	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS	CODIGO : AP-CF-F-07-03
		VERSION : 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PAGINA : 1 DE 3
		FECHA : 11/10/2017

INFORMACIÓN DEL PROCESO

Proceso No.	092 DE 2018
--------------------	-------------

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

Objeto a contratar	CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA, ENDOVASCULAR Y CARDIOLOGIA HEMODINAMIA, PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., QUE PERMITA REALIZAR LOS EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DE APOYO DIAGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO DE TIPO INVASIVO, PARA LA ATENCION INTEGRAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, AMBULATORIOS, CONSULTA EXTERNA, Y URGENCIAS DE ACUERDO A LA CONTRATACION VIGENTE CON LOS DIFERENTES PAGADORES (EPS SUBSIDIADAS, CONTRIBUTIVAS Y DEMAS ENTIDADES) CUYO SERVICIO DEBERA SER PRESTADO EN LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD PRESTADORAS DE SALUD SIMON BOLIVAR
---------------------------	---

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

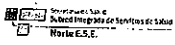
CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			SOLUCIONES MEDICAS ESPECIALIZADAS SYS S.A.S.		
			No. NIT: 900.710.518-4	No. NIT:	No. NIT:
FECHA Y HORA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA			[NA]		
1. HABILITANTES JURÍDICOS	1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA (MODELO ANEXO No. 2 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.).	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación: Folio 4	N.A. Observación: Folio	N.A. Observación: Folio
	2. COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN (MODELO ANEXO No. 3 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.).	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación: Folio 6	N.A. Observación: Folio	N.A. Observación: Folio
	3. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL / MATRICULA MERCANTIL (EXPEDICIÓN NO MAYOR A NOVENTA (90) 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: Folio 7 a 10	N.A. Observación: Folio	N.A. Observación: Folio
	4. REGISTRO ÚNICO DE PROPONENTES (EXPEDICIÓN NO MAYOR A NOVENTA (90) DÍAS).	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	N.A. Observación:	N.A. Observación:	N.A. Observación: Folio
	5. FOTOCOPIA DEL REGISTRO ÚNICO 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 Observación: Folio 11	N.A. Observación: Folio	N.A. Observación: Folio
	6. FOTOCOPIA DEL REGISTRO 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: Folio 12	N.A. Observación: Folio	N.A. Observación: Folio
	7. FOTOCOPIA 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: Folio 13	N.A. Observación: Folio	N.A. Observación: Folio



Objeto a contratar	CONTRATAR LA PRESTACION DEL SERVICIOS ASISTENCIALES DE CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA, ENDOVASCULAR Y CARDIOLOGIA HEMODINAMIA, PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., QUE PERMITA REALIZAR LOS EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DE APOYO DIAGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO DE TIPO INVASIVO, PARA LA ATENCION INTEGRAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, AMBULATORIOS, CONSULTA EXTERNA, Y URGENCIAS DE ACUERDO A LA CONTRATACION VIGENTE CON LOS DIFERENTES PAGADORES (EPS SUBSIDIADAS, CONTRIBUTIVAS Y DEMAS ENTIDADES) CUYO SERVICIO DEBERA SER PRESTADO EN LAS INSTALACIONES DE LA UNIDAD PRESTADORAS DE SALUD SIMON BOLIVAR
--------------------	--

