

	COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTA	CÓDIGO : AP-CT-F-08-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	VERSIÓN : 3
	GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA : 12/06/2018

FECHA DEL COMUNICADO: 20/12/2018

TIPO NO. DE PROCESO: INVITACIÓN A COTIZAR No. 186-2018 S.NTE

Señor (a)
ROBERT NAVARRO PEREZ
 Representante Legal
 JDN MEDICAL IPS SAS
 Dirección: AK 45 # 106-30 CONSULTORIO 606-608
 Teléfono: 3208618846 - 3108581492
 E-Mail: jdnmedical2000@hotmail.com - robertnavarrop1@hotmail.com

ACEPTACIÓN DE LA OFERTA

En concordancia con lo establecido en el Manual de Contratación de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E, y teniendo en cuenta para ello las especificaciones contenidas en los estudios previos, y en la oferta presentada por usted dentro del proceso referenciado, se ha decidido aceptar la propuesta presentada por usted dentro del proceso de contratación INVITACIÓN A COTIZAR No. 186-2018 S.NTE.

TÉRMINOS DE LA CONTRATACIÓN

OBJETO DEL CONTRATO: CONTRATAR LA PRESTACIÓN INTEGRAL DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INVASIVO EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LAS USS QUE COMPONEN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL NORTE, ASÍ COMO LAS ACTIVIDADES DE CONSULTA E INTERCONSULTA ESPECIALIZADA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA COMPLEMENTARIEDAD E INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LA SUBRED NORTE ESE.

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DE LOS ELEMENTOS/ SERVICIOS A CONTRATAR	Item / Código	Nombre / Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Valor Unitario	IVA	Valor Total Unitario	Valor Total
	1	CONSULTA O INTERCONSULTA ESPECIALIZADA POR GASTROENTEROLOGIA	Consulta	A DEMANDA	\$ 20.000	\$ 0	\$ 20.000	\$ 20.000
	2	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) DIAGNOSTICA	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 140.000	\$ 0	\$ 140.000	\$ 140.000
	3	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) DIAGNOSTICA CON SEDACION	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 200.000	\$ 0	\$ 200.000	\$ 200.000
	4	ENDOSCOPIA MAS CONTROL ENDOSCÓPICO DE HEMORRAGIA (INCLUYE INYECTOR, HEMOCLIPS)	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 180.000	\$ 0	\$ 180.000	\$ 180.000
	5	ENDOSCOPIA MAS EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 230.000	\$ 0	\$ 230.000	\$ 230.000
	6	ENDOSCOPIA MAS EXTRACCION DE CALCULOS DE VIAS BILIARES	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 250.000	\$ 0	\$ 250.000	\$ 250.000
	7	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) TERAPEUTICA CON SEDACION (ADICIONALES POR PROCEDIMIENTO)	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 60.000	\$ 0	\$ 60.000	\$ 60.000
	8	ANOSCOPIA	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 40.000	\$ 0	\$ 40.000	\$ 40.000
	9	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA RIGIDA O FLEXIBLE	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 120.000	\$ 0	\$ 120.000	\$ 120.000
	10	COLONOSCOPIA IZQUIERDA	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 250.000	\$ 0	\$ 250.000	\$ 250.000
	11	COLONOSCOPIA TOTAL	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 250.000	\$ 0	\$ 250.000	\$ 250.000
	12	SEDACION COLONOSCOPIA (ADICIONALES POR PROCEDIMIENTO)	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 70.000	\$ 0	\$ 70.000	\$ 70.000
	13	RESECCION ENDOSCOPICA DE LESIONES DE COLON (INCLUYE ASA DE POLIPECTOMIA, AGUJA DE ESCLEROSIS, HEMOCLIPS)	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 390.000	\$ 0	\$ 390.000	\$ 390.000
	14	RESECCION ENDOSCOPICA DE LESIONES EN SIGMOIDE (INCLUYE ASA DE POLIPECTOMIA, AGUJA DE ESCLEROSIS, HEMOCLIPS)	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 390.000	\$ 0	\$ 390.000	\$ 390.000
	15	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DE RECTO (INCLUYE ASA DE POLIPECTOMIA, AGUJA DE ESCLEROSIS, HEMOCLIPS)	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 390.000	\$ 0	\$ 390.000	\$ 390.000
	16	SEDACION RESECCION ENDOSCOPICA(ADICIONALES POR PROCEDIMIENTO)	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 100.000	\$ 0	\$ 100.000	\$ 100.000
	17	COLANGIOGRAFIA ENDOSCÓPICA RETROGRADA (TRANSDUODENAL)	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 1.190.000	\$ 0	\$ 1.190.000	\$ 1.190.000
	18	CPRE MAS EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DEL CONDUCTO PANCREATICO SOD	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 1.190.000	\$ 0	\$ 1.190.000	\$ 1.190.000
	19	CPRE MAS EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DEL TRACTO BILIAR SOD	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 1.190.000	\$ 0	\$ 1.190.000	\$ 1.190.000

COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTA

CÓDIGO : AP-CT-F-08-03

VERSIÓN : 3

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

PÁGINA : 1 DE 1

GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN

FECHA : 12/06/2018

20	CPRE MAS EXTRACCION DE DISPOSITIVO PROTESICO DE VIA BILIAR SOD	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 1.190.000	\$ 0	\$ 1.190.000	\$ 1.190.000
21	ENTEROSCOPIA CON CONTROL DE HEMORRAGIA O FULGURACIÓN DE LESIÓN *	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 5.000.000	\$ 0	\$ 5.000.000	\$ 5.000.000
22	ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO DESPUES DE DUODENO DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA *	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 5.000.000	\$ 0	\$ 5.000.000	\$ 5.000.000
23	VIDEO CAPSULA ENDOSCOPICA DE INTESTINO DELGADO	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 5.000.000	\$ 0	\$ 5.000.000	\$ 5.000.000
24	ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA BILIOPANCREÁTICA	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 850.000	\$ 0	\$ 850.000	\$ 850.000
25	ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE ESÓFAGO	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 900.000	\$ 0	\$ 900.000	\$ 900.000
26	ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE ESTÓMAGO	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 900.000	\$ 0	\$ 900.000	\$ 900.000
27	ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE RECTO	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 900.000	\$ 0	\$ 900.000	\$ 900.000
28	ULTRASONOGRAFIA TERAPEUTICA MAS BIOPSIA O TERAPEUTICA. (INCLUYE AGUJA E INSUMOS) *	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 1.980.000	\$ 0	\$ 1.980.000	\$ 1.980.000
29	ULTRASONOGRAFIA Y CPRE PARA CISTOGASTROSTOMIA (INCLUYE STENTS PLASTICOS PIGTAIL, DILATADOR, CISTOTOMO) *	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 4.800.000	\$ 0	\$ 4.800.000	\$ 4.800.000
30	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) MAS DILATACIÓN ENDOSCÓPICA NEUMÁTICA CON BALON *	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 900.000	\$ 0	\$ 900.000	\$ 900.000
31	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) LIGADURA DE VARICES CON BANDAS (INCLUYE KIT) *	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 1.000.000	\$ 0	\$ 1.000.000	\$ 1.000.000
32	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) COLOCACION DE BALON INTRAGASTRICO (INCLUYE BALON) *	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 4.000.000	\$ 0	\$ 4.000.000	\$ 4.000.000
33	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) RETIRO DE BALON INTRAGASTRICO (INCLUYE KIT DE RETIRO) *	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 1.500.000	\$ 0	\$ 1.500.000	\$ 1.500.000
34	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) INSERCIÓN ENDOSCOPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE ESOFAGICO PARA FISTULAS PLASTICO (INCLUYE STENT POLIFLEX) *	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 5.000.000	\$ 0	\$ 5.000.000	\$ 5.000.000
35	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) MAS AVANCE DE Sonda DE TUNGSTENO *	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 900.000	\$ 0	\$ 900.000	\$ 900.000
36	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) INSECIÓN ENDOSCOPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE ESOFAGICO O PILORICO (INCLUYE STENT Y DILATADORES)	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 4.000.000	\$ 0	\$ 4.000.000	\$ 4.000.000
37	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) GASTROSTOMIA PERCUTANEA ENDOSCOPICA O RECAMBIO DE GASTROSTOMIA (INCLUYE KIT) *	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 900.000	\$ 0	\$ 900.000	\$ 900.000
38	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) DIVERTICULOTOMIA O ENDOSCOPIA PARA DIVERTICULO DE ZENKER *	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 4.000.000	\$ 0	\$ 4.000.000	\$ 4.000.000
39	COLONOSCOPIA MAS INSERCIÓN ENDOSCOPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE COLONICO (INCLUYE STENT Y DILATADORES) *	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 4.000.000	\$ 0	\$ 4.000.000	\$ 4.000.000
40	COLONOSCOPIA MAS INSERCIÓN ENDOSCOPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE COLONICO PARA FISTULAS PLASTICO (INCLUYE STENT POLIFLEX) *	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 5.000.000	\$ 0	\$ 5.000.000	\$ 5.000.000
41	COLONOSCOPIA MAS DILATACIÓN ENDOSCÓPICA NEUMÁTICA CON BALON	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 900.000	\$ 0	\$ 900.000	\$ 900.000
42	LIGADURAS DE HEMORROIDES CON BANDAS DE CAUCHO	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 900.000	\$ 0	\$ 900.000	\$ 900.000
43	CPRE MAS INSERCIÓN ENDOSCOPICA DE TUBO TUTOR PROTESIS O STENT EN CONDUCTO BILIAR (INCLUYE STENT PROVISIONAL) *	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 1.590.000	\$ 0	\$ 1.590.000	\$ 1.590.000
44	CPRE MAS INSERCIÓN ENDOSCOPICA DE TUBO TUTOR (PROTESIS (STENT)) EN EL CONDUCTO PANCREATICO *	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 1.590.000	\$ 0	\$ 1.590.000	\$ 1.590.000
45	CPRE MAS LITOTRIPSIA MECANICA DE CALCULOS DE LA VIA BILIAR *	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 5.000.000	\$ 0	\$ 5.000.000	\$ 5.000.000
46	CPRE MAS AMPULECTOMIA O PAPILECTOMIA ENDOSCOPICA *	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 5.000.000	\$ 0	\$ 5.000.000	\$ 5.000.000
47	CPRE MAS DILATACION NEUMATICA DE LA VIA BILIAR	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 3.000.000	\$ 0	\$ 3.000.000	\$ 3.000.000
48	CPRE MAS DILATACION CON SCHOHENDRA DE LA VIA	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 3.000.000	\$ 0	\$ 3.000.000	\$ 3.000.000



