ANEXO No. 1

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

El oferente deberá diligenciar y presentar junto con la oferta el formato de Especificaciones Técnicas que se presenta a continuación debidamente firmado por el representante legal, en el que exprese su manifestación de cumplimiento o no cumplimiento con cada una de las especificaciones técnicas solicitadas, las cuales serán verificadas por el Comité Técnico aplicando el criterio de **CUMPLE O NO CUMPLE.**

CONDICIONES MINIMAS TECNICAS HABILITANTES

El oferente deberá cumplir estrictamente con las especificaciones solicitadas, Marcando con una equis (X) en la casilla de "SI", atendiendo los factores descritos a continuación:

ITENS	CONDICIONES TECNICAS MÍNIMAS HABILITABLES	CUMPLE	NO CUMPLE
1	**Experiencia del Proponente en ofrecer el servicio** Con el fin de garantizar la calidad de los bienes o servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere acreditar experiencia en proyectos iguales o similares al objeto del presente estudio previo, tal acreditación será avalada con la presentación de certificaciones de contratos ejecutados en cualquier tiempo, cuya suma supere el setenta por ciento (70%) del presupuesto asignado al presente proceso contractual, será válida la experiencia adquirida con empresas públicas o privadas, para tal efecto las certificaciones deben contener entre otros los siguientes aspectos: • Nombre o razón social del contratante y del contratista dirección y teléfono. • Objeto del contrato. • Número del Contrato. • Fecha de inicio y terminación del contrato. • Valor del contrato. • Indicar si cumplió o no con las especificaciones técnicas solicitadas. • La certificación deberá estar suscrita por el representante legal de la entidad contratante o quien haga sus veces o apoderado o persona autorizada para ello, indicando la dirección NIT y teléfono. NOTA1: Las certificaciones serán objeto de verificación, no serán tenidas en cuenta aquellas certificaciones en las que no se pueda constatar que el contratista cumplió con el objeto del contrato. En caso de presentarse en la modalidad de consorcio o unión temporal, el valor a tener en cuenta como experiencia será igual al valor total facturado del contrato multiplicado por el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes, para lo cual se deberá anexar copia de documento consorcial o unión temporal donde se pueda verificar el porcentaje de participación; llegado el caso de no contar con dicho documento consorcial por ser la primera vez que se presentan bajo esta figura en un proceso de licitación pública, a los mismos les será evaluado su experiencia de forma individual a cada uno de sus integrantes.		
02	❖ **Experiencia del personal** Por cada uno de los servicios ofertados debe soportarse con funcionarios asistenciales por lo que se debe presentar: ❖ **Formato de Idoneidad del Personal (Anexo No. 4):** Para cada uno de los funcionarios técnicos, tecnólogos, auxiliares, profesionales, especialistas, subespecialistas asistenciales, que participen en la atención de nuestros usuarios, se deberá diligenciar el FORMATO DE IDONEIDAD DEL PERSONAL, por cada uno de los servicios ofertados. ❖ **Soporte de la Especialidad:** Deberá tener fotocopia del Diploma del servicio a ofertar, otorgado por una institución educativa reconocida legalmente en Colombia. (Este documento deberá reposar en la oficina de talento humano del contratista seleccionado en caso de ser requerido por alguno de nuestros funcionarios durante la ejecución del contrato)		

