGO PRESUPUESTAL.....: 421202010040201
NOMBRE RUBRO.....: MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICOS

SALDO DE DISPONIBILIDADES :	1,639,937,861.00
PRESUPUESTO DISPONIBLE :	10,242,021,195.00
SALDO DE APROPIACION :	11,881,959,056.00

SE EXPIDE ESTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: GARCIA HURTADO JAIME HUMBERTO ,
EL OBJETO DE ESTA DISPONIBILIDAD SE PERFECCIONARA CON GIRO RESERVADO,
PARA RESPALDAR EL COMPROMISO:
SERVICIO DE HEMODINAMIA CX VASC PERIFERICA SUBRED

POR UN VALOR INICIAL DE :	100,000,000.00
CON UN VALOR REINTEGRADO DE :	.00
PARA UN VALOR ACTUAL DE :	100,000,000.00

CIEN MILLONES DE PESOS CON 00/100 M/CTE

SOBRE ESTA MISMA APROPIACION SE HAN EXPEDIDO A LA FECHA CERTIFICADOS DE
DISPONIBILIDAD PARA COMPROMISOS POR VALOR DE: 1,639,937,861.00
LOS CUALES NO HAN SIDO RESERVADOS NI ANULADOS.
DISPONIBILIDAD NETA : 10,142,021,195.00

ESTA DISPONIBILIDAD TIENE UNA VIGENCIA DE (347) DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICIÓN.

NESTOR JAVIER RODRIGUEZ MENDEZ
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

Gmail Karen Baracaldo <comprasrednorte7@gmail.com>

INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA 003 - 2021

7 mensajes

Karen Baracaldo <comprasrednorte7@gmail.com> 18 de enero de 2021, 18:01
Para: SOLUCIONES MEDICAS ESPECIALIZADAS SYS <solucionsys@gmail.com>

Buenas tardes

Señores

SOLUCIONES MÉDICAS ESPECIALIZADAS S.A.S - SYS S.A.S

Mediante el presente se envía documentación requerida para la contratación directa No 003-2021 cuyo objeto es: **"CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA, ENDOVASCULAR Y HEMODINAMIA, QUE INCLUYA LOS INSUMOS NECESARIOS Y EL RECURSO HUMANO IDONEO QUE PERMITAN REALIZAR LOS EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DE APOYO DIÁGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO DE TIPO INVASIVO, PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, AMBULATORIOS, CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS DE ACUERDO A LA CONTRATACIÓN VIGENTE QUE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. TIENE CON LOS DIFERENTES PAGADORES (EPS SUBSIDIADAS, CONTRIBUTIVAS Y DEMÁS ENTIDADES), CUYO SERVICIO DEBERÁ SER PRESTADO EN LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMON BOLIVAR."**

Por lo anterior se solicita enviar esta documentación lo más pronto posible, puesto que el contrato se requiere con alta urgencia.

--
Quedo atenta,

Gracias

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

Karen Baracaldo Vargas
Técnico Administrativo
Dirección de Contratación - Compras
Tel: (571) 4431790 ext 1024
3012120144

5 adjuntos

- **ANEXOS HEMODINAMIA 2021.pdf** 324K
- **INVITACIÓN+A+COTIZAR+DIRECTA...pdf** 274K
- **ANEXO 3 SARLAFT.xlsx** 50K
- **ANEXOS 1 Y 2.docx** 20K
- **Estudios Previos.pdf** 8439K

SOLUCIONES MEDICAS ESPECIALIZADAS SYS <solucionsys@gmail.com> 18 de enero de 2021, 19:20
Para: Karen Baracaldo <comprasrednorte7@gmail.com>

Karen confirmamos recibido, agradecemos nos aclaren si la propuesta debe radicarse en físico o puede ser enviada en medio magnético a este correo.

Quedamos atentos.

Cordialmente.
[El texto citado está oculto]
--
Cordialmente.
Soluciones Medicas Especializadas SYS

SOLUCIONES MÉDICAS
ESPECIALIZADAS SYS S.A.S.

Karen Baracaldo <comprasrednorte7@gmail.com> 18 de enero de 2021, 19:32
Para: SOLUCIONES MEDICAS ESPECIALIZADAS SYS <solucionsys@gmail.com>

Cordial saludo

Solo puede ser recibida por este medio

Quedo atento
[El texto citado está oculto]

SOLUCIONES MEDICAS ESPECIALIZADAS SYS <solucionsys@gmail.com> 19 de enero de 2021, 14:58
Para: Karen Baracaldo <comprasrednorte7@gmail.com>

Cordial saludo, en atención a su solicitud realizada sobre la documentación requerida para la contratación directa No 003-2021 cuyo objeto es: **"CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA, ENDOVASCULAR Y HEMODINAMIA, QUE INCLUYA LOS INSUMOS NECESARIOS Y EL RECURSO HUMANO IDONEO QUE PERMITAN REALIZAR LOS EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DE APOYO DIÁGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO DE TIPO INVASIVO, PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, AMBULATORIOS, CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS DE ACUERDO A LA CONTRATACIÓN VIGENTE QUE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. TIENE CON LOS DIFERENTES PAGADORES (EPS SUBSIDIADAS, CONTRIBUTIVAS Y DEMÁS ENTIDADES), CUYO SERVICIO DEBERÁ SER PRESTADO EN LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMON BOLIVAR."** adjuntamos el
link con los documentos que hacen parte de la invitación, organizados según corresponde en el mismo.

Link de descarga documentos:
https://we.tl/t-5zC2PectEl

Agradecemos confirmar recibido y en caso que se requiera información adicional estamos atentos para aportarla en el menor tiempo posible.

Cordialmente,

[El texto citado está oculto]

Karen Baracaldo <comprasrednorte7@gmail.com> 19 de enero de 2021, 15:46
Para: SOLUCIONES MEDICAS ESPECIALIZADAS SYS <solucionsys@gmail.com>

RECIBIDO.
[El texto citado está oculto]

Karen Baracaldo <comprasrednorte7@gmail.com> 19 de enero de 2021, 15:55
Para: "Direccion Financiera Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. (Astrid Russi)" <sarlaft@subrednorte.gov.co>, fotosarussi@gmail.com, KaTe Dávila <katheyw16@hotmail.com>, subservicios@subrednorte.gov.co, subservicios02@subrednorte.gov.co, Carlos Eduardo Sanchez Bermudez

<carlosedsb@gmail.com>

Cordial saludo

Por medio de la presente, se hace envío de la propuesta del oferente Soluciones Médicas Especializadas S.A.S, para su correspondiente evaluación, la cual debe ser allegada a más tardar el 20 de enero de 2021 a la 4:00p.m, toda vez que se requiere el contrato de manera URGENTE, tener en cuenta que el **EVALUADOR TÉCNICO** adicional deberá verificar y evaluar la oferta económica y realizar la evaluación económica correspondiente.

Link de descarga documentos:
https://we.tl/t-5zC2PectEl

[El texto citado está oculto]

Karen Baracaldo <comprasrednorte7@gmail.com> 19 de enero de 2021, 16:31
Para: subservicios06@subrednorte.gov.co

[El texto citado está oculto]

INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA No. 003-2021
CON SOLUCIONES MÉDICAS ESPECIALIZADAS S.A.S - SYS S.A.S

OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA, ENDOVASCULAR Y HEMODINAMIA, QUE INCLUYA LOS INSUMOS NECESARIOS Y EL RECURSO HUMANO IDONEO QUE PERMITAN REALIZAR LOS EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DE APOYO DIÁGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO DE TIPO INVASIVO, PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, AMBULATORIOS, CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS DE ACUERDO A LA CONTRATACIÓN VIGENTE QUE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. TIENE CON LOS DIFERENTES PAGADORES (EPS SUBSIDIADAS, CONTRIBUTIVAS Y DEMÁS ENTIDADES), CUYO SERVICIO DEBERÁ SER PRESTADO EN LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMON BOLIVAR.

ESPECIFICACIONES DEL BIEN O SERVICIO

ITEM	NOMBRE / DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	CONSUMO PROMEDIO MENSUAL	OBSERVACIÓN
	HEMODINAMIA CARDIOLOGÍA				
1	CONSULTA E INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA	CONSULTA	45	A DEMANDA	CONSULTA
2	AORTOGRAMA TORACICO	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
3	AORTOGRAMA ABDOMINAL	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
4	ARTERIOGRAFIA CORONARIA	PROCEDIMIENTO	3	A DEMANDA	CX VASCULAR
5	ARTERIOGRAFIA PULMONAR BILATERAL SELECTIVA	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
6	ARTERIOGRAFIA TORACICA DE ARTERIA MAMARIA INTERNA	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
7	ARTERIOGRAFIA PULMONAR BILATERAL CON CATETERISMO DERECHO	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
8	CATETERISMO CARDIACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZON MAS ARTERIOGRAFIA CORONARIA	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
9	CATETERISMO COMBINADO DE LOS LADOS DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZÓN MAS ARTERIOGRAFIA CORONARIA	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
10	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANIA UNO O DOS VASOS	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
11	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) MAS DE DOS VASOS	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
12	INSERCION DE MARCAPASO TRANSVENOSO TEMPORAL (TRANSITORIO) O IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS INCLUYE VENOCAVOGRAFIA Y VENOGRAFRIA FEMORAL	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
13	ANGIOPLASTIA CORONARIA (INCLUYE COLOCACION DE MARCAPASOS Y CORONARIOGRAFIA POST ANGIOPLASTIA INMEDIATA)	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
14	REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR VIA ENDOVASCULAR. (CIA-FORAMEN OVAL PERMEABLE)	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR

15	TROMBECTOMIA PERCUTANEA ARTERIA PULMONAR. + CATETERISMO CARDIACO DERECHO+ARTERIOGRAFIA PULMONAR.	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
	VASCULAR PERIFERICA				
16	ANGIOPLASTIA ARTERIA VERTEBRAL, CON PRÓTESIS (STENT) O INJERTO(S) PROTÉSICO (S)	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
17	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA CON BALON DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO, CON PRÓTESIS (STENT) O INJERTO(S) PROTÉSICO (S)	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
18	ANGIOPLASTIA CON BALON DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES CON PRÓTESIS (STENT)	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
19	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS ABDOMINALES CON BALON CONVENCIONAL	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
20	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS ABDOMINALES, CON PRÓTESIS (STENT)	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
21	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE ARTERIA MESENTERICA CON BALON Y PROTESIS STENT	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
22	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS INFERIORES, CON BALON Y PROTESIS STENT	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
23	AORTOGRAMA ABDOMINAL MAS ESTUDIO DE MIEMBROS INFERIORES	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
24	ARTERIOGRAFIA CAROTIDA BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA CON AORTOGRAMA (PANANGIO)	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
25	ARTERIOGRAFIA SELECTIA TORACICA DE OTROS VASOS (ARTERIOGRAFIA RENAL)	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
26	ANGIOGRAFIA DE VENAS CAVAS O CAVOGRAFIA	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
27	ARTERIOGRAFIA DE VASOS ABDOMINALES (SELECTIVA MESENTERICA)	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
28	ARTERIOGRAFÍA DE LA ARTERIA GASTRODUODENAL, TRONCO CELIACO O MESENTÉRICA SUPERIOR O INFERIOR	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
29	ARTERIOGRAFIA PERIFERICA DE MIEMBROS SUPERIORES BILATERAL CON AORTOGRAMA TORACICO	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
30	FLEBOGRAFIA DE MIEMBROS SUPERIORES	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
31	FLEBOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
32	OCLUSION DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES POR VIA ENDOVASCULAR (SISTEMA DE EMBOLIZACION)	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
33	OCLUSIÓN DE VASOS TORÁCICOS POR VÍA ENDOVASCULAR	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
34	OCLUSIÓN DE ARTERIAS ABDOMINALES POR VÍA ENDOVASCULAR	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
35	OCLUSIÓN DE VENAS ABDOMINALES POR VÍA ENDOVASCULAR	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR

