MODIFICACION Nº 01 AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. PN-MEMAZ-91-7-20132-2020 CELEBRADO ENTRE LA NACIÓN - POLICÍA NACIONAL - POLICÍA METROPOLITANA DE MANIZALES – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CALDAS Y LA ENTIDAD DIAGNOSTIMED S.A CUYO OBJETO ES "PRESTACIÓN DE SERVICIO DE RADIOLOGIA GENERAL, ECOGRAFÍAS, DUPLEX, TOMOGRAFIA, RESONANCIA, RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA, OSTEODENSITOMETRIA, MEDICINA NUCLEAR EN EL AMBITO AMBULATORIO, HOSPITALARIO Y URGENCIAS Y MAMOGRAFIAS PARA EL SERVICIO INTEGRAL PREVENCION Y DETECCION PRECOZ DE CANCER DE SENO CON EL FIN DE BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL"

En Manizales, entre los suscritos a saber **Coronel RAÚL VERA MORENO** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 79.754.180 expedida en Bogotá DC, designado como Comandante de la Policía Metropolitana de Manizales y obrando en nombre de la POLICÍA NACIONAL METROPOLITANA DE POLICÍA MANIZALES – UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS CALDAS, debidamente facultado por la **Resolución Ministerial 0191 del 30/01/2020** emanada del Ministerio de Defensa Nacional de Colombia, y la **Resolución No. 00277 del 27 de enero 2020** que lo faculta para celebrar contratos, quien se denomina como EL CONTRATANTE por una parte y por la otra: Entidad **DIAGNOSTIMED S.A – NIT 830.514.240-9,** Representada legalmente por el (la) Doctor (a) **CLAUDIA PATRICIA OROZCO VALENCIA**, mayor de edad, vecino (a) de la ciudad, identificado con la cedula de ciudadanía Nro. CC **30.322.594 de Manizales**, quien se denomina como **EL CONTRATISTA,** hemos convenido MODIFICAR el presente contrato **PN-MEMAZ-91-7-20132-2020**. Lo anterior teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que el contrato suscrito con la entidad **DIAGNOSTIMED S.A– NIT 830.514.240-9** se realizó por un periodo de **12 MESES** desde el **07/10/2020** el cual culmina el **06/10/2021**

SEGUNDO: Que el valor del contrato total corresponde a la suma de **$909.652.059.00 MCTE**

TERCERO: Que la señora **SM-148 LINA CONSTANZA LÓPEZ GÓMEZ** Supervisora del Contrato, mediante el CO S-2020-081709 DECAL del **15/10/2020,** solicitó a la Oficina de Auditoría de Cuentas Médicas de la Unidad Prestadora de Salud Caldas, la verificación de tarifas cotizadas por EL CONTRATISTA y que son servicios requeridos por el Área de Referencia de la Unidad, en procura de efectuar **MODIFICACION** consistente en la inclusión de estos nuevos procedimientos para la adecuada atención de los usuarios en los servicios de radiología, son:

RESOLUCION 3495	SERVICIOS	
	MAMOGRAFIA	**PROPIAS**
851301	Localización DE LESIÓN NO PALPABLE DE MAMA CON ARPON U OTRO DISPOSITIVO	**$ 500.000**
876901	GALACTOGRAFIA DE UN CONDUCTO	**$ 350.000**
876902	GALACTOGRAFIA DE MULTIPLES CONDUCTOS	**$ 650.000**
876803	TOMOSÍNTESIS	**$ 150.000**
CODIGO INTERNO	ELASTOGRAFIA DE MAMA .	**$ 170.000**
	FLUOROSCOPIA	**PROPIAS**
877400	SINOGRAFIA O FISTULOGRAFIA DE PARED ABDOMINAL SOD(54)	**$ 270.000**
876500	FISTULOGRAFÍA DE PARED TORÁCICA SOD	**$ 270.000**
874700	SIALOGRAFIA (CUALQUIER GLANDULA)	**$ 417.000**
877901	HISTEROSALPINGOGRAFIA	**$ 350.000**
874601	DACRIOCISTOGRAFIA UNILATERAL	**$ 250.000**
874910	FARINGOGRAFIA Y ESOFAGOGRAMA CON CINE O VIDEO [ESTUDIO DE LA DEGLUCION]	**$ 400.000**
877603	COLANGIOGRAFÍA PERCUTANEA	**$ 250.000**
870305	TOMOGRAFIA LINEAL DE MAXILAR SUPERIOR (TARIFA PROPIA)	**$ 150.000**
870306	TOMOGRAFIA LINEAL DE MAXILAR INFERIOR (TARIFA PROPIA)	**$ 150.000**
	INTERVENCIONISMO	**PROPIAS**
061002	BIOPSIA DE GLÁNDULA TIROIDES VÍA PERCUTÁNEA	**$ 340.000**
060101	DRENAJE DEL ÁREA TIROIDEA VÍA PERCUTÁNEA	**$ 704.000**