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

8. CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN 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: Folio 14 y 15	☐ N.A. Observación: Folio	☐ N.A. Observación: Folio
9. CERTIFICADO ANTECEDENTES - CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPUBLICA DE LA EMPRESA Y DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN 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: Folio 16 y 17	☐ N.A. Observación: Folio	☐ N.A. Observación: Folio
10. CERTIFICADO ANTECEDENTES - PERSONERÍA DE BOGOTÁ D.C. DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN 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: Folio 19	☐ N.A. Observación: Folio	☐ N.A. Observación: Folio
11. CERTIFICADO ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA NACIONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL. EXPEDICIÓN 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: Folio 18	☐ N.A. Observación: Folio	☐ N.A. Observación: Folio
12. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES (MODELO ANEXO No. 4 ENTREGADO POR LA SUBRED NORTE E.S.E.).	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	☒ 1. Cumple Observación: Folio 5	☐ N.A. Observación: Folio	☐ N.A. Observación: Folio
13. 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: 22	☐ N.A. Observación: Folio	☐ N.A. Observación: Folio
14. Folio de seriedad de la oferta para ofertas mayores a 150 smmv \$110.657.550 no inferior al 10% de la propuesta y vigencia de 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: 23 a 25	☐ N.A. Observación:	☐ N.A. Observación:
OBSERVACIONES:				
EVALUADORES				
Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Jurídico:		KELLY JOHANNA ANGEL DEVIA - OFICINA DE CONTRATACIÓN		

	EVALUACIÓN DE PROPUESTAS	CODIGO : AP-CT-F-07-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	VERSION : 3
		PAGINA : 1 DE 3
		FECHA : 11/10/2017

092-2018

(Marque con una X dependiendo la modalidad de selección)

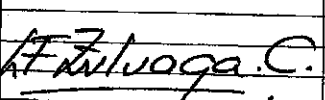
A. ☒ Invitación a Cotizar B. ☐ Evento Especial C. ☐ Convocatoria Pública D. ☐

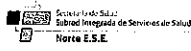
Contratar la Prestación de servicios asistenciales de Cirugía Vascular Periférica, Endovascular y cardiología Hemodinámica, para la Subred Integrada de servicios de salud Norte, que permita realizar los exámenes y procedimientos de apoyo diagnóstico y/o tratamiento de tipo invasivo, para la atención integral en pacientes hospitalizados, ambulatorios, consulta externa, y urgencias de acuerdo a la contratación vigente con los diferentes pagadores (EPS subsidiadas, contributivos y demás entidades), cuyo servicio deberá ser prestado en las instalaciones de la Unidad de servicios de salud Simón Bolívar.

FECHA Y HORA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA		SOLUCIONES MEDICAS ESPECIALIZADAS S.A.S	(Nombre del proponente)	(Nombre del proponente)
		No. NI:	No. NI:	No. NI:
	EL OFERTANTE DEBERÁ CONTAR CON EL SIGUIENTE RECURSO HUMANO. CON EXPERIENCIA MINIMA DE UN (1) AÑO : * Cirujano vascular * Hemodinamista con soporte de experiencia	Escoge de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	I. Cumple Observación:	I. Cumple Observación:
	2. INSUMOS, Y DISPOSITIVOS MEDICOQUIRURGICOS: El oferente debe presentar carta firmada por el representante legal donde se compromete a garantizar el suministro de los insumos básicos para la prestación de los servicios, que se encuentran descritos en el ANEXO No 5 (INSUMOS) los cuales estarán incluidos dentro del valor propuesto en cada procedimiento:	Escoge de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	I. Cumple Observación:	I. Cumple Observación:
	3. EQUIPOS : Para la prestación del servicio en el área de Hemodinámica, el proponente deberá ofertar los siguientes equipos: * Arco en C para Hemodinámica * inyector de poder. Los cuales no deben tener mas de tres (3) años contados a partir de la fecha de adquisición conforme lo establece la ficha técnica que para el efecto debe adjuntarse en la propuesta.	Escoge de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	I. Cumple Observación:	I. Cumple Observación:
	1. Experiencia del Oferente - B proponente debe acreditar experiencia mediante la presentación de máximo (5) contratos celebrados con objeto igual o similar al del presente proceso, durante los últimos cinco (5) años y cuyo valor sea igual o superior a tres (3) veces el valor del presupuesto asignado para este proceso.	Escoge de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	I. Cumple Observación: 100 Puntos	I. Cumple Observación:

LPBC

Controlar la Prestación de servicios asistenciales de Cirugía Vascular Periférica, Endovascular y cardiología Hemodinámica, 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, urgencias de acuerdo a la contratación vigente con los diferentes pagadores (EPS subsidiadas, contributivos y demás entidades), cuyo servicio deberá ser prestado en las instalaciones de la Unidad de servicios de salud Simón Bolívar.