36	OCLUSIÓN DE VENAS INTRAABDOMINALES POR VÍA ENDOVASCULAR	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
37	OCLUSIÓN DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES POR VÍA ENDOVASCULAR	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
38	OCLUSIÓN DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES POR VÍA ENDOVASCULAR	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
39	OCLUSIÓN DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO POR VIA ENDOVASCULAR	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
40	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL EN ZONA I Y III DEL CUELLO	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
41	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL EN ZONA II DEL CUELLO	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
42	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA EN ZONA I Y III DEL CUELLO	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
43	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA EN ZONA II DEL CUELLO	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
44	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
45	OCLUSIÓN DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO POR VÍA ENDOVASCULAR	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
46	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS AXILARES	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
47	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA EN BRAZO O ANTEBRAZO	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
48	OCLUSION PINZAMIENTO OLIGADURA DE VASOS EN BRAZO O ANTEBRAZO	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
49	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES UNA O MAS (SELECTIVAS)	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
50	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS INTRAABDOMINALES UNA O MAS(SELECTIVAS)	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
51	OCLUSION O PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL SUPRAPATELAR	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
52	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL INFRAPATELAR	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
53	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA PROFUNDA SUPRAPATELAR	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
54	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA PROFUNDA INFRAPATELAR	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
55	PANANGIOGRAFIA CEREBRAL	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
56	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE ZONA I Y III DE CUELLO	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
57	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE ZONA II DE CUELLO	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
58	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE ZONA I Y III DE CUELLO	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
59	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE ZONA II DE CUELLO	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
60	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIA AXILAR	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR

61	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE BRAZO O ANTEBRAZO	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
62	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA AXILAR	PROCEDIMIENTO		A DEMANDA	CX VASCULAR
63	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE BRAZO O ANTEBRAZO	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
64	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES VIA ABIERTA	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
65	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS ABDOMINALES VIA ABIERTA	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
66	TROMBOEMBOLECTOMIA SUPRAPATELAR DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES	PROCEDIMIENTO	3	A DEMANDA	CX VASCULAR
67	TROMBOEMBOLECTOMIA INFRAPATELAR DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
68	TROMBOEMBOLECTOMIA SUPRAPATELAR VENOSA PROFUNDA	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
69	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA SUPERFICIAL EN MIEMBROS INFERIORES	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
70	ENDARTERECTOMIA DE CAROTIDA INTERNA PORCION CERVICAL	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
71	ENDARTERECTOMIA DE VASOS DE BRAZO O ANTEBRAZO	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
72	ENDARTERECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
73	ENDARTERECTOMIA CELIACA O MESENTERICA	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
74	ENDARTERECTOMIA AORTOILIACA	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
75	ENDARTERECTOMIA RENAL	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
76	ENDARTERECTOMIA AXILAR	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
77	ENDARTERECTOMIA SUPRAPATELAR	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
78	ENDARTERECTOMIA INFRAPATELAR	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
79	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIAS DE MMII	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
80	RESECCION CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS DE VASOS DE LA ZONA I Y III DE CUELLO	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
81	RESECCION CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS DE VASOS DE LA ZONA II DE CUELLO	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
82	RESECCION EN BRAZO O ANTEBRAZO CON INTERPOCISION DE INJERTO O PROTESIS	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
83	RESECCION CON SUSTITUCION DE AORTA ABDOMINAL	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
84	RESECCION CON SUSTITUCION DE ARTERIAS ABDOMINALES	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
85	RESECCION CON SUSTITUCION DE VENAS ABDOMINALES	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
86	RESECCION ARTERIAL SUPRAPATELAR CON INJERTO ANTOLOGO O PROTESIS	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
87	RESECCION ARTERIAL INFRAPATELAR CON INJERTO ANTOLOGO O PROTESIS	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
88	RESECCION CON ANASTOMOSIS TT EN BRAZO O ANTEBRAZO	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR

89	RESECCION CON ANASTOMOSIS TT DE ARTERIAS ABDOMINALES	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
90	RESECCION CON ANASTOMOSIS TT DE VENAS ABDOMINALES	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
91	TOMA DE INJERTO VENOSO SOD	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
92	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL)(VENOSO) VIA ABIERTA	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
93	LIGADURA Y ESCISION DE VENAS VARICOSAS DE MIEMBROS INFERIORES	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
94	DERIVACION PORTO CAVA	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
95	DERIVACIÓN PORTO SISTÉMICA TRANSYUGULAR INTRAHEPATICA	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
96	DERIVACION PUENTE AORTO SUBCLAVIO	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
97	DERIVACION AORTO RENAL POR INJERTO EN Y O DE AORTA EN LAS DOS ARTERIAS RENALES	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
98	DERIVACION AORTOFEMORAL	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
99	DERIVACION AORTO ILIACA	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
100	DERIVACION O PUENTE ILIOFEMORAL	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
101	FORMACION DE FISTULA AV (PERIFERICA) PARA DIALISIS RENAL	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
102	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO PERONEAL	PROCEDIMIENTO	3	A DEMANDA	CX VASCULAR
103	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO POPLITEO	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
104	DERIVACION AORTO POPLITEA	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
105	DERIVACION AORTOCAROTIDEA	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
106	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO TIBIAL	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
107	RECONSTRUCCION DE ARTERIA INTRAABDOMINAL POR MEDIO DE INJERTO INCLUYE DERIVACIONES AORTO FEMORAL Y AORTO ILIACA CON HOMOINJERTO O INJERTO SINTETICO SIMPLE O EN Y	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
108	CIERRE DE FISTULA ARTERIOVENOSA VIA ABIERTA	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
109	REPARO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA CON SISTEMA ILIAC BRANCH	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
110	ANEURISMECTOMIA DE AORTA INTRAABDOMINAL INCLUYE RESECCION CON INJERTO EN PARCHE	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
111	EXPLORACION DE ARTERIA AXILAR	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	CX VASCULAR
112	EXPLORACION DE ARTERIA DE BRAZO O ANTEBRAZO	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	VASCULAR HEMOD
113	EXPLORACION DE ARTERIAS DE MIEMBROS SUPERIORES	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	VASCULAR HEMOD
114	EXPLORACION DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	VASCULAR HEMOD
115	EXPLORACION DE VASOS TORACICOS POR ESTERNOTOMIA	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	VASCULAR HEMOD
116	EXPLORACION ARTERIAL SUPRAPATELAR	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	VASCULAR HEMOD

117	EXPLORACION ARTERIAL INFRAPATELAR	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	VASCULAR HEMOD
118	EXPLORACION DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	VASCULAR HEMOD
119	LIGADURA (OBLITERACION) EN EL AREA ILIACA SOD	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	VASCULAR HEMOD
120	LIGADURA Y ESCISION INFRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	VASCULAR HEMOD
121	LIGADURA Y ESCISION SUPRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	VASCULAR HEMOD
122	LIGADURA Y ESCISION DE SAFENA INTERNA	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	VASCULAR HEMOD
123	LIGADURA Y ESCISION DE SAFENA EXTERNA	PROCEDIMIENTO	3	A DEMANDA	VASCULAR HEMOD
124	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICO DE MUSCULOS TENDONES Y FACIA EN PIERNA	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	VASCULAR HEMOD
125	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QX DE MUSCULOS Y TENDONES Y FASCIAS DE PIE Y ANTEPIE	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	VASCULAR HEMOD
126	AMPUTACION DESARTICULARCION DE ANTEPIE	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	VASCULAR HEMOD
127	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE DOS A CINCO CENTIMETROS CUADRADOS	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	VASCULAR HEMOD
128	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE MAS DE CINCO CENTIMETROS CUADRADOS	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	VASCULAR HEMOD
129	COLGAJO LOCAL SIMPLE DEL PIE DE MAS DE DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	VASCULAR HEMOD
130	FASCIOTOMIA EN PIERNA POR UNA O MAS INCISIONES	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	VASCULAR HEMOD
131	ANASTOMOSIS VENOSA INTRAABDOMINAL	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	VASCULAR HEMOD
132	DRENAJE DE COLECCIÓN RETROPERITONEAL VIA ABIERTA	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	VASCULAR HEMOD
133	REPARACION DE FISTULA ARTERIOVENOSA POR LIGADURA, RESECCION O SUTURA	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	VASCULAR HEMOD
134	ANEURISMECTOMIA INTRAABDOMINAL (EXCEPTO AORTA); INCLUYE ANEURISMA HIPOGÁSTRICO, EXTIRPACIÓN FÍSTULA ARTERIOVENOSA (PÉLVICA), RESECCIÓN O COLOCACIÓN DE INJERTO EN PARCHE, SUTURA	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	VASCULAR HEMOD
135	ABLACION DE VARICES POR RADIOFRECUENCIA	PROCEDIMIENTO	1	A DEMANDA	VASCULAR HEMOD
	INSUMOS				
136	ASA DE RESCATE DE 4FR	INSUMO	A DEMANDA	A DEMANDA	
137	BALÓN CONVENCIONAL DE ANGIOPLASTIA CORONARIA DIFERENTES MEDIDAS	INSUMO	A DEMANDA	A DEMANDA	
138	BALÓN CONVENCIONAL PERIFÉRICO DE DIVERSAS LONGITUDES Y DIÁMETROS	INSUMO	A DEMANDA	A DEMANDA	
139	BALÓN DE ALTA PRESIÓN D ANGIOPLASTIA CORONARIA DIFERENTES MEDIDAS	INSUMO	A DEMANDA	A DEMANDA	

140	BALÓN DE ANGIOPLASTIA CORONARIA MEDICADO DE DIFERENTES MEDIDAS	INSUMO	A DEMANDA	A DEMANDA	
141	BALÓN DE CONTRAPULSACIONES	INSUMO	A DEMANDA	A DEMANDA	
142	CATÉTER DE OCLUSIÓN TOTAL 0.14 O 0.35	INSUMO	A DEMANDA	A DEMANDA	
143	CATÉTER EXTRACTOR DE TROMBOS	INSUMO	A DEMANDA	A DEMANDA	
144	CATÉTER GUÍA AMPLATZ	INSUMO	A DEMANDA	A DEMANDA	
145	CATÉTER GUÍA DE ALTO SOPORTE SBS/ X VODA	INSUMO	A DEMANDA	A DEMANDA	
146	CATÉTER GUÍA INTRAMAMARIO	INSUMO	A DEMANDA	A DEMANDA	
147	CATÉTER GUÍA MULTIPROPÓSITO	INSUMO	A DEMANDA	A DEMANDA	
148	CATÉTER RADIOFRECUENCIA PARA VARICE ENDOVASCULAR Y/O PERFORANTES 7FR X 60CM	INSUMO	A DEMANDA	A DEMANDA	
149	COILS EMBOLIZACIÓN PERIFÉRICA DE 3MMA 20MM ENTRE 5 A 40 CM DE LONG	INSUMO	A DEMANDA	A DEMANDA	
150	COMPONENTE DE ENDOPRÓTESIS VASCULAR TORÁCICA O ABDOMINAL EN DIFERENTES MEDIDAS PARA CORRECCIÓN DE ANEURISMA VÍA ENDOVASCULAR	INSUMO	A DEMANDA	A DEMANDA	
151	EQUIPO DE PERICARDIO SÍNTESIS	INSUMO	A DEMANDA	A DEMANDA	
152	FILTRO VENA CAVA	INSUMO	A DEMANDA	A DEMANDA	
153	INTRODUCTOR FEMORAL REFORZADO LARGO	INSUMO	A DEMANDA	A DEMANDA	
154	LÍQUIDO EMBOLIZANTE ONIX	INSUMO	A DEMANDA	A DEMANDA	
155	MICRO CATÉTER CON MICRO GUÍA	INSUMO	A DEMANDA	A DEMANDA	
156	MICROPARTÍCULAS DE EMBOLIZACIÓN	INSUMO	A DEMANDA	A DEMANDA	
157	SISTEMA DE TROMBECTOMÍA PERCUTÁNEA	INSUMO	A DEMANDA	A DEMANDA	
158	STENT CORONARIO MEDICADO DE DIFERENTES MEDIDAS	INSUMO	A DEMANDA	A DEMANDA	
159	STENT PERIFÉRICO AUTO EXPANDIBLE DE DIFERENTES MEDIDAS	INSUMO	A DEMANDA	A DEMANDA	
160	STENT BALÓN MONTADO PARA USO PERIFÉRICO	INSUMO	A DEMANDA	A DEMANDA	

CRONOGRAMA DE LA INVITACIÓN	
CIERRE Y ENTREGA DE PROPUESTA	DENTRO DE LOS DOS (2) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES AL ENVÍO DE LA INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA

JURÍDICOS:

1. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTE PARAFISCALES (MODELO ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED)
2. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO No. 3 ENTREGADO POR LA SUBRED)
3. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL/ MATRÍCULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS)
4. FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT
5. FOTOCOPIA DEL REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA - RIT
6. FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL
7. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS
8. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS

DOCUMENTOS SOPORTES QUE DEBE ANEXAR EL PROPONENTE	9. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 10. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DÍAS. 11. CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS - POLICIA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL, NO MAYOR A TREINTA (30) DIAS. 12. CERTIFICACIÓN BANCARIA 13. RUP (REGISTRO UNICO DE PROPONENTES). ACTUALIZADO VIGENCIA DE 2020. CON INFORMACIÓN DE CIERRE CONTABLE DEL AÑO 2019. **FINANCIERA:** 1. BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADOS DEBIDAMENTE DISCRIMINADOS CON FECHA DE CORTE 31 DE DICIEMBRE DE 2019. 2. FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y TARJETA DE PROFESIONAL DE CONTADOR PÚBLICO Y/O REVISOR FISCAL QUE FIRMAN EL BALANCE GENERAL Y ESTADO DE RESULTADOS APORTADOS. **SARLAFT:** 1. AP-GF-F-23-02 FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA; EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR EXTERNA No. 009 -2016 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (ANEXO No. 4 ENTREGADO POR LA SUBRED). 2. ESTADOS FINANCIEROS DEL ÚLTIMO PERIODO DISPONIBLE, EXPEDIDOS DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS VIGENTES, CERTIFICADOS Y/O DICTAMINADOS SEGÚN SEA EL CASO. (SOLO LOS OBLIGADOS A LLEVAR CONTABILIDAD). 3. FOTOCOPIA DECLARACIÓN DE RENTA DEL ULTIMO PERIODO GRAVABLE DECLARADO. NOTA: SE DEBE DILIGENCIAR EN SU TOTALIDAD, NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO, EN ESE CASO DE QUE NO APLIQUE DILIGENCIAR (N/A). SI REQUIERE APODERADO, ADJUNTAR PODER DEBIDAMENTE FIRMADO CON RECONOCIMIENTO ANTE NOTARIO PÚBLICO. **TÉCNICOS:** 1. ANEXO TÉCNICO No 1 **ECONÓMICOS:** 1.PRESENTAR PROPUESTA ECONÓMICA EN DONDE SE ESPECIFIQUE EL VALOR UNITARIO, IVA (SI APLICA) Y VALOR TOTAL DE LOS ÍTEMS A CONTRATAR. 2.LA PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL PRESENTE PROCESO DEBE SER FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	
JURÍDICOS	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS
FINANCIERA	1. CUMPLE O NO CUMPLE. PRESENTACIÓN DE LA TOTALIDAD DE DOCUMENTOS SOLICITADOS 2. CUMPLE O NO CUMPLE CON DOS (2) DE LOS TRES (3) INDICADORES FINANCIEROS REQUERIDOS: A) ÍNDICE DE LIQUIDEZ: MAYOR Ó IGUAL A UNO PUNTO CINCO (1,5), CALCULADO ASÍ: ÍNDICE DE LIQUIDEZ = ACTIVO CORRIENTE / PASIVO CORRIENTE. B) ÍNDICE DE ENDEUDAMIENTO: DEBERÁ ACREDITAR UN NIVEL DE ENDEUDAMIENTO, MENOR Ó IGUAL A CERO PUNTO SESENTA (0,60), CALCULADO ASÍ: ÍNDICE DE ENDEUDAMIENTO = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL. C) CAPITAL DE TRABAJO: DEBERÁ SER MAYOR O IGUAL AL 100% DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA ESTE PROCESO. ESTE FACTOR SE CALCULARÁ DE LA SIGUIENTE MANERA: 1. CAPITAL DE TRABAJO = ACTIVO CORRIENTE - PASIVO CORRIENTE.
SARLAFT	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS
TÉCNICOS	CUMPLE O NO CUMPLE CON LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS
ECONÓMICOS	EL OFERENTE DEBERÁ CUMPLIR CON LOS FACTORES HABILITANTES Y SU PROPUESTA NO PODRÁ SUPERAR EL VALOR DEL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA LA PRESENTE INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL QUE RESPALDA LA CONTRATACIÓN			
VALOR	DOSCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($250.000.000) CIEN MILLONES DE PESOS M/CTE ($100.000.000)	**CDP No.**	136 137
RUBRO PRESUPUESTAL	ADQUISICIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MATERIAL MÉDICO-QUIRURGICO	**FECHA DE CDP**	19 DE ENERO DE 2021

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO

FORMA DE PAGO	(90) DÍAS CALENDARIO, UNA VEZ PRESENTADA LA FACTURA JUNTO CON EL CERTIFICADO DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y DEMÁS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. NO OBSTANTE, PARA EFECTO DEL PAGO SE TENDRÁ EN CUENTA EL FLUJO DE CAJA DE LA ESE.	**PLAZO DE EJECUCIÓN APROXIMADO**	UN (1) MES

FORMA DE ENTREGA DE LOS BIENES O SERVICIOS	
SITIO DE ENTREGA	EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
GARANTÍAS DE EXIGIBILIDAD	**A) DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO:** EN LOS CONTRATOS CUYA CUANTÍA NATURALEZA O COMPLEJIDAD ASÍ LO EXIJA, EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA, PARA PRECAVER LOS PERJUICIOS QUE SE DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, INDEPENDIENTE DE LAS MULTAS Y LA CLÁUSULA PENAL QUE SE PACTE EN EL CONTRATO. SU CUANTÍA CORRESPONDERÁ A LA QUE EN CADA CASO SE DETERMINE, LA CUAL NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y UNA DURACIÓN IGUAL A LA DEL PLAZO MÁXIMO PREVISTO AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS.
	B) DE LA PROVISIÓN DE REPUESTOS, ACCESORIOS Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS: PARA PREVENIR EL INCUMPLIMIENTO DE LA PROVISIÓN DE REPUESTOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LOS EQUIPOS O BIENES ADQUIRIDOS, SU CUANTÍA NO SERÁ INFERIOR AL 5% DEL VALOR ESTIMADO DE LOS REPUESTOS O DEL VALOR DEL CONTRATO Y SU PLAZO SERÁ DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO O UN (1) AÑO DESDE LA ENTREGA DEL REPUESTO O ACCESORIO.
	C) DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES: EN LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS A QUE HAYA LUGAR, EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA PARA PRECAVER LOS EVENTOS EN QUE INCURRA EN EL NO PAGO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES RESPECTO DE LOS TRABAJADORES RELACIONADOS CON LA EJECUCIÓN DEL RESPECTIVO CONTRATO. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ DE TRES (3) AÑOS.
	D) DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL: EN LOS CONTRATOS A QUE HAYA LUGAR EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA PARA ASEGURAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS QUE EL CONTRATISTA OCASIONE A TERCEROS POR RAZÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y TRES (3) MESES MÁS.
	LAS PRÓRROGAS, ADICIONES O MODIFICACIONES QUE SE SURTAN EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, DEBERÁN AMPLIAR LAS COBERTURAS EN TIEMPO Y EN VALOR DE LA PÓLIZA CORRESPONDIENTE DENTRO DEL TÉRMINO ESTABLECIDO.
	GENERALES: 1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS. 2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO. 3. MANTENER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA . EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD. 4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTÍA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS . 5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACÉN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS. 6. PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN. 7. NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. 8. DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN. 9. EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS.

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

10. ES OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA CONOCER, DIVULGAR Y APLICAR LA POLÍTICA AMBIENTAL ESTABLECIDA POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

11. LAS DEMÁS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

ESPECÍFICAS

1. DENTRO DE LOS VALORES OFERTADOS POR CADA PROCEDIMIENTO , DEBERAN INCLUIRSE LOS INSUMOS NECESARIOS PARA LA REALIZACION DE LOS MISMOS. ESTOS INSUMOS SE DESCRIBEN CON CLARIDAD EN EL ANEXO NO 1 (EL CONSUMO Y GASTO DE LOS ELEMENTOS SERÁ SOMETIDO A AUDITORIA CONCURRENTE POR PARTE DE LA SUBRED NORTE).

ITEM	ARTICULO	CLASIFICACION
1	AGUJA HIPODÉRMICA 23M	INSUMO
2	CATÉTER DIAGNOSTICO INTRAMAMARIO	INSUMO
3	CATÉTER DIAGNÓSTICO DE ACCESO RADIAL	INSUMO
4	CATÉTER DIAGNOSTICO JL DIFERENTES MEDIDAS	INSUMO
5	CATÉTER DIAGNOSTICO JR DIFERENTES MEDIDAS	INSUMO
6	CATÉTER DIAGNOSTICO MULTIPROPÓSITO	INSUMO
7	CATÉTER DIAGNOSTICO PIGTAIL	INSUMO
8	CATÉTER GUÍA JL DIFERENTES MEDIDAS	INSUMO
9	CATÉTER GUÍA JR DIFERENTES MEDIDAS	INSUMO
10	CATÉTER GUÍA RADIAL DERECHO DIFERENTES CURVAS	INSUMO
11	CATÉTER GUÍA RADIAL IZQUIERDO DIFERENTES CURVAS	INSUMO
12	COMPRESAS ESTÉRILES PAQUETE X 5	INSUMO
13	EQUIPO DE MACRO GOTEO	INSUMO
14	ESPARADRAPO ANCHO	INSUMO
15	ESPARADRAPO DELGADO	INSUMO
16	GASAS ESTÉRILES PAQUETE X 5	INSUMO
17	GASAS NO ESTÉRILES PAQUETE X 200	INSUMO
18	GORROS	INSUMO
19	GUANTES DE MANEJO CAJA X 100	INSUMO
20	GUANTES ESTÉRILES 7,0	INSUMO
21	GUANTES ESTÉRILES 7,5	INSUMO
22	GUÍA ANGIOPLASTIA CORONARIA 0,14 X 175	INSUMO
23	GUÍA ANGIOPLASTIA PERIFÉRICA 0,14 X 300	INSUMO
24	GUÍA DIAGNOSTICA DE 0.035 X 150 Y 0,35 X 260 PTA DE J	INSUMO
25	GUÍA HIDROFÍLICA DE 0.035 X 150 Y 0,35 X 260	INSUMO
26	INTRODUCTOR FEMORAL CON AGUJA DIFERENTES MEDIDAS	INSUMO
27	INTRODUCTORES RADIALES CON AGUJA DE DIFERENTES MEDIDAS	INSUMO
28	JERINGA INSUFLADORA	INSUMO
29	JERINGAS DE 10 CM	INSUMO
30	JERINGAS DE 20 CM	INSUMO
31	JERINGAS DE 3 CM	INSUMO
32	JERINGAS DE 5 CM	INSUMO
33	LLAVES DE TRES VÍAS	INSUMO
34	PAÑIÑES	INSUMO
35	PAQUETE DE HEMODINAMIA	INSUMO
36	PAQUETE DE RADIOFRECUENCIA	INSUMO

37	POLAINAS PAQ X 50	INSUMO
38	TAPABOCAS CAJA X 50	INSUMO
39	YELCO DE 20M	INSUMO

2. VERIFICAR PORQUE LOS MÉDICOS QUE DESARROLLARÁN LOS SERVICIOS, CUMPLAN CON LAS NORMAS DE DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA, Y DEMÁS REGISTROS ESTABLECIDOS POR EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, DE ACUERDO CON LAS NORMAS LEGALES Y JURÍDICAS ESTABLECIDAS, DE ACUERDO CON LOS PRINCIPIOS Y NORMAS QUE LA COMUNIDAD.

3. EJECUTAR CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA Y CIENTÍFICA EL OBJETO CONTRACTUAL.

4. CONSTRUIR Y/O ADAPTAR LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA A PARTIR DE LA GUÍA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL, LAS CUALES DEBEN SER ENTREGADAS ACTUALIZADAS AL 100% A LA OFICINA DE CALIDAD DURANTE EL PRIMER MES DEL CONTRATO.

5. SOCIALIZAR LAS GUÍAS ESTABLECIDAS EN EL SERVICIO A TODOS LOS RESPONSABLES DE LA INTERVENCIÓN, TRATAMIENTO, CUIDADO Y REHABILITACIÓN DE LOS USUARIOS. LO ANTERIOR SERÁ OBJETO DE VERIFICACIÓN POR LA OFICINA DE CALIDAD Y DE TALENTO HUMANO.PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN TODAS AQUELLAS SITUACIONES QUE CONSTITUYAN FACTOR DE RIESGO PARA LA POBLACIÓN E INFORMAR SOBRE LAS ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA.

6. PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN PROCESOS DE CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN EN EL MARCO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LA SUBRED.

7. PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LOS PROCESOS DE CALIDAD EN CONCORDANCIA CON EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD.

8. PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PRESENTANDO LOS INFORMES REQUERIDOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.