832102	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MUSCULOS, TENDÓN , FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VÍA PERCUTÁNEA	$	421.000
861102	DRENAJE DE COLECCIÓN PROFUNDA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	$	693.000
851102	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA (TRUCUT)	$	348.000
850100	DRENAJE EN MAMA DE COLECCIÓN POR MASTOTOMÍA O MAMOTOMÍA SOD	$	691.000
540011	DRENAJE DE COLECCIÓN DE LA PARED ABDOMINAL VÍA PERCUTÁNEA	$	890.000
NO TIENE CODIGO	DRENAJE DE COLECCIÓN EN PARED INTRA-ABDOMINAL SOD	$	1.400.000
345002	TORACENTESIS DE DRENAJE O DESCOMPRESIVA	$	750.000
NO TIENE CODIGO	DRENAJE DE ABSCESO DE PSOAS GUIADO POR TAC	$	1.030.000
341201	BIOPSIA DE ÓRGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO VÍA PERCUTÁNEA	$	950.000
NO TIENE CODIGO	BIOPSIA DE CUELLO	$	450.000
877812	PIELOGRAFÍA A TRAVÉS DE TUBO DE NEFROSTOMIA	$	956.000
550202	NEFROSTOMÍA VÍA PERCUTÁNEA	$	1.551.000
332601	BIOPSIA CERRADA DE PULMÓN VÍA PERCUTÁNEA	$	800.000
71002	BIOPSIA DE GLÁNDULA SUPRARRENAL VÍA PERCUTÁNEA	$	890.000
501002	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE HÍGADO	$	890.000
851103	BIOPSIA DE MAMA POR ESTEREOTAXIA	$	550.000
542801	PARACENTESIS ABDOMINAL DIAGNÓSTICA VIA PERCUTÁNEA	$	700.000
542801	PARACENTESIS ABDOMINAL TERAPÉUTICA VIA PERCUTÁNEA	$	890.000
345401	BIOPSIA DE PLEURA POR TOMOGRAFIA	$	950.000
345401	BIOPSIA DE PLEURA POR ECOGRAFIA	$	840.000
601101	BIOPSIA CERRADA [PERCUTÁNEA] [CON AGUJA] DE PRÓSTATA POR ABORDAJE TRANSRECTAL	$	954.000
401101	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO SUPERFICIAL	$	450.000
401102	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO PROFUNDO	$	450.000
542202	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VIA PERCUTÁNEA	$	800.000
542402	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL ViA PERCUTÁNEA	$	1.200.000
552603	BIOPSIA DE RIÑÓN ViA PERCUTÁNEA	$	750.000
861104	DRENAJE DE COLECCIÓN PROFUNDA DE TEJIDOS BLANDOS	$	1.400.000
261001	BIOPSIA CERRADA DE GLÁNDULA O CONDUCTO SALIVAL (PUNCIÓN O ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA O TRUCUT),	$	450.000

NOTA: Al evaluar la paciente para la realización de la biopsia por esterotaxia, si el médico especialista en radiología considera que las lesiones encontradas no necesita la realización de la biopsia por estereotaxia , se facturara una mamografia y consulta especializada por un valor de $ 150.000; En caso de que el médico especialista en radiología después de la evaluación de la paciente considera que se debe realizar la biopsia de mama con aguja tru-cut la autorización se cambiara con el fin de dar la atención oportuna a la paciente.