	❖ **Homologación y/o Convalidación de títulos:** Fotocopia del Certificado de Convalidación de títulos si los estudios de postgrado se realizaron en el exterior. (Este documento deberá reposar en la oficina de talento humano del contratista seleccionado en caso de ser requerido por alguno de nuestros funcionarios durante la ejecución del contrato) ❖ **Copia del Registro Profesional:** Copia del Registro Profesional Nacional o Departamental que lo acredite como médico para ejercer su profesión en el Departamento y/o en el territorio Nacional. (Este documento deberá reposar en la oficina de talento humano del contratista seleccionado en caso de ser requerido por alguno de nuestros funcionarios durante la ejecución del contrato)		
03	**Capacidad operativa**: El oferente deberá presentar certificación debidamente firmada por el representante legal, donde se indique que cuenta con los medios tecnológicos, recurso humano, transporte asistencial y todos aquellos requisitos necesarios para la prestación de los servicios de hospitalización en casa.		
04	**Otras condiciones técnicas verificables** Los oferentes deberán presentar el Formulario de Inscripción en el Registro Especial De Prestadores de Servicios de Salud o Certificación de Cumplimiento de las Condiciones de Habilitación (Resolución 1043 de 2006 del Ministerio de la Protección Social). Las IPS o profesionales independientes que se contraten deben estar habilitados por la secretaria de salud para prestar servicios de salud, cumpliendo de esta forma con lo establecido por la Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de la Protección Social. El proponente se servirá ofertar la oportunidad en citas, procedimientos y/o demás condiciones establecidas en el Anexo Nro. 2 del presente estudio previo. El proponente presentará en documento anexo, las características que oferta respecto a la atención a los usuarios, incluyendo como mínimo: Requisitos para la atención de servicio Horarios de Atención Modalidad para la asignación de citas (Telefónica y/o Presencial) Entrega de instrucciones para procedimientos Entrega de resultados Entrega de copia de servicios prestados Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios por parte de referencia en casos de solicitarles servicios prioritarios o en caso de urgencias. Anexar el Portafolios de servicios, incluyendo en este el modelo de atención y capacidad instalada.		
05	Entregar la información estadística establecida en la Resolución 01531 del 2014 (RIPS), o las demás normas que lo adicionen o modifiquen, en un archivo plano, el cual debe venir en medio magnético e impreso.		
06	Prestar los servicios de acuerdo al plan de beneficios es el establecido en el Acuerdo 002 del 27 de abril de 2001 del consejo superior de la fuerza militares y Policía Nacional o que se den por autorizados por el Comité Técnico científico de lo cual deberá anexarse la certificación de dicha autorización mediante oficio emitido por la Jefatura del Establecimiento de Sanidad Policial.		
07	Aceptar los requisitos para prestar la atención a los usuarios: La orden expedida por la oficina de Referencia y Contrarreferencia del Área de Sanidad Magdalena, la documentación para la acreditación de derechos de los usuarios. Y en especial el instructivo 009/DISAN-AGESA – 70 " *modelo de atención en salud familiar con enfoque de riesgo de la Policía Nacional – lineamientos para la red externa*"		
08	El futuro contratista debe disponer de una o varias líneas telefónicas directas y servicio de FAX para que los usuarios puedan solicitar información acerca de los servicios prestados y para la Coordinación previa de los servicios de Referencia y Contrarreferencia.		
09	El futuro contratista debe asignar el coordinador informando nombre, cargo del funcionario y teléfonos fijos o celular del mismo para resolver las posibles dificultades administrativas o asistenciales que bien pudieran presentarse en el proceso. Para el caso de Profesionales Independientes, el contacto será el mismo profesional, especialistas o subespecialistas.		
10	El futuro contratista se compromete a cumplir y/o acogerse con cada una de las condiciones y exigencias establecidas en el Instructivo No. 016 AGESA-GRUSE de fecha 28/09/2015 por la cual se establecen los LINEAMIENTOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE REFERENCIA, CONTRARREFERENCIA Y AUTORIZACIONES EN EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL.		

11	"El oferente diligenciara el formulario No. 5 con la oferta, en donde se compromete dar aplicación a las disposiciones señaladas en el decreto 1072 del 2015 en su artículo 2.2.4.6.4, parágrafo 2 y articulo 2.2.4.6.28 numeral 1 que a la letra nos indica los siguientes" dentro de los parámetros de selección y evaluación de proveedores y contratistas, el contratante podrá incluir criterios que le permitan conocer que la empresa a contratar cuente con el sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST). Esto con el fin de poder conocer los riesgos que están expuestos los trabajadores que realicen actividades contratadas de acuerdo a la resolución 1111 de 2017 art 8, para tal fin el oferente acreditara esta condición anexando una certificación firmada por el representante legal de la empresa certificando que cumple con esta condición. Nota: según lo establecido en el parágrafo del artículo 3, de la resolución 1111 de 2017, que a la letra dice: "En caso de existir un consorcio o unión temporal, cada una de las empresas que los integren debe tener establecido el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y los Estándares Mínimos en el marco del Sistema de Garantía de Calidad del Sistema General, de Riesgos Laborales"		
13	**LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIOS** La entidad proponente a la que le sea adjudicada la contratación objeto del presente estudio, deberá prestar los servicios directamente en el lugar donde nuestro usuario requiera el servicio en cualquier parte del Departamento del Magdalena		