9. DILIGENCIAR Y LLENAR LOS DIFERENTES FORMULARIOS Y REGISTROS ESTADÍSTICOS.

10. RESPONDER PQR DEL SERVICIO DE HEMODINAMIA.

11. EL PROVEEDOR ENTREGARA LISTADO CERTIFICADO DE ELEMENTOS CONSUMIDOS EN CADA PROCEDIMIENTO CON FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO CIRUJANO VASCULAR.

12. ADHERENCIA A LOS PLANES, PROGRAMAS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA INSTITUCIÓN.PRESENTAR MENSUALMENTE CON LA CUENTA EL INFORME DE GESTIÓN DEL SERVICIO, SOBRE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS Y SOBRE LOS INDICADORES DEL SERVICIO PREVIAMENTE ACORDADOS CON EL SUPERVISOR

13. HUMANIZACIÓN: EL EQUIPO DEBE DAR UN TRATO AMABLE Y RESPETUOSO A COMPAÑEROS Y USUARIOS; RESPETAR SU PRIVACIDAD Y DIGNIDAD, ASÍ COMO GUARDAR CONFIDENCIALIDAD D SOBRE SU ESTADO DE SALUD, RESPETANDO CREDOS, RAZA Y CONDICIÓN SOCIO ECONÓMICA. ADEMÁS SE HARÁ ÉNFASIS EN EL MEJORAMIENTO CONTINUO CON EXPLICACIÓN CLARA Y DETALLADA DEL ESTADO DE SALUD TANTO AL PACIENTE COMO A SU FAMILIA Y DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR (CONSENTIMIENTO INFORMADO).

14. SEGURIDAD DEL PACIENTE: EL SERVICIO DEBERÁ ADHERIRSE AL PROGRAMA DE SEGURIDAD ESTABLECIDO POR LA INSTITUCIÓN, PARA LO CUAL SE APLICARÁ UNA LISTA DE CHEQUEO DE LOS PROCEDIMIENTOS, CON EL FIN DE DISMINUIR EL NÚMERO DE COMPLICACIONES Y LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS.

15. REPORTAR EN FORMA OPORTUNA LOS EVENTOS ADVERSOS QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO, ASÍ COMO LAS COMPLICACIONES, EVENTOS DE FÁRMACO Y TECNOVIGILANCIA Y EN GENERAL SITUACIONES DE DIFERENTE ÍNDOLE RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN DEL SERVICIO. FINALMENTE DEBE HACERSE MEDICIONES Y ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES SUMINISTRANDO INFORMACIÓN REQUERIDA POR LA SUBRED.

16. DILIGENCIAR LOS DIFERENTES FORMATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA QUE TENGA LA INSTITUCIÓN, CON CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE SALUD."

17. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR UN INFORME ESTADÍSTICO MENSUAL QUE SERÁ REQUISITO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA, LA CUAL DEBERÁ SER PRESENTADA EN LOS PRIMEROS DIEZ DÍAS POSTERIORES A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

18. LA SUBRED NORTE NO ASUME NINGUNA RESPONSABILIDAD POR EL CUIDADO Y CUSTODIA DE LOS EQUIPOS CON LOS QUE EL CONTRATISTA PRESTA EL SERVICIO, COMO TAMPOCO POR LOS DAÑOS QUE POR CUESTIONES INHERENTES AL USO SE LES CAUSE.

19. EL CONTRATISTA DEBERÁ GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL SERVICIO EN CASO DE PRESENTARSE DAÑOS EN EQUIPOS, EN UN TÉRMINO NO MAYOR A SEIS HORAS.

20. EL CONTRATISTA DEBERÁ CONTAR PERMANENTEMENTE CON TODOS LOS INSUMOS NECESARIOS PARA UNA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, INCLUIDO EQUIPO DE CÓMPUTO, ESTABILIZADORES, IMPRESORAS, PANTALLAS, TECLADOS, GRABADORAS Y, EN GENERAL, TODO LO NECESARIO PARA LA PRESTACIÓN.

21. REALIZAR EL REGISTRO DE LAS COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS Y ENTREGARLO AL SUPERVISOR TÉCNICO DEL CONTRATO, EN UN PLAZO ESTIMADO MAXIMO DE 24 HORAS.

22. REALIZAR EL SEGUIMIENTO AL PRESUPUESTO ASIGNADO, CON EL FIN DE EVITAR SOBREPASAR ESTE."

ACLARACIONES			
EN CASO DE ACLARACIONES	EL OFERENTE PODRÁ REMITIR SUS OBSERVACIONES A TRAVÉS DE LOS CORREOS ELECTRÓNICOS: comprasrednorte@gmail.com - comprasrednorte7@gmail.com		
ANEXOS	Favor diligenciar los anexos correspondientes ANEXO 1. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APORTE PARAFISCALES. ANEXO 2. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN. ANEXO 3. SARLAFT EMPRESA.		
APROBACIÓN			
FIRMAS	**Coordinador de Bienes y Servicios:**	**LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA**	
	Nombre y Firma Dirección de Contratación:	**DRA. MÓNICA BRIGETTE CELY RAMOS**	

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS JURÍDICA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CÓDIGO: AP-CT-F-62-01 VERSIÓN: 1 PÁGINA : 1 DE 2 FECHA: 22/052020

INFORMACIÓN DEL PROCESO

PROCESO No	**003-2021**
MODALIDAD DE SELECCIÓN	**CONTRATACIÓN DIRECTA**
OBJETO A CONTRATAR	**CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA, ENDOVASCULAR Y HEMODINAMIA, QUE INCLUYA LOS INSUMOS NECESARIOS Y EL RECURSO HUMANO IDONEO QUE PERMITAN REALIZAR LOS EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DE APOYO DIÁGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO DE TIPO INVASIVO, PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, AMBULATORIOS, CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS DE ACUERDO A LA CONTRATACIÓN VIGENTE QUE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. TIENE CON LOS DIFERENTES PAGADORES (EPS SUBSIDIADAS, CONTRIBUTIVAS Y DEMÁS ENTIDADES), CUYO SERVICIO DEBERÁ SER PRESTADO EN LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMON BOLIVAR.**

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN JURÍDICA		
			Proponente 1	**Proponente 2**	**Proponente 3**
			SOLUCIONES MEDICAS ESPECIALIZADAS S Y S SAS	N/A	N/A
			NIT: 900.710.518-4	**N/A**	**N/A**
HABILITANTES JURÍDICOS	**1.** Certificación de cumplimiento de parafiscales (modelo anexo No. 2 entregado por la Subred).	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	2. Compromiso anticorrupción (modelo anexoNo. 3 entregado por la Subred)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	3. Certificado de existencia y representación legal / Matricula Mercantil (Expedicion no mayor a treinta (30) dias)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A	N/A
	4. Fotocopia del Registro Unico Tributario - RUT	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple	N/A Observación:	N/A Observación:
	5. Fotocopia del Registro Unico de Identificación Tributaria- RIT	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	6. Fotocopia del documento de identidad del Representante Legal	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	7. Certificado de antecedentes - Procuraduría General de la Nación de la Empresa y del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) dias.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:

HABILITANTES JURÍDICOS	**8.** Certificado de antecedentes - Contraloría General de la Nación de la Empresa y del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	9. Certificado de antecedentes - Personería de Bogotá del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	10. Certificado de antecedentes judiciales del Representante Legal, no mayor a Treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación: Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	11. Certificado de Registro Nacional de Medidas Correctivas- Policía Nacional del Representante Legal, No mayor a treinta (30) días.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	12. Certificación Bancaria	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:
	13. RUP (registro único de proponentes). actualizado vigencia de 2019. con información de cierre contable del año 2019.	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación:	N/A Observación:	N/A Observación:

OBSERVACIONES:

EVALUADORES	
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:	KATERIN DAVILA MARIN-PROFESIONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**EVALUACIÓN DE PROPUESTAS**	CODIGO : AP-CT-F-07-03
		VERSION : 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PAGINA : 1 DE 1
		FECHA : 11/10/2017

INFORMACIÓN DEL PROCESO

Proceso No.	INVITACION A COTIZAR DIRECTA No.003 2021

Modalidad (Marque con una X dependiendo la modalidad de selección) A. [X] Invitación a Cotizar B. [ ] Evento Especial C. [ ] Convocatoria Pública D. [ ] Otros mecanismos

Objeto a contratar	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA, ENDOVASCULAR Y HEMODINAMIA, QUE INCLUYA LOS INSUMOS NECESARIOS Y EL RECURSO HUMANO IDONEO QUE PERMITAN REALIZAR LOS EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DE APOYO DIÁGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO DE TIPO INVASIVO, PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, AMBULATORIOS, CONSULTA EXTERNA Y URGENC AS DE ACUERDO A LA CONTRATACIÓN VIGENTE QUE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. TIENE CON LOS DIFERENTES PAGADORES (EPS SUBSIDIADAS, CONTRIBUTIVAS Y DEMÁS ENTIDADES), CUYO SERVICIO DEBERÁ SER PRESTADO EN LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMON BOLIVAR.

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN		
			Proponente 1	**Proponente 2**	**Proponente 3**
			SOLUCIONES MEDICAS ESPECIALIZADAS SYS S.A.S.		
			No. NIT: 900710518-4	**No. NIT:**	**No. NIT:**
HABILITANTES FINANCIEROS	**Presentación de la totalidad de documentos solicitados**	1. Doc. de Identif. Contador Público 2. Tarjeta Profesional Contador Público	1. Cumple Observación:	N.A. Observación:	N.A. Observación:
	Indice de liquidez Mayor o Igual a 1.5	IE = ACTIVO CTE / PASIVO CTE	1. Cumple Observación: Resultado: 1.60	N.A. Observación: Resultado:	N.A. Observación: Resultado:
	Nivel de Endeudamiento Menor o Igual a 0.60	NE = PASIVO TOTAL / ACTIVO TOTAL	1. Cumple Observación: Resultado: 0.57	N.A. Observación: Resultado:	N.A. Observación: Resultado:
	Capital de Trabajo Mayor o Igual al 100% del Presupuesto asignado a este proceso	CT = ACTIVO CTE - PASIVO CTE	1. Cumple Observación: Resultado: $509.318.000	N.A. Observación: Resultado:	N.A. Observación: Resultado:

OBSERVACIONES: Se realizan los calculos de los indicadores financieros con base a los Estados Financieros a corte 31 de diciembre de 2019 anexos a la propuesta.

EVALUADORES

Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Financiero:	CARLOS EDUARDO SANCHEZ BERMUDEZ	PROF. ESPECIALIZADO - CONTABILIDAD	

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	EVALUACIÓN DE PROPUEST. SARLAFT	CÓDIGO: AP-CT-F-60-01
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 22/05/2020

INFORMACIÓN DEL PROCESO

PROCESO No	003-2021
MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA
OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA, ENDOVASCULAR Y HEMODINAMIA, QUE INCLUYA LOS INSUMOS NECESARIOS Y EL RECURSO HUMANO IDONEO QUE PERMITAN REALIZAR LOS EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DE APOYO DIÁGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO DE TIPO INVASIVO, PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, AMBULATORIOS, CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS DE ACUERDO A LA CONTRATACIÓN VIGENTE QUE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. TIENE CON LOS DIFERENTES PAGADORES (EPS SUBSIDIADAS, CONTRIBUTIVAS Y DEMÁS ENTIDADES), CUYO SERVICIO DEBERÁ SER PRESTADO EN LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMON BOLIVAR.

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO	DESCRIPCION	COMO EVALUAR	EVALUACION SARLAFT Proponente 1 SOLUCIONES MEDICAS SYS SAS NIT 900710518-4
3. HABILITANTES SARLAFT (Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la Invitación ó en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)	Formato para conocimiento del Cliente o contraparte-Empresa	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE
	Información financiera	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE
	Fotocopia RUT	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE
	Fotocopia Cedula de Ciudadania/ Cedula de Extranjeria Representante legal	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE
	Fotocopia Declaración de Renta	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE
	Verificación en listas vinculante:ONU/ CLINTON , listas vinvulantes para Colombia.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE

OBSERVACIONES: La propuesta presenta por la empresa SOLUCIONES MEDICAS SYS SAS NIT 900710518-4 CUMPLE, con la verificación en el SARLAFT.