	PROTOCOLOS ADICIONALES	PROPIAS	
883401-1	RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR DE HIGADO O ABDOMEN SIMPLE CON INDICE DE HIERRO HEPATICO	$	724.900

883401-1	RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR DE HIGADO O ABDOMEN CONTRASTADA CON INDICE DE HIERRO HEPATICO	$	980.000
CÓDIGO PROPIO	RESONANCIA PARA NEURONAVEGACION	$	700.000
CÓDIGO PROPIO	RESONANCIA DE CEREBRO CON PROTOCOLO DE DEMENCIA SIMPLE	$	600.000
CÓDIGO PROPIO	RESONANCIA DE CEREBRO CON PROTOCOLO DE DEMENCIA CONTRASTADO	$	855.100
CÓDIGO PROPIO	LECTURA POR NEURORADIOLOGIA	$	40.000

PROCEDIMIENTOS NO POS (Incluye: Medios de contraste e insumos)		**PROPIAS**	
879901	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VASOS ANGIOTAC (tórax, cráneo, M inferior, M Superior, cuello, Abdomen incluye procedimiento y medios de contraste) CADA MIEMBRO	$	780.000
NOPOS	TOMOGRAFIA DE TORAX DE ALTA RESOLUCIÓN (TACAR .Tomografía de tórax de alta resolución)	$	390.000
NO POS	TOMOGRAFIA DE TORAX DE ALTA RESOLUCIÓN (TACAR .Tomografía de tórax de alta resolución) CONTRASTADO	$	780.000
NO POS	TAC TRIFASICO (ENFASIS EN HIGADO)	$	780.000
879114	CISTERNOGRAFIA POR TAC (solo pacientes ambulatorios)	$	900.000
874200	CISTERNOGRAFIA POR RESONANCIA	$	1.550.000
879141	DENTASCAN UN MAXILAR	$	150.000
879141	DENTASCAN DOS MAXILAR	$	300.000
878711	ARTROGRAFIA DE HOMBRO	$	800.000
878721	ARTROGRAFÍA DE CODO	$	800.000
878731	ARTROGRAFÍA DE MUÑECA	$	800.000
878811	ARTRORESONANCIA DE CADERA (CADA CADERA)	$	900.000
878812	ARTROGRAFIA DE RODILLA	$	800.000
878831	ARTROGRAFIA DE TOBILLO	$	800.000

CUARTO: Que el señor **Intendente JHON JAMES NIETO GARCÍA** Responsable de Auditoria de Cuentas Médicas de la Unidad Prestadora de Salud Caldas, mediante el CO S-2020-083348 DECAL del **19/10/2020,** respondió la solicitud de verificación de tarifas cotizadas por EL CONTRATISTA y que son servicios requeridos por el Área de Referencia de la Unidad, en procura de efectuar **MODIFICACION** consistente en la inclusión de estos nuevos procedimientos para la adecuada atención de los usuarios en los servicios de radiología, aduciendo que era importante solicitar al CONTRATISTA aclaración en los servicios incluidos como: insumos, medios de contraste, imagen para procedimientos, sedación, anestesia, honorarios, salas, materiales, etc; en aquellos servicios.

QUINTO: Que la señora **SM-148 LINA CONSTANZA LÓPEZ GÓMEZ** Supervisora del Contrato, mediante el CO S-2020-083416 DECAL del **19/10/2020,** solicitó al CONTRATISTA claridad en las tarifas cotizadas, en procura de tener claridad en los servicios incluidos como: insumos, medios de contraste, imagen para procedimientos, sedación, anestesia, honorarios, salas, materiales, etc; en aquellos servicios; con el fin de efectuar **MODIFICACION** consistente en la inclusión de estos nuevos procedimientos para la adecuada atención de los usuarios en los servicios de radiología en el presente contrato.

SEXTO: Que el CONTRATISTA **DIAGNOSTIMED S.A** mediante oficio sin número del **20/10/2020** manifestó: *"...las tarifas ofertadas por DIAGNOSTIMED S.A., son tarifas integrales, esto quiere decir que en el valor ofertado se encuentra sumado el procedimiento, insumos, honorarios, salas, medicamentos o medios de contraste, guías ecográficas o topográficas; de acuerdo al procedimiento a realizar, al momento de hacer la facturación correspondiente se haría bajo el cups y la tarifa ofertada y pactada en caso tal que se incluyan..."*

SEPTIMO: Que la señora **SM-148 LINA CONSTANZA LÓPEZ GÓMEZ** Supervisora del Contrato, mediante el CO S-2020-083395 DECAL del **21/10/2020,** tramitó a la Oficina de Auditoría de Cuentas Médicas de la Unidad Prestadora de Salud Caldas, la respuesta de claridad en las tarifas cotizadas por parte del CONTRATISTA (numeral SEXTO).