SERVICIOS DE ELEMENTOS ORTESICOS REQUERIDOS

ITEMS	CODIGO CUPS	DESCRIPCION	CUMPLE	NO CUMPLE
1	869400	RETIRO DE SUTURA EN PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD		
2	869500	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD		
3	890101	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL		
4	890102	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA		
5	890103	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ODONTOLOGIA GENERAL		
6	890105	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA		
7	890106	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR NUTRICION Y DIETETICA		
8	890108	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR PSICOLOGIA		
9	890109	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR TRABAJO SOCIAL		
10	890110	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGÍA		
11	890111	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA		
12	890112	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR TERAPIA RESPIRATORIA		
13	890113	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL		
14	890114	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR PROMOTOR DE LA SALUD		
15	931000	TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD		
16	931100	MODALIDADES CINETICAS DE TERAPIA SOD		
17	931500	MODALIDADES ELECTRICAS Y ELECTROMAGNETICAS DE TERAPIA SOD		
18	931600	MODALIDADES MECANICAS DE TERAPIA SOD		
19	931700	MODALIDADES NEUMATICAS DE TERAPIA SOD		
20	93700	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD		
21	937101	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA PROBLEMAS EVOLUTIVOS Y ADQUIRIDOS DEL LENGUAJE ORAL Y ESCRITO		

22	937200	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA DESORDENES DEL HABLA, VOZ, FLUIDEZ, ARTICULACION, RESONANCIA SOD		
23	937300	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA DESORDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS SOD		
24	937400	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA DESORDENES COGNITIVO COGNOSITIVOS SOD		
25	937500	OTRO ADIESTRAMIENTO Y TERAPIA DEL HABLA SOD		
26	938300	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL SOD		
27	938301	ENTRENAMIENTO FUNCIONAL EN AUTOCUIDADO (ACTIVIDADES BASICAS COTIDIANAS)		
28	938302	TERAPIA OCUPACIONAL EN MANEJO ADECUADO DE TIEMPO LIBRE Y JUEGO		
29	938310	ENTRENAMIENTO FUNCIONAL EN INTEGRACION LABORAL Y SOCIAL NCOC		
30	939400	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL SOD		
31	939401	MEDICACION RESPIRATORIA ADMINISTRADA MEDIANTE NEBULIZACION (AEROSOLTERAPIA)		
32	939402	NEBULIZACION		
33	960501	INSERCION DE MASCARA LARINGEA		
34	960502	INSERCION DE COPA (CANULA OROFARINGEA CON BALON)		
35	960700	INSERCION DE OTRO TUBO O SONDA NASO-GASTRICA (INTUBACION PARA DECOMPRESION) SOD		
36	960900	INSERCION O SUSTITUCION DE TUBO O SONDA RECTAL SOD		
37	961601	INSERCION DE CATETER (SONDA) EN URETRA		
38	962400	DILATACIÓN Y MANIPULACIÓN DE ESTOMA DE ENTEROSTOMÍA SOD		
39	963300	LAVADO GASTRICO DE LIMPIEZA SOD		
40	963800	EXTRACCION DIGITAL O MANUAL DE HECES IMPACTADAS SOD		
41	963900	IRRIGACION O ENEMA TRANSANAL SOD		
42	964100	IRRIGACION, LAVADO O LIMPIEZA E INSTILACION LOCAL DE COLECISTOSMIA Y OTRO TUBO BILIAR SOD		
43	964900	INSTILACION GENITOURINARIA SOD		
44	965100	IRRIGACION Y LAVADO DEL OJO SOD		
45	965200	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS SOD		
46	965301	IRRIGACION O CURACION DE CONDUCTOS NASALES		
47	965302	CURACION ENDOSCOPICA DE SENOS PARANASALES		
48	965500	LIMPIEZA Y CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMIA SOD		
49	965901	LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA GENERAL		
50	965902	LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES)		
51	966101	INFUSION DE ALIMENTACION ENTERAL POR SONDA		