***Se llevo a cabo la verificación de los soportes requeridos y la información financiera reportada por cada uno de los oferentes. Información necesaria para el conocimiento del cliente o contraparte SARLAFT.**

***La información registrada en los formatos de conocimiento del cliente /contraparte cuentan con la garantía de confidencialidad y seguridad de manejo de la información de que tratan las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012**

EVALUADORES

Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Sarlaft:	**DIANA CAROLINA CAMELO SANCHEZ/ DIRECTORA FINANCIERA/ OFICIAL CUMPLIMIENTO**	
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Sarlaft:	**ASTRID TERESA RUSSI GUARIN/PROFESIONAL UNIVERSITARIO/ANALISTA SARLAFT 20/01/21**	

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-23-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA:1 DE 3
		FECHA: 06/05/2019

CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	CHIA, CUNDINAMARCA - COLOMBIA. 18 DE ENERO DE 2021

PERSONA JURÍDICA [X] PERSONA NATURAL [ ] OTRA: [ ] CUAL: _____

1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN CON LA EMPRESA (MARCA CON X)

ASEGURADOR [ ] PROVEEDOR [ ] CONTRATISTA [X] PARTICULAR [ ] OTRO [ ] CUAL: _____

2. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL	SOLUCIONES MEDICAS ESPECIALIZADAS SYS SAS		NIT	900710518-4
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES
	DEL REAL	SUAREZ		ERIKA SAYANOVA
CEDULA DE EXTRANJERÍA [ ]	CEDULA DE CIUDADANÍA [X]	NUMERO: 35525336		LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD) 30/07/1991 DE FACATIVÁ

FECHA NACIMIENTO:AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO	DEPARTAMENTO	NACIONALIDAD (1)	NACIONALIDAD (2)
1972-12-23	CALI	VALLE DEL CAUCA	COLOMBIANA	

DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL	PAÍS	DEPARTAMENTO	CIUDAD	TELÉFONO/FAX
CRA 3. NO. 19 - 75 CASA 56	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	CHIA	8854867

CORREO ELECTRÓNICO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:
soluciónsys@gmail.com	

DIRECCIÓN SUCURSAL/AGENCIA	DEPARTAMENTO/ CIUDAD	PAÍS	TELÉFONO/FAX

TIPO DE EMPRESA (ACTIVIDAD ECONÓMICA)

PUBLICA [ ] MIXTA [ ] PRIVADA [X] SERVICIOS [ ] INDUSTRIAL [ ] FARMACÉUTICA [ ] COMERCIAL [ ]

SERVICIOS DE SALUD [X] SERVICIOS FINANCIEROS [ ] TRANSPORTES [ ] OTRA [ ] CUAL: _____

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE	SI [X] NO [ ]	RENTA/CREE	SI [X] NO [ ]	IVA	SI [ ] NO [X]	ICA	SI [X] NO [ ]	CÓDIGO CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA	8699
								PRINCIPAL [X]	SECUNDARIA [ ]

GRAN CONTRIBUYENTE	SI [ ] NO [X]	AGENTE RETENEDOR	SI [X] NO [ ]	AGENTE AUTORETENEDOR	SI [ ] NO [X]

3. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)

POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS	SI [ ]	NO [X]
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO	SI [ ]	NO [X]
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL	SI [ ]	NO [X]
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA	SI [ ]	NO [X]

Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:

IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN

NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL	%	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO IDENTIFICACIÓN
PAULA FERNANDA DEL REAL SUAREZ	60	C.C [X] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT [ ]	35530531
EDWIN FERNANDO QUIROGA VILLALOBOS	40	C.C [X] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT [ ]	80020084
		C.C [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT [ ]	
		C.C [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] NIT [ ]	

4. INFORMACIÓN FINANCIERA (ÚLTIMO PERIODO DECLARADO)

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	$ 295.217.250	ACTIVOS TOTALES	$ 2.240.860.000
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	$ -	PASIVOS TOTALES	$ 1.279.678.000
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	$ 269.456.666	PATRIMONIO	$ 961.182.000
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	$		1.268.750
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:			
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:	GASTOS FINANCIEROS		

5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [ ] NO [X]

REDESCUENTO [ ] EXPORTACIONES [ ] LEASING [ ] SERVICIOS [ ] OPERACIONES DE TRANSFERENCIAS [ ] IMPORTACIONES [ ]

PAGO DE SERVICIOS [ ] PRESTAMOS EN MONEDA EXTRANJERA [ ] INVERSIONES [ ] OTRA [ ] Especifique cual: _____

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

6. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - EMPRESA (CIRCULAR 009/2016)	CÓDIGO: AP-GF-F-23-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN FINANCIERA	PÁGINA:1 DE 3
		FECHA: 06/05/2019

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE,** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):___CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESPECILIZADOS DE SALUD.
2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.
3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.
4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
6. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
7. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
8. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE se destinarán a actividades lícitas.
9. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
10. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
11. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE.

7. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.
4. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado.
5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO
Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

8. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente: Declaro expresamente:
*Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
*Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. TRATAMIENTO: El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.
3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Calle 66 No.15-41 Bogotá D.C., Teléfono 3499080, email sarlaft@subrednorte.gov.co)*** y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

9. FIRMA Y HUELLA

SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO, SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERÍDICA EN TODAS SUS PARTES

Eeiks del R. Suarez

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice derecho

10. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

1. Ciudad y fecha	Bogota, 20/01/21
2. Nombre y Cargo de quien verifica:	Asesor Riesgos Proc SIAU
3. Lugar de la Entrevista:	OAJ SARLAFT
4. Observaciones:	
5. Firma y Cédula	

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS TÉCNICA	CODIGO: AP-CT-F-6
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PAGINA: 1 DE 1
		FECHA: 22/05/2020

INFORMACIÓN DEL PROCESO

PROCESO No	003-2021
MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA
OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA, ENDOVASCULAR Y HEMODINAMIA, QUE INCLUYA LOS INSUMOS NECESARIOS Y EL RECURSO HUMANO IDONEO QUE PERMITAN REALIZAR LOS EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DE APOYO DIÁGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO DE TIPO INVASIVO, PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, AMBULATORIOS, CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS DE ACUERDO A LA CONTRATACIÓN VIGENTE QUE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. TIENE CON LOS DIFERENTES PAGADORES (EPS SUBSIDIADAS, CONTRIBUTIVAS Y DEMÁS ENTIDADES), CUYO SERVICIO DEBERÁ SER PRESTADO EN LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMON BOLIVAR.

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO		CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN TÉCNICA Proponente 1 SOLUCIONES MÉDICAS ESPECIALIZADAS S.A.S - SYS S.A.S No. NIT: 900.710.518-5
TÉCNICOS (Traslade a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación ó en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)	**1.1 RECURSO HUMANO** PERSONAL PROFESIONAL El proponente deberá ofertar el Recurso Humano idóneo que garantice la prestación del servicio a saber •Médico especialista en cirugía vascular experiencia mínima 3 años. •Medico cardiólogo hemodinamista con experiencia mínima de 3 años	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE
	El oferente acreditará la idoneidad y experiencia certificada allegando las hojas de vida del equipo de profesionales con el cual se ejecutarán las actividades, anexando los siguientes documentos: •Título profesional de pregrado en medicina otorgado por Universidad reconocida oficialmente por el gobierno colombiano. •Título profesional de posgrado en Cirugía General o Medicina Interna, otorgado por universidad reconocida formalmente por el gobierno colombiano (diploma y acta de grado), como especialización base. •Título profesional en la Subespecialidad, otorgado por universidad reconocida formalmente por el gobierno colombiano (diploma y acta de grado), Experiencia mínima de tres años de experiencia Certificada. •Tarjeta profesional y/o registro médico expedido por la Secretaria Distrital de Salud y/o Ministerio de Salud, según la normatividad vigente. •Soporte de inscripción al RETHUS. •Carnet de Radio protección Vigente. •Los especialistas y subespecialistas que hayan cursado sus estudios de pregrado y/o posgrado en el exterior deben contar con homologación de titulo ante el Ministerio de educación de Colombia. •Experiencia Certificada en los procedimientos que son objeto de la presente convocatoria •Carta de autorización firmada por el profesional en original, autorizando la presentación de su hoja de vida, en esta convocatoria. •Los especialistas deberán presentar soporte de inscripción al MiPRES.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE
	PERSONAL AUXILIAR Deberá ofertar 1 auxiliar de enfermería para la UMHES Simón Bolívar. a)Título auxiliar en enfermería otorgado por Instituto reconocido oficialmente. b)Tarjeta profesional. c)Inscripción en el RETHUS. La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, proveerá el siguiente personal para: •Proceso de asignación de citas, procedimientos y facturación. •Auxiliares de Enfermería de apoyo en el servicio. •Enfermera Jefe de Servicio.	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE
	1.2 EQUIPOS Para la prestación del servicio en el área de Hemodinámia, el proponente deberá ofertar los siguientes equipos: • Arco en C para Hemodinamia	CUMPLE / NO CUMPLE	CUMPLE
MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS TÉCNICOS		**NA**	**NA**

OBSERVACIONES:

EVALUADORES

Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:	**LUIS FERNANDO ZULUAGA CRISTANCHO DIRECTOR DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**	

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS ECONÓMICA	CÓDIGO: AP-CT-F-58-01
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 22/05/2020

INFORMACIÓN DEL PROCESO

PROCESO No	003-2021
MODALIDAD DE SELECCIÓN	INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA
OBJETO A CONTRATAR	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA, ENDOVASCULAR Y HEMODINAMIA, QUE INCLUYA LOS INSUMOS NECESARIOS Y EL RECURSO HUMANO IDONEO QUE PERMITAN REALIZAR LOS EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DE APOYO DIÁGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO DE TIPO INVASIVO, PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, AMBULATORIOS, CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS DE ACUERDO A LA CONTRATACIÓN VIGENTE QUE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. TIENE CON LOS DIFERENTES PAGADORES (EPS SUBSIDIADAS, CONTRIBUTIVAS Y DEMÁS ENTIDADES), CUYO SERVICIO DEBERÁ SER PRESTADO EN LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMON BOLIVAR.

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN ECONÓMICA
			Proponente 1
			SOLUCIONES MÉDICAS ESPECIALIZADAS S.A.S - SYS S.A.S
			No. NIT: 900.710.518-5
5. ECONÓMICOS	**VALOR DE LA PROPUESTA**	Escriba el valor de la propuesta económica del bien o servicio a contratar por cada proponente	$ 350,000,000
	MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS ECONÓMICOS		**Puntaje Asignado**

OBSERVACIONES:

EVALUADORES

mbre, cargo y firma Evaluador criterio Económi	**LUIS FERNANDO ZULUAGA CRISTANCHO** **DIRECTOR DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**	LFZuluaga.C.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTA	CÓDIGO: AP-CT-F-08-05
		VERSIÓN: 5
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 2
		FECHA: 22/05/2020

FECHA DE SOLICITUD: D/M/A	22 DE ENERO DE 2020	MODALIDAD DE SELECCION	INVITACIÓN A COTIZAR DIRECTA 003-2021

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA O PROVEEDOR:	SOLUCIONES MÉDICAS ESPECIALIZADAS S.A.S - SYS S.A.S					
RÉGIMEN DE VENTAS:	Común	(X)	Simplificado	( )	NIT	900.710.518-4
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	ERIKA SAYANOVA DEL REAL SUAREZ					
DIRECCIÓN:	CARRERA 3 No 19 - 75 CASA 51 - CONJUNTO PONYLANDIA					
CORREO ELECTRÓNICO:	solucionsys@gmail.com					
NUMERO TELEFÓNICO:	8854867					

OBJETO DEL CONTRATO

CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA, ENDOVASCULAR Y HEMODINAMIA, QUE INCLUYA LOS INSUMOS NECESARIOS Y EL RECURSO HUMANO IDONEO QUE PERMITAN REALIZAR LOS EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DE APOYO DIÁGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO DE TIPO INVASIVO, PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, AMBULATORIOS, CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS DE ACUERDO A LA CONTRATACIÓN VIGENTE QUE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. TIENE CON LOS DIFERENTES PAGADORES (EPS SUBSIDIADAS, CONTRIBUTIVAS Y DEMÁS ENTIDADES), CUYO SERVICIO DEBERÁ SER PRESTADO EN LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMON BOLIVAR.