	2. Experiencia del recurso humano (Medico Vascular Periférico). El oferente deberá allegar certificaciones de experiencia del profesional que presenta en su propuesta. La experiencia tendrá la siguiente calificación: DE 1 AÑO A 3 AÑOS SE OTORGARAN 25 PUNTOS DE 3 AÑOS EN ADELANTE 50 PUNTOS	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación: 50 Puntos. Experiencia de 3 y 3 meses años	Observación: Observación:	Observación: Observación:
	3. Experiencia del recurso humano (Medico Hemodinámico). El oferente deberá allegar certificaciones de experiencia del profesional que presenta en su propuesta. La experiencia tendrá la siguiente calificación: DE 1 AÑO A 3 AÑOS SE OTORGARAN 25 PUNTOS DE 3 AÑOS EN ADELANTE 50 PUNTOS	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación: 25 Puntos Experiencia de un año y medio	Observación: Observación:	Observación: Observación:
	4. Equipo biomédico ofertado: Las equipos ofertados se evaluarán de la siguiente manera: EQUIPOS DE CERO (0) A UN (1) AÑO SE OTORGARAN 150 PUNTOS EQUIPOS DE UNO (1) A DOS (2) AÑO SE OTORGARAN 100 PUNTOS EQUIPOS DE DOS (2) A TRES (3) AÑOS SE OTORGARAN 50 PUNTOS	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	Observación: Observación:	Observación: Observación:	Observación: Observación:
	5. OPORTUNIDAD: Cobertura presencial del servicio, disponibilidad y oportunidad de respuesta al llamado, de acuerdo a las características expuestas en la invitación. Se otorgara 25 puntos por cada uno de los ítems expuestos en la invitación, para un total máximo de cien (100) puntos. Las demás propuestas se evaluarán por reglas de tres simple donde (a menor tiempo, mayor puntaje), excepto el ítem No 4. Que se evaluará por regla de tres simple donde (a mayor tiempo, mayor puntaje)	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación: 100 Puntos	Observación: Observación:	Observación: Observación:
	6. VALORES AGREGADOS El oferente deberá presentar programa de capacitación y actualización relacionado con el objeto del contrato. (Cantidad, periodicidad, intensidad y constancia de la misma). Se otorgará un puntaje de cincuenta (50) puntos al oferente que presente el mejor programa de capacitación, teniendo en cuenta los factores antes citados de Cantidad, periodicidad, intensidad y constancia de la misma	Escoja de la lista desplegable si Cumple / No Cumple y en el campo de observación la causal de incumplimiento o rechazo	1. Cumple Observación: 50 puntos	Observación: Observación:	Observación: Observación:
OBSERVACIONES:					
MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR CRITERIOS TÉCNICOS			325 Puntos. Falta aún la Calificación de Equipos BIOMÉDICOS.		
	LUIS FERNANDO ZULUAGA- Medico Intensivista.				

	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 3
		FECHA : 11/10/2017

INFORMACIÓN DEL PROCESO

Proceso No.	092-2018
-------------	----------

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

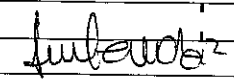
Objeto a contratar	CONTRATAR LA PRESENTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA, ENDOVASCULAR Y CARDIOLOGÍA HEMODINÁMICA, PARA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE, QUE PERMITE REALIZAR LOS EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DE TIPO INVASIVO, PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, AMBULATORIOS, CONSULTA EXTERNA, Y URGENCIAS DE ACURDO 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 SALUD SIMÓN BOLÍVAR.
--------------------	--