52	991800	INFUSION O ADMINISTRACION DE SOLUCIONES DE LIQUIDOS Y ELECTROLITOS SOD		
53	992100	INYECCION O INFUSION DE ANTIBIOTICO SOD		
54	992101	INFILTRACION, IRRIGACION O INSTILACION DE MEDICAMENTOS EN SUBESCARA		
55	890205	APLICACIÓN DE DOSIS DE MEDICAMENTOS		
56	890106	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR NUTRICION Y DIETETICA		
57	890112	ATENCION (VISITA) DOMICILIARI, POR TERAPIA RESPIRATORIA		
58	890105	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA		
59	890110	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA		
60	890102	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA INTERNA		
61	890113	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL		
62	890102-14	ATENCION DOMICILIARIA POR ESPECIALISTA		
63	890111	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA		
64	890101	ATENCIÓN DOMICILIARIA POR MÉDICO GENERAL		
65	890108	ATENCIÓN DOMICILIARIA POR PSICOLOGÍA		
66	890209	ATENCIÓN DOMICILIARIA POR TRABAJO SOCIAL		
67	976500	CATETERISMO VESICAL		
68	869500	CURACIÓN DE HERIDA O ESCARA TIPO I Y II ULT TECNO		
69	869500	CURACIÓN DE HERIDA O ESCARA TIPO III Y IV ULT TECNO		
70	869500-7	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO TIPO I Y II		
71	869500-9	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO TIPO III Y IV		
72	861101	DRENAJE DE COLECCIÓN SUPERFICIAL DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION		
73	976500	EXTRACCION Y/O REMPLAZO DE SONDA URETRAL SOD		
74	M19275	GLUCOMETRIA M-10 - M-11		
75	579400	INSERCIÓN DE CATETER URINARIO (VESICAL) SOD		
76	961601	INSERCION DE CATETER (SONDA) EN URETRA		
77	389103	INSERCION DE CATETER CENTRAL POR VIA PERIFERICA NCOC (335)		
78	861803	INSERCION DE CATETER SUBDERMICO (EPIDERMOCLISIS)		
79	960700	INSERCION DE OTRO TUBO O SONDA NASO-GASTRICA (INTUBACION PARA DECOMPRESION) SOD		
80	960700	INSERCIÓN DE TUBO O SONDA NASO-GÁSTRICA		
81	965200	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS SOD		
82	890105-31	PAQUETE ATENCION DE PACIENTES CRONICOS SIN VENTILACION X DIA		
83	939601-3	PAQUETE DE ATENCION AMBULATORIA INTEGRAL DEL PACIENTE OXIGENO DEPENDIENTE (MENSUAL)		
84	890101-4	PAQUETE DE OXIGENO DOMICILIARIO (DIA)		

85	911114	PLASMA RICO EN PLAQUETA		
86	911302	PLASMAFERESIS TERAPEUTICA		
87	579500	REEMPLAZO DE CATETER URINARIO (VESICAL) SOD		
88	890205	SEGUIMIENTO POR JEFE DE ENFERMERIA		
89	PNQX0005	SUSTITUCION DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA		
90	936600	TERAPIA DE DRENAJE LINFATICO		
91	1001	CUIDADOR DOMICILIARIO EN CASA 24 HORAS		
92	890105	CUIDADOR DOMICILIARIO EN CASA 6 HORAS		
93	1001	CUIDADOR DOMICILIARIO EN CASA 12 HORAS		
94	1720	CUIDADOR DOMICILIARIO EN CASA 8 HORAS		
95	890105-31	ATENCION DE PACIENTE CON VENTILACION MECANICA X DIA		