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

RUBRO PRESUPUESTAL	ADQUISICIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MATERIAL MÉDICO-QUIRURGICO	CDP Nro.	136 - 137

DESCRIPCIÓN TÉCNICA

ITEM	NOMBRE / DESCRIPCIÓN	ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL UNITARIO	VALOR TOTAL
1	CONSULTA E INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA	CONSULTA	A DEMANDA	CONSULTA	$ 25.000	$ 0	$ 25.000	
2	AORTOGRAMA TORACICO	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 300.000	$ 0	$ 300.000	
3	AORTOGRAMA ABDOMINAL	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 300.000	$ 0	$ 300.000	
4	ARTERIOGRAFIA CORONARIA	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 300.000	$ 0	$ 300.000	
5	ARTERIOGRAFIA PULMONAR BILATERAL SELECTIVA	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 500.000	$ 0	$ 500.000	
6	ARTERIOGRAFIA TORACICA DE ARTERIA MAMARIA INTERNA	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 2.800.000	$ 0	$ 2.800.000	
7	ARTERIOGRAFIA PULMONAR BILATERAL CON CATETERISMO DERECHO	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 2.100.000	$ 0	$ 2.100.000	
8	CATETERISMO CARDIACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZON MAS ARTERIOGRAFIA CORONARIA	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 2.350.000	$ 0	$ 2.350.000	
9	CATETERISMO COMBINADO DE LOS LADOS DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZÓN MAS ARTERIOGRAFIA CORONARIA	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 2.500.000	$ 0	$ 2.500.000	
10	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANIA UNO O DOS VASOS	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 4.920.000	$ 0	$ 4.920.000	
11	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) MAS DE DOS VASOS	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 4.920.000	$ 0	$ 4.920.000	
12	INSERCION DE MARCAPASO TRANSVENOSO TEMPORAL (TRANSITORIO) O IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS INCLUYE VENOCAVOGRAFIA Y VENOGRAFRIA FEMORAL	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 8.000.000	$ 0	$ 8.000.000	

13	ANGIOPLASTIA CORONARIA (INCLUYE COLOCACION DE MARCAPASOS Y CORONARIOGRAFIA POST ANGIOPLASTIA INMEDIATA)	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 8.000.000	$ 0	$ 8.000.000	
14	REPARACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR VIA ENDOVASCULAR. (CIA-FORAMEN OVAL PERMEABLE)	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 8.000.000	$ 0	$ 8.000.000	
15	TROMBECTOMIA PERCUTANEA ARTERIA PULMONAR. + CATETERISMO CARDIACO DERECHO+ARTERIOGRAFIA PULMONAR.	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 8.000.000	$ 0	$ 8.000.000	
	VASCULAR PERIFERICA							
16	ANGIOPLASTIA ARTERIA VERTEBRAL, CON PRÓTESIS (STENT) O INJERTO(S) PROTÉSICO (S)	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 2.750.000	$ 0	$ 2.750.000	
17	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA CON BALON DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO, CON PRÓTESIS (STENT) O INJERTO(S) PROTÉSICO (S)	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 2.750.000	$ 0	$ 2.750.000	
18	ANGIOPLASTIA CON BALON DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES CON PRÓTESIS (STENT)	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 2.950.000	$ 0	$ 2.950.000	
19	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS ABDOMINALES CON BALON CONVENCIONAL	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 2.750.000	$ 0	$ 2.750.000	
20	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS ABDOMINALES, CON PRÓTESIS (STENT)	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 2.750.000	$ 0	$ 2.750.000	
21	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE ARTERIA MESENTERICA CON BALON Y PROTESIS STENT	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 2.750.000	$ 0	$ 2.750.000	
22	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS INFERIORES, CON BALON Y PROTESIS STENT	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 2.750.000	$ 0	$ 2.750.000	
23	AORTOGRAMA ABDOMINAL MAS ESTUDIO DE MIEMBROS INFERIORES	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 2.500.000	$ 0	$ 2.500.000	
24	ARTERIOGRAFIA CAROTIDA BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA CON AORTOGRAMA (PANANGIO)	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.700.000	$ 0	$ 1.700.000	
25	ARTERIOGRAFIA SELECTIA TORACICA DE OTROS VASOS (ARTERIOGRAFIA RENAL)	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 2.500.000	$ 0	$ 2.500.000	
26	ANGIOGRAFIA DE VENAS CAVAS O CAVOGRAFIA	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 950.000	$ 0	$ 950.000	
27	ARTERIOGRAFIA DE VASOS ABDOMINALES (SELECTIVA MESENTERICA)	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 2.500.000	$ 0	$ 2.500.000	
28	ARTERIOGRAFÍA DE LA ARTERIA GASTRODUODENAL, TRONCO CELIACO O MESENTÉRICA SUPERIOR O INFERIOR	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 2.500.000	$ 0	$ 2.500.000	

29	ARTERIOGRAFIA PERIFERICA DE MIEMBROS SUPERIORES BILATERAL CON AORTOGRAMA TORACICO	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 2.500.000	$ 0	$ 2.500.000	
30	FLEBOGRAFIA DE MIEMBROS SUPERIORES	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 450.000	$ 0	$ 450.000	
31	FLEBOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 450.000	$ 0	$ 450.000	
32	OCLUSION DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES POR VIA ENDOVASCULAR (SISTEMA DE EMBOLIZACION)	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 2.000.000	$ 0	$ 2.000.000	
33	OCLUSIÓN DE VASOS TORÁCICOS POR VÍA ENDOVASCULAR	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.500.000	$ 0	$ 1.500.000	
34	OCLUSIÓN DE ARTERIAS ABDOMINALES POR VÍA ENDOVASCULAR	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.500.000	$ 0	$ 1.500.000	
35	OCLUSIÓN DE VENAS ABDOMINALES POR VÍA ENDOVASCULAR	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.500.000	$ 0	$ 1.500.000	
36	OCLUSIÓN DE VENAS INTRAABDOMINALES POR VÍA ENDOVASCULAR	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.500.000	$ 0	$ 1.500.000	
37	OCLUSIÓN DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES POR VÍA ENDOVASCULAR	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.500.000	$ 0	$ 1.500.000	
38	OCLUSIÓN DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES POR VÍA ENDOVASCULAR	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.500.000	$ 0	$ 1.500.000	
39	OCLUSIÓN DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO POR VIA ENDOVASCULAR	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.500.000	$ 0	$ 1.500.000	
40	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL EN ZONA I Y III DEL CUELLO	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.200.000	$ 0	$ 1.200.000	
41	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL EN ZONA II DEL CUELLO	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.200.000	$ 0	$ 1.200.000	
42	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA EN ZONA I Y III DEL CUELLO	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.200.000	$ 0	$ 1.200.000	
43	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA EN ZONA II DEL CUELLO	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.200.000	$ 0	$ 1.200.000	
44	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 700.000	$ 0	$ 700.000	
45	OCLUSIÓN DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO POR VÍA ENDOVASCULAR	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 700.000	$ 0	$ 700.000	
46	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS AXILARES	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 700.000	$ 0	$ 700.000	

47	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA EN BRAZO O ANTEBRAZO	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 700.000	$ 0	$ 700.000	
48	OCLUSION PINZAMIENTO OLIGADURA DE VASOS EN BRAZO O ANTEBRAZO	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 700.000	$ 0	$ 700.000	
49	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES UNA O MAS (SELECTIVAS)	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.200.000	$ 0	$ 1.200.000	
50	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS INTRAABDOMINALES UNA O MAS(SELECTIVAS)	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.200.000	$ 0	$ 1.200.000	
51	OCLUSION O PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL SUPRAPATELAR	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.200.000	$ 0	$ 1.200.000	
52	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL INFRAPATELAR	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 750.000	$ 0	$ 750.000	
53	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA PROFUNDA SUPRAPATELAR	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 750.000	$ 0	$ 750.000	
54	OCLUSION PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA PROFUNDA INFRAPATELAR	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 750.000	$ 0	$ 750.000	
55	PANANGIOGRAFIA CEREBRAL	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 750.000	$ 0	$ 750.000	
56	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE ZONA I Y III DE CUELLO	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 2.500.000	$ 0	$ 2.500.000	
57	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE ZONA II DE CUELLO	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.200.000	$ 0	$ 1.200.000	
58	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE ZONA I Y III DE CUELLO	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.200.000	$ 0	$ 1.200.000	
59	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE ZONA II DE CUELLO	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.200.000	$ 0	$ 1.200.000	
60	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIA AXILAR	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.200.000	$ 0	$ 1.200.000	
61	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE BRAZO O ANTEBRAZO	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.200.000	$ 0	$ 1.200.000	
62	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA AXILAR	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.200.000	$ 0	$ 1.200.000	
63	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE BRAZO O ANTEBRAZO	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.200.000	$ 0	$ 1.200.000	
64	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES VIA ABIERTA	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.200.000	$ 0	$ 1.200.000	
65	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS ABDOMINALES VIA ABIERTA	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.500.000	$ 0	$ 1.500.000	
66	TROMBOEMBOLECTOMIA SUPRAPATELAR DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.500.000	$ 0	$ 1.500.000	
67	TROMBOEMBOLECTOMIA INFRAPATELAR DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.200.000	$ 0	$ 1.200.000	

68	TROMBOEMBOLECTOMIA SUPRAPATELAR VENOSA PROFUNDA	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.200.000	$ 0	$ 1.200.000	
69	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA SUPERFICIAL EN MIEMBROS INFERIORES	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.200.000	$ 0	$ 1.200.000	
70	ENDARTERECTOMIA DE CAROTIDA INTERNA PORCION CERVICAL	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.200.000	$ 0	$ 1.200.000	
71	ENDARTERECTOMIA DE VASOS DE BRAZO O ANTEBRAZO	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.500.000	$ 0	$ 1.500.000	
72	ENDARTERECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.500.000	$ 0	$ 1.500.000	
73	ENDARTERECTOMIA CELIACA O MESENTERICA	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 900.000	$ 0	$ 900.000	
74	ENDARTERECTOMIA AORTOILIACA	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.800.000	$ 0	$ 1.800.000	
75	ENDARTERECTOMIA RENAL	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.200.000	$ 0	$ 1.200.000	
76	ENDARTERECTOMIA AXILAR	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.200.000	$ 0	$ 1.200.000	
77	ENDARTERECTOMIA SUPRAPATELAR	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.200.000	$ 0	$ 1.200.000	
78	ENDARTERECTOMIA INFRAPATELAR	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.200.000	$ 0	$ 1.200.000	
79	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIAS DE MMII	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.200.000	$ 0	$ 1.200.000	
80	RESECCION CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS DE VASOS DE LA ZONA I Y III DE CUELLO	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.100.000	$ 0	$ 1.100.000	
81	RESECCION CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS DE VASOS DE LA ZONA II DE CUELLO	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.100.000	$ 0	$ 1.100.000	
82	RESECCION EN BRAZO O ANTEBRAZO CON INTERPOCISION DE INJERTO O PROTESIS	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.100.000	$ 0	$ 1.100.000	
83	RESECCION CON SUSTITUCION DE AORTA ABDOMINAL	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.100.000	$ 0	$ 1.100.000	
84	RESECCION CON SUSTITUCION DE ARTERIAS ABDOMINALES	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.100.000	$ 0	$ 1.100.000	
85	RESECCION CON SUSTITUCION DE VENAS ABDOMINALES	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.100.000	$ 0	$ 1.100.000	
86	RESECCION ARTERIAL SUPRAPATELAR CON INJERTO ANTOLOGO O PROTESIS	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.100.000	$ 0	$ 1.100.000	
87	RESECCION ARTERIAL INFRAPATELAR CON INJERTO ANTOLOGO O PROTESIS	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.100.000	$ 0	$ 1.100.000	
88	RESECCION CON ANASTOMOSIS TT EN BRAZO O ANTEBRAZO	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.100.000	$ 0	$ 1.100.000	
89	RESECCION CON ANASTOMOSIS TT DE ARTERIAS ABDOMINALES	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.100.000	$ 0	$ 1.100.000	
90	RESECCION CON ANASTOMOSIS TT DE VENAS ABDOMINALES	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.100.000	$ 0	$ 1.100.000	
91	TOMA DE INJERTO VENOSO SOD	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 925.000	$ 0	$ 925.000	