Secretaría de Salud
 Subred Integrada de Servicios de Salud
 Norte E.S.E.

COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
 GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN

CÓDIGO : AP-CT-F-08-03
 VERSIÓN : 3
 PÁGINA : 1 DE 1
 FECHA : 12/06/2018

	BILIAR *						
49	CPRE MAS INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE STENT AUTOEXPANDIBLE BILIAR (INCLUYE STENT,DILATADORES E INSUMOS) *	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 5.000.000	\$ 0	\$ 5.000.000	\$ 5.000.000
50	MANOMETRIA ESOFAGICA *	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 500.000	\$ 0	\$ 500.000	\$ 500.000
51	MANOMETRIA RECTAL *	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 500.000	\$ 0	\$ 500.000	\$ 500.000
52	PH METRIA ESOFAGICA *	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 500.000	\$ 0	\$ 500.000	\$ 500.000
53	RECTOSIGMOIDOSCOPIA	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 120.000	\$ 0	\$ 120.000	\$ 120.000
54	TERAPIA DE BIOFEEDBACK ANO RECTAL PARA INCONTINENCIA	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 450.000	\$ 0	\$ 450.000	\$ 450.000
55	COLONOSCOPIA PARA DESCOMPRESION DE COLON	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 390.000	\$ 0	\$ 390.000	\$ 390.000
56	COLONOSCOPIA MAS DEVOLVULACION DE SIGMOIDES	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 390.000	\$ 0	\$ 390.000	\$ 390.000
57	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA MAS CONTROL DE HEMORRAGIA CON HEMOCLIPS (HASTA 2)	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 1.000.000	\$ 0	\$ 1.000.000	\$ 1.000.000
58	ENDOSCOPIA DIGESTIVA O COLONOSCOPIA MAS COAGULACION CON ARGON PLAMA (SESION)	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 1.200.000	\$ 0	\$ 1.200.000	\$ 1.200.000
59	CPRE MAS LITOTRIPSIA CON LASER (SPYGLASS)	Procedimiento	A DEMANDA	\$ 25.000.000	\$ 0	\$ 25.000.000	\$ 25.000.000

PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	(1) UN MES Y (15) QUINCE DÍAS
--	-------------------------------

VALOR DEL CONTRATO	\$ 440.000.000 CUATROCIENTOS CUARENTA MILLONES DE PESOS M/CTE.
---------------------------	--

FORMA DE PAGO	NOVENTA (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.
----------------------	--

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 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. 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. 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. LAS DEMAS QUE SE NECESITEN PARA EL DESARROLLO Y CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.
ESPECÍFICAS:	1. PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PRESENTANDO LOS INFORMES REQUERIDOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. DILIGENCIAR Y LLENAR LOS DIFERENTES FORMULARIOS Y REGISTROS ESTADÍSTICOS. 2. ADHERENCIA A LOS PLANES, PROGRAMAS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA INSTITUCIÓN. 3. 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. 4. 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). 5. 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.

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	COMUNICADO DE ACEPTACIÓN DE PROPUESTA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CÓDIGO : AP-CT-F-08-03 VERSIÓN : 3 PÁGINA : 1 DE 1 FECHA : 12/06/2018
	6. 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. 7. DILIGENCIAR LOS DIFERENTES FORMATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA QUE TENGA LA INSTITUCIÓN, CON CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE SALUD. 8. EL OFERENTE DEBERÁ PRESENTAR UN INFORME ESTADÍSTICO MENSUAL QUE SERÁ REQUISITO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA. 9. LA SUBRED TERRITORIAL DEL 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. 10. EL CONTRATISTA DEBERÁ GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL SERVICIO EN CASO DE PRESENTARSE DAÑOS EN EQUIPOS, EN UN TÉRMINO NO MAYOR A SEIS HORAS. 11. EL CONTRATISTA DEBERÁ CONTAR PERMANENTEMENTE CON TODOS LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA UNA ÓPTIMA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, INCLUIDO EQUIPO DE CÓMPUTO, ESTABILIZADORES, IMPRESORAS, PANTALLAS, TECLADOS Y GRABADORAS. 12. LOS SERVICIOS DEBERÁN SER OFERTADOS DE LA SIGUIENTE MANERA: • DE FORMA PERMANENTE EN LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR, • EN LAS UNIDADES DE SUBA Y ENGATIVÁ DEBERÁN SER OFERTADOS DURANTE MÍNIMO TRES DÍAS A LA SEMANA. • SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS DE GASTROENTEROLOGÍA ADULTO EN LA UNIDAD DE CHAPINERO, CON LA FRECUENCIA QUE LA INSTITUCIÓN REQUIERA Y DE ACUERDO A LA DEMANDA DEL SERVICIO. • EN EL ÁREA DE GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA EL OFERENTE PRESENTARÁ LA PROPUESTA DE SERVICIO REQUERIDA DE ACUERDO A DEMANDA. 13. TODOS LOS SERVICIOS DEBERÁN CUMPLIR CRITERIOS DE OPORTUNIDAD Y CALIDAD DESCRITOS EN FACTORES HABILITANTES. 14. DE OTRO LADO LOS POSIBLES PROPONENTES DEBERÁN GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL SERVICIO EN CASO DE PRESENTARSE DAÑOS EN EQUIPOS DISPONIENDO DE UN PLAN DE CONTINGENCIA (PLAN ESPEJO) QUE IMPLIQUE LA TOMA DEL ESTUDIO SOLICITADO EN LAS MISMAS CONDICIONES DE LA OFERTA ORIGINAL, EN UNA SEDE ALTERNA Y EN CASO ESTRICAMENTE NECESARIO O LA DISPOSICIÓN DE EQUIPOS Y RECURSO HUMANO DE RESPALDO EN UN PLAZO NO MAYOR A SEIS (6) HORAS.	
SUPERVISIÓN DEL CONTRATO	DIRECCIÓN DEL SERVICIO AMBULATORIO	

Cordialmente,

YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ

GERENTE

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

Aprobó: DRA. LIDIA HEMILET CALA CELIS

Revisó: LUIS ENRIQUE PAEZ FALLA

Proyectó: ANDRÉS MAURICIO MOJICA ALAVA

