MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
SECCIONAL SANTANDER

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

PN SECSA MIC 049 2018

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL ÁREA DE AUDIOLOGÍA ESPECIALIZADA Y ESPECIALISTA EN OTOLOGÍA; INCLUYE: EXÁMENES ELECTROFISIOLÓGICOS, TERAPIA DE REHABILITACIÓN, VALORACIÓN POR MEDICO OTÓLOGO PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL - SECCIONAL SANIDAD SANTANDER, SEGÚN ACUERDO NO. 002 DEL 2001 DEL CSSMP.

ADENDA N° 02

La Jefatura de la Seccional de Sanidad Santander de la Policía Nacional, en aplicación a los principios de transparencia y responsabilidad que rigen el sistema de contratación pública, además de lo señalado en el Art. 29 de la Constitución Política en el cual se ordena la garantía del debido proceso en actuaciones judiciales y administrativas, y trayendo a colación el Artículo 2.2.1.1.2.2.1 del Decreto 1082 del 2015 el cual reglamenta que la modificación a los procesos se realizará a través de adendas, se procede a modificar así:

1. Requisitos de **ORDEN TÉCNICO**, el cual quedará así:

➢ **ANEXO No. 1 CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS**

ANEXO No. 1

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS REQUERIDAS

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.

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIÓN TÉCNICA

PROPONENTE _____

Declaramos bajo nuestra responsabilidad personal, y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que cumplimos en su totalidad con las_especificaciones técnicas de verificación y de obligatorio cumplimiento.

CONDICIONES TÉCNICAS		
DESCRIPCION	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**

El oferente deberá entregar formalmente junto con la propuesta los siguientes documentos; **a.** Constancia de Habilitación (vigente) en el registro especial de prestadores de servicios de salud y/o Constancia de Autoevaluación vigente para prestar los servicios de salud expedidos por la Secretaria de Salud Departamental designada para tal fin. **b.** Portafolio de servicios actualizado **c.** Modelo de atención en salud previamente definido por el oferente.		
EXPERIENCIA PROPONENTE EN PRODUCIR O COMERCIALIZAR EL BIEN Y/O OFRECER EL SERVICIO El OFERENTE deberá certificar experiencia para lo cual deberá allegar, **máximo tres (3)** certificaciones o copias de contratos ejecutados, con concepto favorable de la ejecución de los contratos, cuyo objeto sea el mismo y cuya sumatoria sea igual o mayor al 70% del valor del presupuesto asignado para esta contratación. Las certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información básica: ✓ Nombre de la 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 con las especificaciones técnicas del contrato ✓ La certificación deberá estar suscrita por el representante legal de la entidad contratante o quien haga sus veces apoderado o persona autorizado para ello, indicando la dirección NIT y teléfono No serán tenidas en cuenta las Certificaciones que presenten incumplimiento. En el evento que el oferente haya celebrado contratos con la Seccional Sanidad Santander, no es obligatorio que anexe certificaciones, solamente con enunciarlos, la Seccional verificará la información, según lo señalado en el Decreto 019 de 2012.		

CUPS DE LOS SERVICIOS

ITEM	CUPS	PROCEDIMIENTO
1	204100	MASTOIDECTOMIA SIMPLE (ÁTICO ANTROMASTOIDECTOMIA)
2	204200	MASTOIDECTOMIA RADICAL SOD
3	209100	REVISION DE MASTOIDECTOMIAS O MASTOIDOPLASTIAS SOD
4	954107	AUDIOMETRÍA DE TONOS PUROS AÉREOS Y OSEOS CON EMASCA-RAMIENTO [AUDIOMETRIA TONAL] +
5	954301	LOGOAUDIOMETRÍA + Incluye: RECONOCIMIENTO DE LA VOZ, Y DISCRIMINACION DEL HABLA CON ENMASCARAMIENTO
6	952400	ELECTRONISTAGMOGRAFIA [ENG] O FOTOELECTRONISTAGMOGRAFIA SOD
7	954802	MONITOREO DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS + Incluye: ORIENTACION, VALIDACION Y SEGUIMIENTO AUDIOLOGIC
8	954610	LIBERACION Y REPOSICIONAMIENTO CANALICULAR [TERAPIA DE REHABILITACION VESTIBULAR PERIFERICA
9	954902	