ITEMS	MEDICAMENTOS	CUMPLE	NO CUMPLE
1	ACICLOVIR 250MG POLVO PARA INYECCION		
2	AMIKACINA(SULFATO) 100 MG/2ML SOLUCION INYECTABLE		
3	AMIKACINA(SULFATO) 500 MG/2ML SOLUCION INYECTABLE		
4	AMPICILINA (SAL SODICA)1G DE BASE POLVO PARA INYECCION		
5	AMPICILINA (SAL SODICA) 500MG DE BASE POLVO PARA INYECCION		
6	AMPICILINA SODICA + SULBANTAM SODICO 1G+05G POLVO PARA INYECCION		
7	APOSITO CUTIMED SORBACT 10*10 (ATRAPAR BACTERIAS)		
8	APOSITOS DUODERM (GEL HIDROCOLOIDE)20*20		
9	APOSITOS CUTICELL LAMINAS		
10	AQUACELL AG		
11	AZTREONAN 1G		
12	AZTREONAN 1G POLVO PARA RECOSTRUIR SOLUCION INYECTABLE		
13	BERODUAL SOLUCION PARA INHALAR		
14	BOLSA DE BRENAJE URINARIO (CYSTOFLO)		
15	BOLSA DE NUTRICION PARENRETAL (NUTRIFLOW)		
16	BURETROL POR 150ML		
17	CEFALOTINA 1G POLVO PARA RECONTRUIR		
18	CEFAZOLINA 1GR		
19	CEFEPIME 1GR		
20	CEFOTAXIME 1G		
21	CEFRADINA 1G POLVO PARA RECONTRUIR		
22	CEFTAZIDIMA1G		
23	CEFTRIAXONA (SAL SODICA) 1G POLVO PARA LA INYECCION		
24	CEFTRIAXONA (SAL SODICA) 500 MG POLVO PARA LA INYECCION		
25	CEFALOTINA 1G		
26	CIPROFLOXACINA (CLORHIDRATO) 100MG 10ML DE BASE SOLUCION INYECTABLE		
27	CLARITROMICINA 500 MG POLVO PARA LA INYECCION		

28	CLINDAMICINA 500MG POLVO PARA LA INYECCION		
29	CLINDAMICINA (FOSFATO)15% SOLUCION INYECTABLE		
30	COLAGENASA (IRUXOL) 40 GRAMOS		
31	CUTIMED SORBAC GEL * 25 GRAMOS		
32	CUTISORB ULTRA		
33	DALTEPARINA 5000 UI SC		
34	DEXAMETASONA (ACETATO) 8MG /ML DE BASE SUSPENSIÓN INYECTABLE		
35	DEXAMETASONA (FOSFATO) 4MG/ML DE BESE SOLUCION INYECTABLE		
36	DESTROXA + SODIO CLORURO 5% +09% SOLUCIÓN INYECTABLE		
37	DICLOFENACO SODICO 75MG 3ML SOLUCION INYECTABLE		
38	DIPIRONA SOLUCION INYECTABLE 1GGR 8 2ML		
39	DIPIRONA SOLUCION INYECTABLE 2,5 GR		
40	DUODEM GEL		
41	ENOXOPARINA SODICA DE 20 MG SOL INY (CLEXANE)		
42	ENOXOPARINA SODICA DE 40 MG SOL INY (CLEXANE)		
43	ENOXOPARINA SODICA DE 60 MG SOL INY (CLEXANE		
44	ERITROPOYETINA		
45	ERITROPOYECTINA SODICA 2.000 U POLVO PARA INYECCION		
46	ERTAPENEM 1G AMPOLLA		
47	FITOSTIMOLINE CREMA 32G		
48	FIXOMULL (FIXOROLL)		
49	FLUCONAZOL 1% 4% SUSPENCION ORAL		
50	FLUCONAZOL 200MG /100ML SOLUCION INYECTABLE		
51	FURACION 500G		
52	FUROSEMIDA 20MG 2 ML SOLUCION INYECTABLE		
53	GENTAMICINA(SULFATO) 160 MG 2 ML DE BASE SOLUCION INYECTABLE		
54	GENTAMICINA(SULFATO) 3MG ML DE BASE 03% SOLUCION OFTALMOLOGICA		
55	GENTAMICINA(SULFATO 20 MG /2ML DE BASE SOLUCION INYECTABLE		
56	GENTAMICINA(SULFATO 80 MG 2 ML DE BASE SOLUCION INYECTABLE		
57	HIDROCORTISONA (SUCCIONATO SODICO) 100 MG POLVO PARA INYECCION		
58	HIERRO PARENTERAL		
59	HIOSINA N BUTIL BROMURO + DIPIRONA (0020+25) G/5 ML SOLUCION INYECTABLE		
60	HIOSINA N BUTIL BROMURO 20 ML SOLUCION INYECTABLE		
61	IMIPENEM 1 G POLVO PARA LA INYECCION		
62	MEPERIDINA		
63	MEROPENEM 1 G POLVO PARA LA INYECCION		
64	METILPREDNISOLONA (SOLUCION SODICA) 500MG DE BASE POLVO PARA LA INYECCION		
65	METRONIDAZOL (1) U OMIDAZOL (2) 500 MG /100 ML SOLUCION INYECTABLE (1)		
66	OMEPRAZOL 40MG AMPOLLA		