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN			
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3	Proponente 4
			SOLUCIONES MÉDICAS ESPECIALIZADAS S&S S.A.S			
			900.710.518-4			
4. TÉCNICOS (Traslada a la descripción los criterios técnicos evaluados en la invitación o en los Pliegos de condiciones, de acuerdo al proceso adelantado)	1. Para la prestación de servicios en el área de Hemodinámica, el proponente deberá ofertar los siguientes equipos: * Arco en C Para hemodinámica * Inyector de poder		El proponente aporta hoja de vida, registro INVIMA y ficha técnica del arco en C e Inyector de poder. (Folios 91 al 111)			
	2. Los equipos no deben tener mas de tres (3) años contados a partir de la fecha de adquisición. Las licencias de estudios radio físicos serán asumidas por el oferente. La instalación, soporte técnico y mantenimiento de los equipos serán a cargo del oferente. Los equipos deberán ser asegurados por el oferente.		El proponente aporta certificación de entrega de los equipos nuevos, las licencias, seguros y realizar mantenimiento preventivo y correctivo (Folio 89)			
	1. Para la prestación de servicios en el área de Hemodinámica, el proponente deberá ofertar los siguientes equipos: * Arco en C Para hemodinámica * Inyector de poder	EQUIPO DE CERO (0) A UN (1) AÑO SE OTORGAN 150 PUNTOS EQUIPO DE UNO (1) A DOS (2) AÑO SE OTORGAN 100 PUNTOS EQUIPO DE DOS (2) A TRES (3) AÑOS SE OTORGAN 50 PUNTOS	150			

OBSERVACIONES:

EVALUADORES

Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Técnico:	P.P. Luisa Fernanda Castiblanco Cruz	Ingeniera Biomédica	
---	--------------------------------------	---------------------	---

	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 3
			FECHA : 11/10/2017

INFORMACIÓN DEL PROCESO

Proceso No.	092 - 2018
--------------------	------------

Modalidad	(Marque con una X dependiendo la modalidad de selección)	A. ☒ 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 cardiología Hemodinámica, 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 salud Simón Bolívar.
---------------------------	---

INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	CÓMO EVALUAR	EVALUACIÓN		
			Proponente 1	Proponente 2	Proponente 3
			SOLUCIONES MEDICAS ESPECIALIZADAS SYS SAS	(Nombre del proponente)	(Nombre del proponente)
			No. NIT: 900.065.662 - 1	No. NIT:	No. NIT:
4. ECONÓMICOS	Valor de la propuesta	Escriba el valor de la propuesta económica del bien o servicio a contratar por cada proponente	145.901.492		
		PUNTAJE MAXIMO A OTORGAR 500 PUNTOS	Puntaje Asignado	Puntaje Asignado	Puntaje Asignado
			500	N/A	

OBSERVACIONES:					
----------------	--	--	--	--	--

MÁXIMO PUNTAJE A ASIGNAR POR TODOS LOS CRITERIOS TÉCNICOS Y ECONÓMICOS	Escriba la Σ de la totalidad de los puntos a asignar por la evaluación técnica y económica	975	N/A	N/A
---	---	-----	-----	-----

EVALUADORES

Nombre, cargo y firma Evaluador criterio Económico:	LUIS ENRIQUE PÁEZ FALLA PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COMPRAS 29.1
--	--