92	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL)(VENOSO) VIA ABIERTA	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 500.000	$ 0	$ 500.000	
93	LIGADURA Y ESCISION DE VENAS VARICOSAS DE MIEMBROS INFERIORES	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 650.000	$ 0	$ 650.000	
94	DERIVACION PORTO CAVA	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.100.000	$ 0	$ 1.100.000	
95	DERIVACIÓN PORTO SISTÉMICA TRANSYUGULAR INTRAHEPATICA	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.100.000	$ 0	$ 1.100.000	
96	DERIVACION PUENTE AORTO SUBCLAVIO	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.100.000	$ 0	$ 1.100.000	
97	DERIVACION AORTO RENAL POR INJERTO EN Y O DE AORTA EN LAS DOS ARTERIAS RENALES	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.100.000	$ 0	$ 1.100.000	
98	DERIVACION AORTOFEMORAL	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.100.000	$ 0	$ 1.100.000	
99	DERIVACION AORTO ILIACA	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.100.000	$ 0	$ 1.100.000	
100	DERIVACION O PUENTE ILIOFEMORAL	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.100.000	$ 0	$ 1.100.000	
101	FORMACION DE FISTULA AV (PERIFERICA) PARA DIALISIS RENAL	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.100.000	$ 0	$ 1.100.000	
102	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO PERONEAL	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.100.000	$ 0	$ 1.100.000	
103	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO POPLITEO	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.100.000	$ 0	$ 1.100.000	
104	DERIVACION AORTO POPLITEA	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.100.000	$ 0	$ 1.100.000	
105	DERIVACION AORTOCAROTIDEA	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.100.000	$ 0	$ 1.100.000	
106	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO TIBIAL	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.100.000	$ 0	$ 1.100.000	
107	RECONSTRUCCION DE ARTERIA INTRAABDOMINAL POR MEDIO DE INJERTO INCLUYE DERIVACIONES AORTO FEMORAL Y AORTO ILIACA CON HOMOINJERTO O INJERTO SINTETICO SIMPLE O EN Y	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 900.000	$ 0	$ 900.000	
108	CIERRE DE FISTULA ARTERIOVENOSA VIA ABIERTA	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 600.000	$ 0	$ 600.000	
109	REPARO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA CON SISTEMA ILIAC BRANCH	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 2.250.000	$ 0	$ 2.250.000	
110	ANEURISMECTOMIA DE AORTA INTRAABDOMINAL INCLUYE RESECCION CON INJERTO EN PARCHE	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 4.000.000	$ 0	$ 4.000.000	
111	EXPLORACION DE ARTERIA AXILAR	CX VASCULAR	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 650.000	$ 0	$ 650.000	
112	EXPLORACION DE ARTERIA DE BRAZO O ANTEBRAZO	VASCULAR HEMOD	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 650.000	$ 0	$ 650.000	
113	EXPLORACION DE ARTERIAS DE MIEMBROS SUPERIORES	VASCULAR HEMOD	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 650.000	$ 0	$ 650.000	

114	EXPLORACION DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	VASCULAR HEMOD	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 650.000	$ 0	$ 650.000	
115	EXPLORACION DE VASOS TORACICOS POR ESTERNOTOMIA	VASCULAR HEMOD	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 650.000	$ 0	$ 650.000	
116	EXPLORACION ARTERIAL SUPRAPATELAR	VASCULAR HEMOD	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 650.000	$ 0	$ 650.000	
117	EXPLORACION ARTERIAL INFRAPATELAR	VASCULAR HEMOD	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 650.000	$ 0	$ 650.000	
118	EXPLORACION DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	VASCULAR HEMOD	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 650.000	$ 0	$ 650.000	
119	LIGADURA (OBLITERACION) EN EL AREA ILIACA SOD	VASCULAR HEMOD	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 550.000	$ 0	$ 550.000	
120	LIGADURA Y ESCISION INFRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS	VASCULAR HEMOD	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 650.000	$ 0	$ 650.000	
121	LIGADURA Y ESCISION SUPRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS	VASCULAR HEMOD	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 650.000	$ 0	$ 650.000	
122	LIGADURA Y ESCISION DE SAFENA INTERNA	VASCULAR HEMOD	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 650.000	$ 0	$ 650.000	
123	LIGADURA Y ESCISION DE SAFENA EXTERNA	VASCULAR HEMOD	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 650.000	$ 0	$ 650.000	
124	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICO DE MUSCULOS TENDONES Y FACIA EN PIERNA	VASCULAR HEMOD	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 550.000	$ 0	$ 550.000	
125	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QX DE MUSCULOS Y TENDONES Y FASCIAS DE PIE Y ANTEPIE	VASCULAR HEMOD	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 550.000	$ 0	$ 550.000	
126	AMPUTACION DESARTICULARCION DE ANTEPIE	VASCULAR HEMOD	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 550.000	$ 0	$ 550.000	
127	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE DOS A CINCO CENTIMETROS CUADRADOS	VASCULAR HEMOD	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 850.000	$ 0	$ 850.000	
128	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE MAS DE CINCO CENTIMETROS CUADRADOS	VASCULAR HEMOD	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 850.000	$ 0	$ 850.000	
129	COLGAJO LOCAL SIMPLE DEL PIE DE MAS DE DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS	VASCULAR HEMOD	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 850.000	$ 0	$ 850.000	
130	FASCIOTOMIA EN PIERNA POR UNA O MAS INCISIONES	VASCULAR HEMOD	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 600.000	$ 0	$ 600.000	
131	ANASTOMOSIS VENOSA INTRAABDOMINAL	VASCULAR HEMOD	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 1.000.000	$ 0	$ 1.000.000	
132	DRENAJE DE COLECCIÓN RETROPERITONEAL VIA ABIERTA	VASCULAR HEMOD	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 460.000	$ 0	$ 460.000	
133	REPARACION DE FISTULA ARTERIOVENOSA POR LIGADURA, RESECCION O SUTURA	VASCULAR HEMOD	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 950.000	$ 0	$ 950.000	
134	ANEURISMECTOMÍA INTRAABDOMINAL (EXCEPTO AORTA); INCLUYE ANEURISMA HIPOGÁSTRICO, EXTIRPACIÓN FÍSTULA ARTERIOVENOSA (PÉLVICA), RESECCIÓN O COLOCACIÓN DE INJERTO EN PARCHE, SUTURA	VASCULAR HEMOD	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 3.000.000	$ 0	$ 3.000.000	

135	ABLACION DE VARICES POR RADIOFRECUENCIA	VASCULAR HEMOD	A DEMANDA	PROCEDIMIENTO	$ 3.500.000	$ 0	$ 3.500.000	
				INSUMOS				
136	ASA DE RESCATE DE 4FR		A DEMANDA	INSUMO	CONTRA FACTURA			
137	BALÓN CONVENCIONAL DE ANGIOPLASTIA CORONARIA DIFERENTES MEDIDAS		A DEMANDA	INSUMO	CONTRA FACTURA			
138	BALÓN CONVENCIONAL PERIFÉRICO DE DIVERSAS LONGITUDES Y DIÁMETROS		A DEMANDA	INSUMO	CONTRA FACTURA			
139	BALÓN DE ALTA PRESIÓN D ANGIOPLASTIA CORONARIA DIFERENTES MEDIDAS		A DEMANDA	INSUMO	CONTRA FACTURA			
140	BALÓN DE ANGIOPLASTIA CORONARIA MEDICADO DE DIFERENTES MEDIDAS		A DEMANDA	INSUMO	CONTRA FACTURA			
141	BALÓN DE CONTRAPULSACIONES		A DEMANDA	INSUMO	CONTRA FACTURA			
142	CATÉTER DE OCLUSIÓN TOTAL 0.14 O 0.35		A DEMANDA	INSUMO	CONTRA FACTURA			
143	CATÉTER EXTRACTOR DE TROMBOS		A DEMANDA	INSUMO	CONTRA FACTURA			
144	CATÉTER GUÍA AMPLATZ		A DEMANDA	INSUMO	CONTRA FACTURA			
145	CATÉTER GUÍA DE ALTO SOPORTE SBS/ X VODA		A DEMANDA	INSUMO	CONTRA FACTURA			
146	CATÉTER GUÍA INTRAMAMARIO		A DEMANDA	INSUMO	CONTRA FACTURA			
147	CATÉTER GUÍA MULTIPROPÓSITO		A DEMANDA	INSUMO	CONTRA FACTURA			
148	CATÉTER RADIOFRECUENCIA PARA VARICE ENDOVASCULAR Y/O PERFORANTES 7FR X 60CM		A DEMANDA	INSUMO	CONTRA FACTURA			
149	COILS EMBOLIZACIÓN PERIFÉRICA DE 3MMA 20MM ENTRE 5 A 40 CM DE LONG		A DEMANDA	INSUMO	CONTRA FACTURA			
150	COMPONENTE DE ENDOPRÓTESIS VASCULAR TORÁCICA O ABDOMINAL EN DIFERENTES MEDIDAS PARA CORRECCIÓN DE ANEURISMA VÍA ENDOVASCULAR		A DEMANDA	INSUMO	CONTRA FACTURA			
151	EQUIPO DE PERICARDIO SÍNTESIS		A DEMANDA	INSUMO	CONTRA FACTURA			
152	FILTRO VENA CAVA		A DEMANDA	INSUMO	CONTRA FACTURA			
153	INTRODUCTOR FEMORAL REFORZADO LARGO		A DEMANDA	INSUMO	CONTRA FACTURA			
154	LÍQUIDO EMBOLIZANTE ONIX		A DEMANDA	INSUMO	CONTRA FACTURA			
155	MICRO CATÉTER CON MICRO GUÍA		A DEMANDA	INSUMO	CONTRA FACTURA			
156	MICROPARTÍCULAS DE EMBOLIZACIÓN		A DEMANDA	INSUMO	CONTRA FACTURA			
157	SISTEMA DE TROMBECTOMÍA PERCUTÁNEA		A DEMANDA	INSUMO	CONTRA FACTURA			
158	STENT CORONARIO MEDICADO DE DIFERENTES MEDIDAS		A DEMANDA	INSUMO	CONTRA FACTURA			
159	STENT PERIFÉRICO AUTO EXPANDIBLE DE DIFERENTES MEDIDAS		A DEMANDA	INSUMO	CONTRA FACTURA			

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTA	CÓDIGO: AP-CT-F-08-05
		VERSIÓN: 5
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 2
		FECHA: 22/05/2020

160	STENT BALÓN MONTADO PARA USO PERIFÉRICO		A DEMANDA	INSUMO	CONTRA FACTURA	

VALOR DEL CONTRATO	DOSCIENTOS CINCUENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($250.000.000) CIEN MILLONES DE PESOS M/CTE ($100.000.000)	¿EL VALOR DEL CONTRATO INCLUYE IVA?	SI		NO
					X

FORMA DE PAGO	(90) DÍAS CONTADOS DESPUÉS DE RADICADA LA FACTURA EN EL ÁREA DE CUENTAS POR PAGAR PREVIA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO EMITIDA POR EL SUPERVISOR DE CONTRATO. NO OBSTANTE, PARA EFECTO DEL PAGO SE TENDRÁ EN CUENTA EL FLUJO DE CAJA DE LA ESE.	
PLAZO DE EJECUCIÓN	UN (1) MES	
SUPERVISOR DEL CONTRATO	**NOMBRE:**	**CARGO:**
	LUIS FERNANDO ZULUAGA CRISTANCHO	DIRECTOR DE SERVICIOS HOSPITALARIOS
	CORREO ELECTRÓNICO:	**NUMERO DE CONTACTO:**
	subservicios@subrednorte.gov.co	3108148740

GARANTÍAS DE EXIGIBILIDAD

GARANTÍAS DE EXIGIBILIDAD	**A) DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO:** PARA PRECAVER LOS PERJUICIOS QUE SE DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, INDEPENDIENTE DE LAS MULTAS Y LA CLÁUSULA PENAL QUE SE PACTE EN EL CONTRATO. SU CUANTÍA CORRESPONDERÁ A LA QUE EN CADA CASO SE DETERMINE, LA CUAL NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y UNA DURACIÓN IGUAL A LA DEL PLAZO MÁXIMO PREVISTO AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y CUATRO (4) MESES MÁS.
	B) DE LA PROVISIÓN DE REPUESTOS, ACCESORIOS Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS: PARA PREVENIR EL INCUMPLIMIENTO DE LA PROVISIÓN DE REPUESTOS Y ACCESORIOS NECESARIOS PARA LOS EQUIPOS O BIENES ADQUIRIDOS, SU CUANTÍA NO SERÁ INFERIOR AL 5% DEL VALOR ESTIMADO DE LOS REPUESTOS O DEL VALOR DEL CONTRATO Y SU PLAZO SERÁ DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO O UN (1) AÑO DESDE LA ENTREGA DEL REPUESTO O ACCESORIO.
	C) DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES: EN LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS A QUE HAYA LUGAR, EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA PARA PRECAVER LOS EVENTOS EN QUE INCURRA EN EL NO PAGO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES RESPECTO DE LOS TRABAJADORES RELACIONADOS CON LA EJECUCIÓN DEL RESPECTIVO CONTRATO. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ DE TRES (3) AÑOS.
	D) DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL: EN LOS CONTRATOS A QUE HAYA LUGAR EL CONTRATISTA DEBERÁ CONSTITUIR ESTA GARANTÍA PARA ASEGURAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS QUE EL CONTRATISTA OCASIONE A TERCEROS POR RAZÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. SU CUANTÍA NO PODRÁ SER INFERIOR AL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL MONTO DEL CONTRATO Y SU VIGENCIA SERÁ IGUAL AL PLAZO DEL CONTRATO Y TRES (3) MESES MÁS.
	LAS PRÓRROGAS, ADICIONES O MODIFICACIONES QUE SE SURTAN EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, DEBERÁN AMPLIAR LAS COBERTURAS EN TIEMPO Y EN VALOR DE LA PÓLIZA CORRESPONDIENTE DENTRO DEL TÉRMINO ESTABLECIDO.