67	OXACILINA (SAL SODICA) 1GR POLVO PARA LA INYECCION		
68	PIPERACILINA /TAZOBACTAM 4.5G POLVO PARA LA INYECCION		
69	RANITIDINA (CLORHIDRATO) 50MG 2 ML DE BASE SOLUCION INYECTABLE		
70	ROCEFIN POLVO ESTERIL PARA LA INYECCION 1G		
71	TAZOCIN		
72	TRAMADOL 100MG AMPOLLA		
73	TRAMADOL (CLORHIDRATO 50MG DE POLVO SOLUCION INYECTABLE		
74	ANASYN AMPOLLA 1,5 MG		
75	VANCOMICINA CLORHIDRATO 500MG DE POLVO SOLUCION INYECTABLE		
76	FITOSTIMOLINE CREMA 32 GRS		
77	MUPIROCINA CREMA		
78	LACTATO RINGER (SOLUCIÓN HARTMAN)		
79	PARA EL CASO DE LOS MEDICAMENTOS QUE NO SE ENCUENTRAN RELACIONADOS EN EL PRESENTE ESTUDIO DE MERCADO PERO QUE DADO EL CASO SE REQUIERAN, SERA CANCELADOS DE ACUERDO A LA FACTURA DE COMPRA ORIGINAL MAS UN PORCENTAJE DE INTERMEDIACION QUE DEBERA OFERTAR EL PRESENTE ITEMS		

ITEMS	CODIGO CUPS	LABORATORIOS	CUMPLE	NO CUMPLE
1	903801	ACIDO ÚRICO		
2	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]		
3	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMÁTICO		
4	903818	COLESTEROL TOTAL		
5	907002	COPROLÓGICO		
6	903825	CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS		
7	903841	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
8	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA		
9	902209	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA REC		
10	902210	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOSINDICES ERITROCITARIOSLEUCOGRAMARECUENT		
11	903856	NITROGENO UREICO [BUN] *		
12	903867	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST]		
13	903866	TRANSAMINASA GLUTÁMICO PIRÚVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA [TGP-ALT]		
14	903868	TRIGLICÉRIDOS		
15	907107	UROANÁLISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA		
16	901235	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]		

ITEMS	CUIDADOS DE ENFERMERIA BASICOS	CUMPLE	NO CUMPLE
1	ATENCION INTEGRAL POR ENFERMERIA DIURNO ORDINARIO		
2	ATENCION INTEGRAL POR ENFERMERIA DIURNO FESTIVO		
3	ATENCION INTEGRAL ENFERMERIA NOCTURNA ORDINADRIO		
4	ATENCION INTEGRAL ENFERMERIA NOCTURNA FESTIVO		
5	ATENCION INTEGRAL ENFERMERIA 24 HORAS ORDINARIO		
6	ATENCION INTEGRAL ENFERMERIA 24 HORAS FESTIVO		
7	ATENCION INTEGRAL ENFERMERIA MENSUAL DIURNO		
8	ATENCION INTEGRAL ENFERMERIA MENSUAL NOCTURNO		
9	ATENCION INTEGRAL ENFERMERIA MENSUAL DIURNO Y NOCTURNO		