INVITACIÓN A COTIZAR No 92
ANEXO ECONOMICO No 6



Item	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Especificación Técnica	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
1	cavografía	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	600.000		600.000
2	arteriografías de miembros inferiores o superiores, renal, +aortograma torácico o abdominal tarifa por cada extremidad	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	1.913.321		1.913.321
3	arteriografía de la arteria gastroduodenal, tronco celiaco o mesentérica superior o inferior	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	1.913.321		1.913.321
4	arteriografía de arterias carótidas o pan angiografía	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	919.000		919.000
5	arteriografía periférica de una extremidad inferior por punción + aortograma	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	1.978.950		1.978.950
6	arteriografía pélvica selectiva o supraseductiva	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	1.678.950		1.678.950
7	Arteriografía periférica de una extremidad superior	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	1.678.950		1.678.950
8	arteriografía pulmonar bilateral con cateterismo derecho	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	2.100.000		2.100.000
9	arteriografía pulmonar bilateral selectiva	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	2.100.000		2.100.000
10	flebografía de miembros inferiores o superiores (tarifa por cada extremidad)	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	819.000		819.000
11	oclusión de vasos de miembros superiores por vía endovascular venoso o arterial	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	1.850.000		1.850.000
12	oclusión de vasos torácicos por vía endovascular	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	1.950.000		1.950.000
13	oclusión de arterias abdominales por vía endovascular	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	1.950.000		1.950.000
14	oclusión de venas abdominales por vía endovascular	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	1.950.000		1.950.000
15	oclusión de venas intraabdominales por vía endovascular	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	1.850.000		1.850.000
16	oclusión de arterias o venas de miembros inferiores por vía endovascular o esclerosis de vasos por malformación periférica	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	1.850.000		1.850.000
17	oclusión de vasos de cabeza y cuello por vía endovascular	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	1.950.000		1.950.000
18	Reparación de fistula arteriovenosa por embolización	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	1.500.000		1.500.000
19	Trombolisis periférica y/o de venas de miembros inferiores por vía endovascular	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	1.950.000		1.950.000
20	Trombolisis de arterias de miembros inferiores por vía endovascular	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	1.950.000		1.950.000
21	Trombolisis arterial abdominal vía endovascular	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	1.950.000		1.950.000
22	Trombolisis por cateterismo	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	2.000.000		2.000.000

INVITACIÓN A COTIZAR No 92
ANEXO ECONOMICO No 6

Item	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Especificación Técnica	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
23	Angioplastia de miembros inferiores con un balón convencional	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	2.600.000		2.600.000
24	angioplastia o aterectomia de vasos abdominales con balón convencional	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	2.600.000		2.600.000
25	angioplastia con un balón de vasos de miembros superiores convencional	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	2.600.000		2.600.000
26	angioplastia o aterectomia con balón de vasos de cabeza y cuello, con prótesis (stent) o injerto(s) protésico (s)	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	2.800.000		2.800.000
27	angioplastia con balón de vasos de miembros superiores, con prótesis (stent) o injerto(s) protésico (s)	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	2.600.000		2.600.000
28	angioplastia o aterectomia de vasos abdominales, con prótesis (stent) o injerto(s) protésico (s)	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	2.600.000		2.600.000
29	angioplastia de arteria carótida, con prótesis (stent) o injerto(s) protésico (s)	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	2.800.000		2.800.000
30	angioplastia arteria vertebral, con prótesis (stent) o injerto(s) protésico (s)	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	2.800.000		2.800.000
31	colocación de filtro de vena cava	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	1.000.000		1.000.000
32	derivación porto sistémica transyugular intrahepática	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	2.800.000		2.800.000
33	extracción de cuerpo extraño intravascular arterial o venoso por vía intravascular	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	2.600.000		2.600.000
34	Ablación de Varices de Miembros Inferiores por Radiofrecuencia (Unilateral)	A Demanda	Procedimiento	APOYO DIAGNOSTICO HEMODINÁMIA VASCULAR PERIFÉRICA	2.000.000		2.000.000
35	Reparo endovascular de aneurisma de aorta abdominal	A Demanda	Procedimiento	TRATAMIENTO PARA ANEURISMAS AORTICO ABDOMINAL, TORAXICO, ILIACOS POR VIA ENDOVASCULAR	3.000.000		3.000.000
36	Reparo endovascular de aneurisma de aorta torácica o disección aortica	A Demanda	Procedimiento	TRATAMIENTO PARA ANEURISMAS AORTICO ABDOMINAL, TORAXICO, ILIACOS POR VIA ENDOVASCULAR	3.000.000		3.000.000
37	Reparo endovascular de aneurisma iliacos	A Demanda	Procedimiento	TRATAMIENTO PARA ANEURISMAS AORTICO ABDOMINAL, TORAXICO, ILIACOS POR VIA ENDOVASCULAR	3.000.000		3.000.000
38	Reparo endovascular de aneurisma de aorta con sistema iliac branch	A Demanda	Procedimiento	TRATAMIENTO PARA ANEURISMAS AORTICO ABDOMINAL, TORAXICO, ILIACOS POR VIA ENDOVASCULAR	3.000.000		3.000.000
39	Aneurismectomía de aorta intraabdominal; incluye resección con injerto en parche	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	1.500.000		1.500.000
40	Aneurismectomía intraabdominal (excepto aorta); incluye aneurisma hipogástrico, extirpación fístula arteriovenosa (pélvica), resección o colocación de injerto en parche, sutura	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	1.500.000		1.500.000

