

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GDG-P02-F-09
	GESTIÓN DEL GASTO	VERSIÓN:	02
	MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS	VIGENCIA:	30-05-2014
		Página 1 de 1	

A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

1. NOMBRE GENÉRICO	Terapia dialítica
2. CONVOCATORIA	PUBLICA No. 035 de 2016
3. PROVEEDOR	Fresenius Medical Care
4. OBJETO	Atención Hospitalaria pacientes con patología renal que requiere terapia dialítica renal y hepática
El proponente ofrece los siguientes servicios	
Hemodiálisis convencional en paciente agudo o crónico en UCI o habitación	
Hemodiálisis extendida paciente agudo o crónico en UCI hasta 8-12 horas	
Sesión terapia soporte hepático	
Inserción catéter yugular, subclavio o femoral	
Plasmaféresis	

B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE	SI ☒	NO ☐
6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO?		
SI ☐ NO ☒		
PORQUE ?	Existen otras empresas proveedoras de terapias dialíticas	
7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?		
SI ☒ NO ☐		
PORQUE ?	Servicios ofertados: Hemodiálisis convencional, extendida, intermitente. Soporte hepático. Plasmaféresis. Realización de terapia dialítica en habitaciones, no utilizan red hidroneumática, puesto que el Instituto no dispone de este sistema en unidades de cuidado intensivo ni en habitaciones. Ofertan terapia hepática. Precios de servicios inferiores en comparación con segundo proponente.	
8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:		
SI ☒ NO ☐		
PORQUE ?	Servicios ofertados: Hemodiálisis convencional, extendida, intermitente. Soporte hepático. Plasmaféresis. Realización de terapia dialítica en habitaciones, no utilizan red hidroneumática, puesto que el Instituto no dispone de este sistema en unidades de cuidado intensivo ni en habitaciones. Ofertan terapia hepática. Precios de servicios inferiores en comparación con segundo proponente. Certificaciones de calidad en prestación de servicios. Experiencia técnica.	

C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

18. NOMBRE (S):	Guillermo León García		
FIRMA (S):		FECHA:	D R MM 7 AAAA 16
CARGO:	Coordinador Servicios Hospitalarios	DEPENDENCIA:	Area Servicios ambulatorios y hospitalarios
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):		FECHA:	D MM AAAA
CARGO:		DEPENDENCIA:	
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):		FECHA:	D MM AAAA
CARGO:		DEPENDENCIA:	

Nota: El presente concepto técnico lo emito y manifiesto que al momento de evaluar no me encuentro inhabilitado, ni incurso en incompatibilidades, impedimentos y/o conflictos de interés.

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GDG-P02-F-09
	GESTIÓN DEL GASTO	VERSIÓN:	02
	MATRIZ DE CONCEPTO TÉCNICO DE SERVICIOS	VIGENCIA:	30-05-2014
Página 1 de 1			

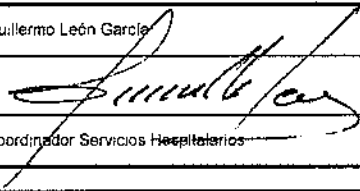
A. IDENTIFICACIÓN DEL INSUMO

1. NOMBRE GENÉRICO	Terapia dialítica
2. CONVOCATORIA	PUBLICA 035 DE 2016
3. PROVEEDOR	<u>RTS</u>
4. Objeto	Atención Hospitalaria pacientes con patología renal que requiero terapia dialítica renal y hepática
El proponente ofrece los siguientes servicios:	
Interconsulta nefrología	
Hemodiálisis convencional en paciente agudo o crónico en UCI o habitación	
Hemodiálisis extendida paciente agudo o crónico en UCI hasta 8-12 horas	
Inserción cateter yugular, subclavio o femoral	
Interconsulta nefrología	
Plasmaféresis	

B. EXPERIENCIA Y EVALUACIÓN

5. LO HA UTILIZADO ANTERIORMENTE	SI ☐	NO ☒
6. EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ES INDISPENSABLE PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO?		
SI ☐ NO ☒		
PORQUE ?	<u>Existen otras empresas proveedoras de terapias dialíticas</u>	
7. RESPONDE A LOS REQUERIMIENTOS EXIGIDOS?		
SI ☐ NO ☒		
PORQUE ?	<u>Servicios ofertados: Hemodiálisis convencional, extendida, intermitente, Plasmaféresis, Interconsulta nefrología, Certificaciones de calidad, Experiencia docente, Experiencia técnica. No oferta terapia dialítica hepática. Se requiere realizar adaptaciones estructurales para el funcionamiento de máquinas de diálisis.</u>	
8. CONCEPTO TÉCNICO FAVORABLE:		
SI ☐ NO ☒		
PORQUE ?	<u>Se requiere realizar adaptaciones hidroneumáticas y de drenaje en unidades de cuidado intensivo y habitaciones para el funcionamiento de las máquinas de diálisis. No oferta terapia hepática. Precios de servicios superiores en comparación con segundo proponente.</u>	

C. IDENTIFICACIÓN DEL EVALUADOR

18. NOMBRE (S):	Guillermo León García		
FIRMA (S):		FECHA:	DD 8 MM 7 AAAA 2016
CARGO:	Coordinador Servicios Hospitalarios	DEPENDENCIA:	Area Servicios ambulatorios y hospitalarios
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):		FECHA:	D MM AAAA
CARGO:		DEPENDENCIA:	
NOMBRE (S):			
FIRMA (S):		FECHA:	D MM AAAA
CARGO:		DEPENDENCIA:	

Nota: El presente concepto técnico lo emito y manifiesto que al momento de evaluar no me encuentro inhabilitado, ni incurso en incompatibilidades, impedimentos y/o conflictos de interés.