OCTAVO: Que el señor **Intendente JHON JAMES NIETO GARCÍA** Responsable de Auditoria de Cuentas Médicas de la Unidad Prestadora de Salud Caldas, mediante el CO S-2020-DECAL del **21/10/2020,** manifestó que en atención a la aclaración por parte del CONTRATISTA, permiten indicar en últimas que las tarifas integrales cotizadas se encuentran ajustadas a las tarifas del mercado.

NOVENO: Que la señora **SM-148 LINA CONSTANZA LÓPEZ GÓMEZ** Supervisora del Contrato, mediante el CO S-2020-083714 DECAL **21/10/2020,** propuso al CONTRATISTA llevar a cabo **MODIFICACION** consistente en incluir los códigos y servicios requeridos por el Área de Referencia de la Unidad Prestadora de Salud Caldas,

para la adecuada atención de los usuarios en los servicios de radiología; tarifas y servicios que fueron avalados por Auditoría de Cuentas Médicas, para incluirse en el presente contrato; son:

RESOLUCION 3495	SERVICIOS	
	MAMOGRAFIA	**PROPIAS**
851301	Localización DE LESIÓN NO PALPABLE DE MAMA CON ARPON U OTRO DISPOSITIVO	**$ 500.000**
876901	GALACTOGRAFIA DE UN CONDUCTO	**$ 350.000**
876902	GALACTOGRAFIA DE MULTIPLES CONDUCTOS	**$ 650.000**
876803	TOMOSÍNTESIS	**$ 150.000**
CODIGO INTERNO	ELASTOGRAFIA DE MAMA	**$ 170.000**
	FLUOROSCOPIA	**PROPIAS**
877400	SINOGRAFIA O FISTULOGRAFIA DE PARED ABDOMINAL SOD(54)	**$ 270.000**
876500	FISTULOGRAFÍA DE PARED TORÁCICA SOD	**$ 270.000**
874700	SIALOGRAFIA (CUALQUIER GLANDULA)	**$ 417.000**
877901	HISTEROSALPINGOGRAFIA	**$ 350.000**
874601	DACRIOCISTOGRAFIA UNILATERAL	**$ 250.000**
874910	FARINGOGRAFIA Y ESOFAGOGRAMA CON CINE O VIDEO [ESTUDIO DE LA DEGLUCION]	**$ 400.000**
877603	COLANGIOGRAFÍA PERCUTANEA	**$ 250.000**
870305	TOMOGRAFIA LINEAL DE MAXILAR SUPERIOR (TARIFA PROPIA)	**$ 150.000**
870306	TOMOGRAFIA LINEAL DE MAXILAR INFERIOR (TARIFA PROPIA)	**$ 150.000**
	INTERVENCIONISMO	**PROPIAS**
061002	BIOPSIA DE GLÁNDULA TIROIDES VÍA PERCUTÁNEA	**$ 340.000**
060101	DRENAJE DEL ÁREA TIROIDEA VÍA PERCUTÁNEA	**$ 704.000**
832102	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MUSCULOS, TENDÓN , FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VÍA PERCUTÁNEA	**$ 421.000**
861102	DRENAJE DE COLECCIÓN PROFUNDA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	**$ 693.000**
851102	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA (TRUCUT)	**$ 348.000**
850100	DRENAJE EN MAMA DE COLECCIÓN POR MASTOTOMÍA O MAMOTOMÍA SOD	**$ 691.000**
540011	DRENAJE DE COLECCIÓN DE LA PARED ABDOMINAL VÍA PERCUTÁNEA	**$ 890.000**
NO TIENE CODIGO	DRENAJE DE COLECCIÓN EN PARED INTRA-ABDOMINAL SOD	**$ 1.400.000**
345002	TORACENTESIS DE DRENAJE O DESCOMPRESIVA	**$ 750.000**
NO TIENE CODIGO	DRENAJE DE ABSCESO DE PSOAS GUIADO POR TAC	**$ 1.030.000**