ITEMS	INSUMOS	CUMPLE	NO CUMPLE
1	ANGIOCAT No.20G UNIDAD		
2	ANGIOCAT No. 22G UNIDAD		
3	APLICADOR CON ALGODÓN REF 354		
4	BATAS DESECHABLES		
5	BOLSA NUTRICIÓN ENTERAL		
6	CLORURO DE SODIO 0.9% X 100ML		
7	EQUIPO VENOCLISIS MACROGOTEO UNIDAD SIN CONCENTAC		
8	FIXOMULL STRETCH 15CM X 10 MT		
9	GASA ESTERIL 7.5 X 7.5 CM		
10	GUANTE EXAMEN DESECHABLE		
11	JERINGA DESECHABLE 10 ML UNIDAD		
12	SONDA CATETER SUCCION CERRADA 16 FR UNIDAD		
13	SONDA NELATON No. 14 UNIDAD		
14	SONDA NELATON No. 16 UNIDAD		
15	TAPA BOCA DESECHABLE		
16	TAPON (HEPARINIZADO) UNIDAD		
17	VENDA ELASTICA 5X5 UNIDAD SIN CONCENTRACION		
18	FILTRO NARIZ DE CAMELLO ADULTO GHC		
19	FIXOMULL STRETCH 10CMX10MT		
20	TIRILLA DE GLUCOMETRIA UNIDAD		
21	CAUCHO SUCCION UNIDAD		
22	MICROPORE PIEL ½ UNIDAD		
23	BURETROL UNIDAD SIN CONCENTRACION		
24	CLORURO DE SODIO 250 mg BOLSA 250 mg		
25	CLORURO DE SODIO 500 mg BOLSA 500 mg		
26	ALQUILER MENSUAL DE GLUCOMETRO		
27	EQUIPO SUCCION UNIDAD		
28	MONITOR DE SIGNOS VITALES UNIDAD		
29	NEBULIZADOR UNIDAD		

30	VENTILADOR OXIGENO UNIDAD		
31	Alquiler de Aspirador Portátil día		
32	APOSITO CUTIMED SORBACT 10X10 (ATRAPAR BACTERIAS)		
33	APOSITOS CUTICELL LAMINAS		
34	AQUACEL AG + EXTRA APOSITO		
35	Bolsa de Drenaje Urinario (CYSTOFLO) x 2000 mL		
36	Buretrol x 150 ml		
37	Cateter Venoso No. 20		
38	Cateter Venoso No. 24		
39	Colagenasa (IRUXOL) 40g		
40	CUTIMED SORBAC GEL X 25 GRAMOS		
41	EQUIPO DE MACROGOTEO S/A X 20 GOTAS		
42	EQUIPO DE MICROGOTEO S/A X 60 GOTAS		
43	FIXOMULL (FIXO ROLL)		
44	FURACIN 500G		
45	Gasas Esteriles 10 X 10CM		
46	GASAS ESTERILES 5X5CM		
47	Guantes de Esteriles Qx T 6 1/2		
48	Guantes de Manejo		
49	JERINGA 1 mL 27G		
50	Jeringa 10 ml 21g x 1 1/2		
51	Jeringa 3 ml 21g x 1 1/2		
52	Microporo		
53	MUPIROCINA		
54	Solucion Salina AL 0.9 % X 500ml		
55	Sonda foley 2 vias		
56	SONDA NELATON #16		
57	Tapon Heparinizado		
58	Vendas de Algodón		
59	Vendas Elastica		
60	Para los demás insumos que se llegasen a utilizar el proponente debe anexar la factura comercial de la compra del insumo y estos serán cancelados por parte de la Regional de Aseguramiento en Salud No 8, por el valor comercial más el porcentaje que cotice en la presente solicitud.		

PROPONENTE:_____

Firma Representante Legal _____

C.C. N° _____