INVITACIÓN A COTIZAR No 92
ANEXO ECONOMICO No 6

Item	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Especificación Técnica	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
41	Reconstrucción de arteria intraabdominal por medio de injerto; incluye derivaciones aorta femoral y aorta iliaca con homoinjerto o injerto sintético simple o en Y	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	1.500.000		1.500.000
42	Derivación aorta poplítea	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	1.500.000		1.500.000
43	Derivación aorta renal por injerto en Y, o de aorta a las dos arterias renales	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	1.500.000		1.500.000
44	Anastomosis venosa intraabdominal	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	1.500.000		1.500.000
45	Exploración y/o trombectomía	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	800.000		800.000
46	Endarterectomía de vasos de brazo o antebrazo	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	1.200.000		1.200.000
47	Endarterectomía de vasos de miembros superiores	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	1.200.000		1.200.000
48	Endarterectomía Aortoiíaco	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	1.200.000		1.200.000
49	Endarterectomía Suprapatelar	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	1.200.000		1.200.000
50	Endarterectomía Infrapatelar	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	1.200.000		1.200.000
51	Endarterectomía de Arterias de miembros inferiores	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	1.200.000		1.200.000
52	cierre de Fístula Arteriovenosa vía abierta	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	800.000		800.000
53	Cateterismo Izquierdo	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA	2.500.000		2.500.000
54	Cateterismo derecho	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA	1.900.000		1.900.000
55	Cateterismo izquierdo y derecho más arteriografía coronaria	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA	2.500.000		2.500.000
56	Cateterismo izquierdo y derecho con o sin angiografía más aortograma	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA	1.900.000		1.900.000
57	Cateterismo izquierdo y derecho, con o sin angiografía	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA	1.900.000		1.900.000
58	Cateterismo combinado izquierdo y derecho del corazón	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA	2.500.000		2.500.000
59	Cateterismo izquierdo y derecho, con o sin angiografía más aortograma	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA	1.900.000		1.900.000
60	arteriografía coronaria más cateterismo izquierdo	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA	2.100.000		2.100.000
61	arteriografía coronaria con cateterismo izquierdo con aortograma torácico o abdominal	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA	2.100.000		2.100.000
62	arteriografía coronaria con cateterismo izquierdo con revisión de puentes coronarios	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA	2.600.000		2.600.000
63	Angioplastia coronaria de un vaso con balón	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA	3.500.000		3.500.000
64	Angioplastia coronaria de dos vasos con balón	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA	3.500.000		3.500.000

INVITACIÓN A COTIZAR No 92
ANEXO ECONOMICO No 6

Item	Nombre / Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Especificación Técnica	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
65	Angioplastia coronaria de un vaso con balón más colocación de uno o más stent	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA	4.100.000		4.100.000
66	Angioplastia coronaria y/o arteriotomía, de dos o más vasos, más colocación intravascular de un solo Stents	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA	3.700.000		3.700.000
67	Angioplastia coronaria y/o arteriotomía, de dos o más vasos, más colocación intravascular de uno o más Stents	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA	4.100.000		4.100.000
68	Arteriografía coronaria más Angioplastia coronaria, de dos vasos, más colocación de stents	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA	4.100.000		4.100.000
69	Cierre de CIA	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA	1.500.000		1.500.000
70	Cierre de CIV	A Demanda	Procedimiento	PROCEDIMIENTOS DE CARDIOLOGIA INVASIVA HEMODINAMIA	1.500.000		1.500.000
TOTAL							145.901.492