341201	BIOPSIA DE ÓRGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO VÍA PERCUTÁNEA	$	950.000
NO TIENE CODIGO	BIOPSIA DE CUELLO	$	450.000
877812	PIELOGRAFÍA A TRAVÉS DE TUBO DE NEFROSTOMIA	$	956.000
550202	NEFROSTOMÍA VÍA PERCUTÁNEA	$	1.551.000
332601	BIOPSIA CERRADA DE PULMÓN VÍA PERCUTÁNEA	$	800.000
71002	BIOPSIA DE GLÁNDULA SUPRARRENAL VÍA PERCUTÁNEA	$	890.000
501002	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE HÍGADO	$	890.000
851103	BIOPSIA DE MAMA POR ESTEREOTAXIA	$	550.000
542801	PARACENTESIS ABDOMINAL DIAGNÓSTICA VIA PERCUTÁNEA	$	700.000
542801	PARACENTESIS ABDOMINAL TERAPÉUTICA VIA PERCUTÁNEA	$	890.000
345401	BIOPSIA DE PLEURA POR TOMOGRAFIA	$	950.000
345401	BIOPSIA DE PLEURA POR ECOGRAFIA	$	840.000
601101	BIOPSIA CERRADA [PERCUTÁNEA] [CON AGUJA] DE PRÓSTATA POR ABORDAJE TRANSRECTAL	$	954.000
401101	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO SUPERFICIAL	$	450.000
401102	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO PROFUNDO	$	450.000
542202	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VIA PERCUTÁNEA	$	800.000
542402	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL ViA PERCUTÁNEA	$	1.200.000
552603	BIOPSIA DE RIÑÓN ViA PERCUTÁNEA	$	750.000
861104	DRENAJE DE COLECCIÓN PROFUNDA DE TEJIDOS BLANDOS	$	1.400.000
261001	BIOPSIA CERRADA DE GLÁNDULA O CONDUCTO SALIVAL (PUNCIÓN O ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA O TRUCUT),	$	450.000

NOTA: Al evaluar la paciente para la realización de la biopsia por esterotaxia, si el médico especialista en radiología considera que las lesiones encontradas no necesita la realización de la biopsia por estereotaxia , se facturara una mamografía y consulta especializada por un valor de $ 150.000; En caso de que el médico especialista en radiología después de la evaluación de la paciente considera que se debe realizar la biopsia de mama con aguja tru-cut la autorización se cambiara con el fin de dar la atención oportuna a la paciente.

	PROTOCOLOS ADICIONALES	PROPIAS	
883401-1	RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR DE HIGADO O ABDOMEN SIMPLE CON INDICE DE HIERRO HEPATICO	$	724.900
883401-1	RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR DE HIGADO O ABDOMEN CONTRASTADA CON INDICE DE HIERRO HEPATICO	$	980.000
CÓDIGO PROPIO	RESONANCIA PARA NEURONAVEGACION	$	700.000
CÓDIGO PROPIO	RESONANCIA DE CEREBRO CON PROTOCOLO DE DEMENCIA SIMPLE	$	600.000
CÓDIGO PROPIO	RESONANCIA DE CEREBRO CON PROTOCOLO DE DEMENCIA CONTRASTADO	$	855.100
CÓDIGO PROPIO	LECTURA POR NEURORADIOLOGIA	$	40.000

PROCEDIMIENTOS NO POS (Incluye: Medios de contraste e insumos)	PROPIAS

879901	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VASOS ANGIOTAC (tórax, cráneo, M inferior, M Superior, cuello, Abdomen incluye procedimiento y medios de contraste) CADA MIEMBRO	$	780.000
NOPOS	TOMOGRAFIA DE TORAX DE ALTA RESOLUCIÓN (TACAR .Tomografía de tórax de alta resolución)	$	390.000
NO POS	TOMOGRAFIA DE TORAX DE ALTA RESOLUCIÓN (TACAR .Tomografía de tórax de alta resolución) CONTRASTADO	$	780.000
NO POS	TAC TRIFASICO (ENFASIS EN HIGADO)	$	780.000
879114	CISTERNOGRAFIA POR TAC (solo pacientes ambulatorios)	$	900.000
874200	CISTERNOGRAFIA POR RESONANCIA	$	1.550.000
879141	DENTASCAN UN MAXILAR	$	150.000
879141	DENTASCAN DOS MAXILAR	$	300.000
878711	ARTROGRAFIA DE HOMBRO	$	800.000
878721	ARTROGRAFÍA DE CODO	$	800.000
878731	ARTROGRAFÍA DE MUÑECA	$	800.000
878811	ARTRORESONANCIA DE CADERA (CADA CADERA)	$	900.000
878812	ARTROGRAFIA DE RODILLA	$	800.000
878831	ARTROGRAFIA DE TOBILLO	$	800.000