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

GENERALES:

1. CUMPLIR A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD A LA OFERTA Y CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS.

2. ACTUAR DE BUENA FE Y ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES INICIALES DEL CONTRATO SIN PREVIO VISTO BUENO DEL SUPERVISOR DEL MISMO.

3. MANTENER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LAS MISMAS CONDICIONES EXIGIDAS EN LOS ESTUDIOS PREVIOS Y OFRECIDAS EN LA OFERTA . EN TÉRMINOS DE CALIDAD, PRECIO, CARACTERÍSTICAS ESPECIALES Y DISPONIBILIDAD.

4. SUSCRIBIR EL CONTRATO, EL ACTA DE INICIO DE EJECUCIÓN Y GARANTÍA DENTRO DE LOS TIEMPO SOLICITADOS .

5. PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA GENERACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA, INFORMES, INGRESO AL ALMACÉN Y CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES O DOCUMENTO EQUIVALENTE SUSCRITO POR EL REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL O QUIEN HAGA SUS VECES, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.

6. PRESENTAR ANTE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (CENTRAL DE CUENTAS POR PAGAR) DE LA SUBRED NORTE ESE, LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO, LA FACTURA Y SOPORTES RESPECTIVOS PARA SU CORRESPONDIENTE RADICACIÓN.

7. NOTIFICAR A LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. DE CUALQUIER INCONVENIENTE QUE IMPIDA LA DEBIDA EJECUCIÓN DEL CONTRATO YA SEA QUE PROVENGA DE CAUSAS EXTERNAS O DE SU PROPIA ORGANIZACIÓN, CON EL FIN DE TOMAR LOS CORRECTIVOS DEL CASO PARA GARANTIZAR LA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

8. DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROTOCOLOS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, EN EL MARCO DE OPERACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN Y SISTEMA DE INFORMACIÓN.

9. EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES EMITIDAS POR LOS ÓRGANOS EXTERNOS, SUPERVISOR DEL CONTRATO Y/O DIRECTRICES INTERNAS.

10. ES OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA CONOCER, DIVULGAR Y APLICAR LA POLÍTICA AMBIENTAL ESTABLECIDA POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

11. LAS DEMÁS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

ESPECIFICAS

1. DENTRO DE LOS VALORES OFERTADOS POR CADA PROCEDIMIENTO , DEBERAN INCLUIRSE LOS INSUMOS NECESARIOS PARA LA REALIZACION DE LOS MISMOS. ESTOS INSUMOS SE DESCRIBEN CON CLARIDAD EN EL ANEXO NO 1 (EL CONSUMO Y GASTO DE LOS ELEMENTOS SERÁ SOMETIDO A AUDITORIA CONCURRENTE POR PARTE DE LA SUBRED NORTE).

ITEM	ITEM	CLASIFICACION
1	AGUJA HIPODÉRMICA 23M	INSUMO
2	CATÉTER DIAGNOSTICO INTRAMAMARIO	INSUMO
3	CATÉTER DIAGNÓSTICO DE ACCESO RADIAL	INSUMO
4	CATÉTER DIAGNOSTICO JL DIFERENTES MEDIDAS	INSUMO
5	CATÉTER DIAGNOSTICO JR DIFERENTES MEDIDAS	INSUMO
6	CATÉTER DIAGNOSTICO MULTIPROPÓSITO	INSUMO
7	CATÉTER DIAGNOSTICO PIGTAIL	INSUMO
8	CATÉTER GUÍA JL DIFERENTES MEDIDAS	INSUMO
9	CATÉTER GUÍA JR DIFERENTES MEDIDAS	INSUMO
10	CATÉTER GUÍA RADIAL DERECHO DIFERENTES CURVAS	INSUMO
11	CATÉTER GUÍA RADIAL IZQUIERDO DIFERENTES CURVAS	INSUMO
12	COMPRESAS ESTÉRILES PAQUETE X 5	INSUMO
13	EQUIPO DE MACRO GOTEO	INSUMO
14	ESPARADRAPO ANCHO	INSUMO
15	ESPARADRAPO DELGADO	INSUMO
16	GASAS ESTÉRILES PAQUETE X 5	INSUMO
17	GASAS NO ESTÉRILES PAQUETE X 200	INSUMO
18	GORROS	INSUMO
19	GUANTES DE MANEJO CAJA X 100	INSUMO
20	GUANTES ESTÉRILES 7,0	INSUMO
21	GUANTES ESTÉRILES 7,5	INSUMO
22	GUÍA ANGIOPLASTIA CORONARIA 0,14 X 175	INSUMO
23	GUÍA ANGIOPLASTIA PERIFÉRICA 0,14 X 300	INSUMO
24	GUÍA DIAGNOSTICA DE 0.035 X 150 Y 0,35 X 260 PTA DF J	INSUMO
25	GUÍA HIDROFÍLICA DE 0.035 X 150 Y 0,35 X 260	INSUMO
26	INTRODUCTOR FEMORAL CON AGUJA DIFERENTES MEDIDAS	INSUMO
27	INTRODUCTORES RADIALES CON AGUJA DE DIFERENTES MEDIDAS	INSUMO
28	JERINGA INSUFLADORA	INSUMO
29	JERINGAS DE 10 CM	INSUMO
30	JERINGAS DE 20 CM	INSUMO
31	JERINGAS DE 3 CM	INSUMO
32	JERINGAS DE 5 CM	INSUMO
33	LLAVES DE TRES VÍAS	INSUMO
34	PAÑIÑES	INSUMO
35	PAQUETE DE HEMODINAMIA	INSUMO
36	PAQUETE DE RADIOFRECUENCIA	INSUMO
37	POLAINAS PAQ X 50	INSUMO
38	TAPABOCAS CAJA X 50	INSUMO

39	YELCO DE 20M	INSUMO

2. VERIFICAR PORQUE LOS MÉDICOS QUE DESARROLLARÁN LOS SERVICIOS, CUMPLAN CON LAS NORMAS DE DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA, Y DEMÁS REGISTROS ESTABLECIDOS POR EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, DE ACUERDO CON LAS NORMAS LEGALES Y JURÍDICAS ESTABLECIDAS, DE ACUERDO CON LOS PRINCIPIOS Y NORMAS QUE LA COMUNIDAD.

3. EJECUTAR CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA Y CIENTÍFICA EL OBJETO CONTRACTUAL.

4. CONSTRUIR Y/O ADAPTAR LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA A PARTIR DE LA GUÍA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL, LAS CUALES DEBEN SER ENTREGADAS ACTUALIZADAS AL 100% A LA OFICINA DE CALIDAD DURANTE EL PRIMER MES DEL CONTRATO.

5. SOCIALIZAR LAS GUÍAS ESTABLECIDAS EN EL SERVICIO A TODOS LOS RESPONSABLES DE LA INTERVENCIÓN, TRATAMIENTO, CUIDADO Y REHABILITACIÓN DE LOS USUARIOS. LO ANTERIOR SERÁ OBJETO DE VERIFICACIÓN POR LA OFICINA DE CALIDAD Y DE TALENTO HUMANO.PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN TODAS AQUELLAS SITUACIONES QUE CONSTITUYAN FACTOR DE RIESGO PARA LA POBLACIÓN E INFORMAR SOBRE LAS ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA.

6. PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN PROCESOS DE CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN EN EL MARCO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LA SUBRED.

7. PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LOS PROCESOS DE CALIDAD EN CONCORDANCIA CON EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD.

8. PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PRESENTANDO LOS INFORMES REQUERIDOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.

9. DILIGENCIAR Y LLENAR LOS DIFERENTES FORMULARIOS Y REGISTROS ESTADÍSTICOS.

10. RESPONDER PQR DEL SERVICIO DE HEMODINAMIA.

11. EL PROVEEDOR ENTREGARA LISTADO CERTIFICADO DE ELEMENTOS CONSUMIDOS EN CADA PROCEDIMIENTO CON FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO CIRUJANO VASCULAR.

12. ADHERENCIA A LOS PLANES, PROGRAMAS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA INSTITUCIÓN.PRESENTAR MENSUALMENTE CON LA CUENTA EL INFORME DE GESTIÓN DEL SERVICIO, SOBRE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS Y SOBRE LOS INDICADORES DEL SERVICIO PREVIAMENTE ACORDADOS CON EL SUPERVISOR

.UMANIZACIÓN: EL EQUIPO DEBE DAR UN TRATO AMABLE Y RESPETUOSO A COMPAÑEROS Y USUARIOS; RESPETAR SU PRIVACIDAD Y DIGNIDAD, ASÍ COMO GUARDAR CONFIDENCIALIDAD D SOBRE SU ESTADO DE SALUD, RESPETANDO CREDOS, RAZA Y CONDICIÓN SOCIO ECONÓMICA. ADEMÁS SE HARÁ ÉNFASIS EN EL MEJORAMIENTO CONTINUO CON EXPLICACIÓN CLARA Y DETALLADA DEL ESTADO DE SALUD TANTO AL PACIENTE COMO A SU FAMILIA Y DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR (CONSENTIMIENTO INFORMADO).

14. SEGURIDAD DEL PACIENTE: EL SERVICIO DEBERÁ ADHERIRSE AL PROGRAMA DE SEGURIDAD ESTABLECIDO POR LA INSTITUCIÓN, PARA LO CUAL SE APLICARÁ UNA LISTA DE CHEQUEO DE LOS PROCEDIMIENTOS, CON EL FIN DE DISMINUIR EL NÚMERO DE COMPLICACIONES Y LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS.

15. REPORTAR EN FORMA OPORTUNA LOS EVENTOS ADVERSOS QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO, ASÍ COMO LAS COMPLICACIONES, EVENTOS DE FÁRMACO Y TECNOVIGILANCIA Y EN GENERAL SITUACIONES DE DIFERENTE ÍNDOLE RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN DEL SERVICIO. FINALMENTE DEBE HACERSE MEDICIONES Y ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES SUMINISTRANDO INFORMACIÓN REQUERIDA POR LA SUBRED.

16. DILIGENCIAR LOS DIFERENTES FORMATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA QUE TENGA LA INSTITUCIÓN, CON CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE SALUD."

17. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR UN INFORME ESTADÍSTICO MENSUAL QUE SERÁ REQUISITO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA, LA CUAL DEBERÁ SER PRESENTADA EN LOS PRIMEROS DIEZ DÍAS POSTERIORES A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

18. LA SUBRED NORTE NO ASUME NINGUNA RESPONSABILIDAD POR EL CUIDADO Y CUSTODIA DE LOS EQUIPOS CON LOS QUE EL CONTRATISTA PRESTA EL SERVICIO, COMO TAMPOCO POR LOS DAÑOS QUE POR CUESTIONES INHERENTES AL USO SE LES CAUSE.

19. EL CONTRATISTA DEBERÁ GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL SERVICIO EN CASO DE PRESENTARSE DAÑOS EN EQUIPOS, EN UN TÉRMINO NO MAYOR A SEIS HORAS.

20. EL CONTRATISTA DEBERÁ CONTAR PERMANENTEMENTE CON TODOS LOS INSUMOS NECESARIOS PARA UNA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, INCLUIDO EQUIPO DE CÓMPUTO, ESTABILIZADORES, IMPRESORAS, PANTALLAS, TECLADOS, GRABADORAS Y, EN GENERAL, TODO LO NECESARIO PARA LA PRESTACIÓN.

21. REALIZAR EL REGISTRO DE LAS COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS Y ENTREGARLO AL SUPERVISOR TÉCNICO DEL CONTRATO, EN UN PLAZO ESTIMADO MAXIMO DE 24 HORAS.

22. REALIZAR EL SEGUIMIENTO AL PRESUPUESTO ASIGNADO, CON EL FIN DE EVITAR SOBREPASAR ESTE."

FIRMA	**Nombre y Firma Director (a) de contratación**	DRA. MONICA BRIGETTE CELY RAMOS	