DÉCIMO: Que el CONTRATISTA **DIAGNOSTIMED S.A** mediante oficio sin número del **21/10/2020** manifestó aceptación a la propuesta anterior de MODIFICACIÓN del contrato, correspondiente a la inclusión de códigos y otros servicios; indicando además la garantía en la sostenibilidad de los precios pactados y los demás requisitos establecidos para la prestación del servicio.

DÉCIMO PRIMERO: Que la señora **SM-148 LINA CONSTANZA LÓPEZ GÓMEZ** Supervisora del Contrato, mediante el CO S-2020-086146 DECAL emitió concepto técnico favorable de viabilidad para llevar a cabo **MODIFICACION** consistente en incluir códigos y servicios (Numeral NOVENO) requeridos por el Área de Referencia de la Unidad Prestadora de Salud Caldas, para la adecuada atención de los usuarios en los servicios de radiología; tarifas y servicios que fueron avalados por Auditoría de Cuentas Médicas, y aceptados por parte del CONTRATISTA, para incluirse en el presente contrato como quiera que existe la necesidad de poder dar continuidad a la atención integral de nuestros usuarios.

DÉCIMO SEGUNDO: Que mediante el oficio S-2020-088219 DECAL **30/10/2020**, la Jefe de la Unidad Prestadora de Salud Caldas, señora **Capitán MARTHA YANETH ACEVEDO GÓMEZ**, solicitó al Comando de

la Metropolitana de Policía Manizales autorización para llevar a cabo **MODIFICACION** consistente en incluir códigos y servicios (Numeral NOVENO) requeridos por el Área de Referencia de la Unidad Prestadora de Salud Caldas, para la adecuada atención de los usuarios en los servicios de radiología; tarifas y servicios que fueron avalados por Auditoría de Cuentas Médicas, y aceptados por parte del CONTRATISTA, para incluirse en el presente contrato como quiera que existe la necesidad de poder dar continuidad a la atención integral de nuestros usuarios. Solicitud que fuera debidamente autorizada mediante aplicativo institucional GECOP (Gestor de Contenidos Policiales)

DÉCIMO TERCERO: Que la modificación está debidamente soportada en la Ley 80 del 1993 en su Artículo 13º.- De la Normatividad Aplicable a los Contratos Estatales, Decreto 1082 de 2015, y De acuerdo a lo establecido en el código Civil en su ARTÍCULO 1602. LOS CONTRATOS SON LEY PARA LAS PARTES. *Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes; y no puede ser invalidado sino por su consentimiento mutuo o por causas legales.*

POR TODO LO ANTERIOR SE ACUERDA

PRIMERO: Incluir los códigos y servicios adelante relacionados, requeridos por el Área de Referencia de la Unidad Prestadora de Salud Caldas, para la adecuada atención de los usuarios en los servicios de radiología; tarifas y servicios que fueron avalados por Auditoría de Cuentas Médicas, y aceptados por parte del CONTRATISTA, son:

RESOLUCION 3495	SERVICIOS	
	MAMOGRAFIA	PROPIAS
851301	Localización DE LESIÓN NO PALPABLE DE MAMA CON ARPON U OTRO DISPOSITIVO	$ 500.000
876901	GALACTOGRAFIA DE UN CONDUCTO	$ 350.000
876902	GALACTOGRAFIA DE MULTIPLES CONDUCTOS	$ 650.000
876803	TOMOSÍNTESIS	$ 150.000
CODIGO INTERNO	ELASTOGRAFIA DE MAMA	$ 170.000

	FLUOROSCOPIA	**PROPIAS**
877400	SINOGRAFIA O FISTULOGRAFIA DE PARED ABDOMINAL SOD(54)	**$ 270.000**
876500	FISTULOGRAFÍA DE PARED TORÁCICA SOD	**$ 270.000**
874700	SIALOGRAFIA (CUALQUIER GLANDULA)	**$ 417.000**
877901	HISTEROSALPINGOGRAFIA	**$ 350.000**
874601	DACRIOCISTOGRAFIA UNILATERAL	**$ 250.000**
874910	FARINGOGRAFIA Y ESOFAGOGRAMA CON CINE O VIDEO [ESTUDIO DE LA DEGLUCION]	**$ 400.000**
877603	COLANGIOGRAFÍA PERCUTANEA	**$ 250.000**
870305	TOMOGRAFIA LINEAL DE MAXILAR SUPERIOR (TARIFA PROPIA)	**$ 150.000**
870306	TOMOGRAFIA LINEAL DE MAXILAR INFERIOR (TARIFA PROPIA)	**$ 150.000**
	INTERVENCIONISMO	**PROPIAS**
061002	BIOPSIA DE GLÁNDULA TIROIDES VÍA PERCUTÁNEA	**$ 340.000**
060101	DRENAJE DEL ÁREA TIROIDEA VÍA PERCUTÁNEA	**$ 704.000**
832102	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MUSCULOS, TENDÓN , FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VÍA PERCUTÁNEA	**$ 421.000**
861102	DRENAJE DE COLECCIÓN PROFUNDA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	**$ 693.000**
851102	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA (TRUCUT)	**$ 348.000**
850100	DRENAJE EN MAMA DE COLECCIÓN POR MASTOTOMÍA O MAMOTOMÍA SOD	**$ 691.000**
540011	DRENAJE DE COLECCIÓN DE LA PARED ABDOMINAL VÍA PERCUTÁNEA	**$ 890.000**
NO TIENE CODIGO	DRENAJE DE COLECCIÓN EN PARED INTRA-ABDOMINAL SOD	**$ 1.400.000**
345002	TORACENTESIS DE DRENAJE O DESCOMPRESIVA	**$ 750.000**
NO TIENE CODIGO	DRENAJE DE ABSCESO DE PSOAS GUIADO POR TAC	**$ 1.030.000**
341201	BIOPSIA DE ÓRGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO VÍA PERCUTÁNEA	**$ 950.000**
NO TIENE CODIGO	BIOPSIA DE CUELLO	**$ 450.000**
877812	PIELOGRAFÍA A TRAVÉS DE TUBO DE NEFROSTOMIA	**$ 956.000**
550202	NEFROSTOMÍA VÍA PERCUTÁNEA	**$ 1.551.000**
332601	BIOPSIA CERRADA DE PULMÓN VÍA PERCUTÁNEA	**$ 800.000**
71002	BIOPSIA DE GLÁNDULA SUPRARRENAL VÍA PERCUTÁNEA	**$ 890.000**
501002	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE HÍGADO	**$ 890.000**
851103	BIOPSIA DE MAMA POR ESTEREOTAXIA	**$ 550.000**
542801	PARACENTESIS ABDOMINAL DIAGNÓSTICA VIA PERCUTÁNEA	**$ 700.000**
542801	PARACENTESIS ABDOMINAL TERAPÉUTICA VIA PERCUTÁNEA	**$ 890.000**
345401	BIOPSIA DE PLEURA POR TOMOGRAFIA	**$ 950.000**
345401	BIOPSIA DE PLEURA POR ECOGRAFIA	**$ 840.000**

601101	BIOPSIA CERRADA [PERCUTÁNEA] [CON AGUJA] DE PRÓSTATA POR ABORDAJE TRANSRECTAL	$	954.000
401101	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO SUPERFICIAL	$	450.000
401102	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO PROFUNDO	$	450.000
542202	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VIA PERCUTÁNEA	$	800.000
542402	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL ViA PERCUTÁNEA	$	1.200.000
552603	BIOPSIA DE RIÑÓN ViA PERCUTÁNEA	$	750.000
861104	DRENAJE DE COLECCIÓN PROFUNDA DE TEJIDOS BLANDOS	$	1.400.000
261001	BIOPSIA CERRADA DE GLÁNDULA O CONDUCTO SALIVAL (PUNCIÓN O ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA O TRUCUT),	$	450.000

NOTA: Al evaluar la paciente para la realización de la biopsia por esterotaxia, si el médico especialista en radiología considera que las lesiones encontradas no necesita la realización de la biopsia por estereotaxia , se facturara una mamografía y consulta especializada por un valor de $ 150.000; En caso de que el médico especialista en radiología después de la evaluación de la paciente considera que se debe realizar la biopsia de mama con aguja tru-cut la autorización se cambiara con el fin de dar la atención oportuna a la paciente.

	PROTOCOLOS ADICIONALES	PROPIAS	
883401-1	RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR DE HIGADO O ABDOMEN SIMPLE CON INDICE DE HIERRO HEPATICO	$	724.900
883401-1	RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR DE HIGADO O ABDOMEN CONTRASTADA CON INDICE DE HIERRO HEPATICO	$	980.000
CÓDIGO PROPIO	RESONANCIA PARA NEURONAVEGACION	$	700.000
CÓDIGO PROPIO	RESONANCIA DE CEREBRO CON PROTOCOLO DE DEMENCIA SIMPLE	$	600.000
CÓDIGO PROPIO	RESONANCIA DE CEREBRO CON PROTOCOLO DE DEMENCIA CONTRASTADO	$	855.100
CÓDIGO PROPIO	LECTURA POR NEURORADIOLOGIA	$	40.000

PROCEDIMIENTOS NO POS (Incluye: Medios de contraste e insumos)		PROPIAS	
879901	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VASOS ANGIOTAC (tórax, cráneo, M inferior, M Superior, cuello, Abdomen incluye procedimiento y medios de contraste) CADA MIEMBRO	$	780.000
NOPOS	TOMOGRAFIA DE TORAX DE ALTA RESOLUCIÓN (TACAR .Tomografía de tórax de alta resolución)	$	390.000
NO POS	TOMOGRAFIA DE TORAX DE ALTA RESOLUCIÓN (TACAR .Tomografía de tórax de alta resolución) CONTRASTADO	$	780.000
NO POS	TAC TRIFASICO (ENFASIS EN HIGADO)	$	780.000
879114	CISTERNOGRAFIA POR TAC (solo pacientes ambulatorios)	$	900.000
874200	CISTERNOGRAFIA POR RESONANCIA	$	1.550.000
879141	DENTASCAN UN MAXILAR	$	150.000
879141	DENTASCAN DOS MAXILAR	$	300.000
878711	ARTROGRAFIA DE HOMBRO	$	800.000
878721	ARTROGRAFÍA DE CODO	$	800.000
878731	ARTROGRAFÍA DE MUÑECA	$	800.000
878811	ARTRORESONANCIA DE CADERA (CADA CADERA)	$	900.000

878812	ARTROGRAFIA DE RODILLA	$	800.000
878831	ARTROGRAFIA DE TOBILLO	$	800.000

SEGUNDO: REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO el presente contrato quedará perfeccionado con las firmas de las partes.

TERCERO: las demás cláusulas del contrato continuaran iguales. Para constancia de lo anterior, se firma en un (1) original en Manizales Caldas a los 17 DIC 2020

EL CONTRATANTE

Coronel **RAÚL VERA MORENO**
Comandante Policía Metropolitana de Manizales

EL CONTRATISTA

Doctora **CLAUDIA PATRICIA OROZCO VALENCIA**
CC Nro. 30.322.594 de Manizales
Representante Legal **DIAGNOSTIMED S.A**
NIT 830.514.240-9

ELABORADO POR:	SI. Cristian Andrés Gallego Gómez Analista de Contratos UPRES
ELABORADO POR:	Abog Mag. IT. Alfonso Posada Pico Jefe Oficina de Contratos UPRES
REVISADO POR:	IT. Ricardo Andrés Palacio Piedrahita Jefe Administrativo y Financiero
REVISADO POR:	Abog. Sonia Marina Ortiz Álvarez Jefe Asuntos Jurídicos
APROBADO POR:	CT Martha Yaneth Acevedo Gómez Jefe UPRES DECAL
APROBADO POR:	MY. Adriana Cecilia Bohórquez García Jefe Administrativo y Financiero MEMAZ