		AJUSTE DE COMPONENTES EXTERNOS DE PROTESIS COCLEAR
10	186200	RECONSTRUCCION DE MEATO AUDITIVO EXTERNO SOD
11	954302	IMITANCIA ACUSTICA [IMPEDANCIOMETRIA] + Incluye: TIMPANOMETRIA, GARDIENTE, VOLUMEN FISICO DEL CANAL
12	954601	EMISIONES OTOACÚSTICAS + PAQUETE INTEGRAL: INCLUYE: CONSULTAS, CONTROL, PROCEDIMIENTO, MATERIALES.
13	954602	ELECTROCOCLEOGRAFIA (ECOG) +
14	954621	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS + INCLUYE: POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS CON CURVA FUNCIÓN INTENSIDAD-LATENCIA DE ONDA V (UMBRALES ELECTROFISIOLÓGICOS CON ESTIMULO CLICK), DE ESTADO ESTABLE, MULTIFRECUENCIA, DE LATENCIA MEDIA (AMRL), RESPUESTA AUDITIVA TAR.
15	954622	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TALLO CEREBRAL § INCLUYE: POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TALLO CEREBRAL TRANSIENTES, (BERA CLICK CON TÉCNICA DE SITIO DE LESIÓN). O DE ALTA RATA (PRUEBA DE HABITUACIÓN).
16	954801	EVALUACIÓN Y ADAPTACIÓN DE PRÓTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS + INCLUYE: UMBRALES DE MOLESTIA, INCOMODIDAD Y DOLOR, CON TONOS Y CON HABLA, ÍNDICES DE DISCRIMINACIÓN, APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS DE AUTOEVALUACIÓN SOBRE EL IMPACTO COMUNICATIVO SOCIAL Y AFECTIVO DE
17	954313	PRUEBAS DE RECLUTAMIENTO § INCLUYE: PRUEBA DE METZ O CAMPO DINÁMICO, DESEMPEÑO DE LA FUNCIÓN DE LA INTENSIDAD, PRUEBA DE S.I.S.I, ENTRE OTRAS
18	C40150	ENTRENAMIENTO MENSUAL AUDITIVO VERBAL DEL PACIENTE(3 SESIONES SEMANALES/MES)
19	N/P	AUDIOMETRÍA CLÍNICA A CAMPO ABIERTO
20	187200	REIMPLANTE DE AURICULA (PABELLON AURICULAR) SOD §
21	191100	ESTAPEDECTOMIA O ESTAPEDOTOMIA CON COLOCACION DE PROTESIS SOD (NO INCLUYE PROTESIS)
22	192100	REVISION DE ESTAPEDECTOMIA O ESTAPEDOTOMIA SOD
23	194100	TIMPANOPLASTIA O MIRINGOPLASTIA SOD §
24	194101	TIMPANOPLASTIA TIPO I (CIERRE DE PERFORACION) +
25	194102	TIMPANOPLASTIA TIPO II (CON RECONSTRUCCION DE CADENA OSEA: MARTILLO, YUNQUE Y/O ESTRIBO U OSICULOPLASTIA) +
26	194103	TIMPANOPLASTIA TIPO III (CON INJERTO SOBRE VENTANA SIN CADENA OSEA) +
27	199100	CIERRE DE FISTULA PERILINFATICA DE OIDO MEDIO SOD +
28	200101	TIMPANOSTOMIA CON DRENAJE DE MEMBRANA TIMPANICA
29	202101	DRENAJE DE COLECCION DE MASTOIDES
30	182401	ABLACION DE LESION DE OIDO EXTERNO POR COAGULACION, CAUTERIZACION, FULGURACION, CRIOTERAPIA U OTRA TECNICA +
31	202400	ASPIRACION DE OIDO MEDIO O CAVIDAD MASTOIDEA SOD + **MICROLIMPIEZA DE OIDOS BILATERAL**
32	890202	CONSULTA POR OTOLOGÍA PRIMERA VEZ
33	890302	CONTROL
34	NC001	SOMNOENDOSCOPIA DE SUEÑO INDUCIDO
35	314204	ESTROBOSCOPIA LARINGEA
36	NC002	FIBROENDOSCOPIA CON ESTUDIO DE LA DEGLUCIÓN

Los servicios requeridos que no hayan quedado en la anterior descripción, o servicios por tutelas o CTC habilitados por el Contratista que se encuentren dentro de su portafolio de servicios serán prestados por la entidad a las tarifas aquí pactadas, mediando solicitud del Supervisor del contrato. En caso de no existir

referente para el cobro de éstos servicios, el Contratista presentará cotización como respuesta a la solicitud del Contratante, la cual será objeto de revisión por el Supervisor del contrato, quien realizará una verificación de precios minimos con otra entidad, y en caso que la cotización del Contratista sea más elevada deberá ajustar la tarifa o valor. Se exceptúa los servicios prestados como Urgentes, los cuales serán sujetos a Verificación por Auditoría Médica, debiendo ser reportados a la Oficina de Referencia a los siguientes correos: **referenciadesan2@gmail.com, contrareferenciadesan@gmail.com** y a través de la Plataforma establecida, cuyo ingreso se hace a través de la página web: **201.221.132.98:8081** mediante la cual, se hará la solicitud formal de la atención, programa éste que cumple con la normatividad vigente, sobre Referencia y solicitud de autorizaciones, Decreto 4747 y las demás normas que lo modifiquen.

NOMBRE DEL PROPONENTE:
NIT o C.C.:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
C.C.:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:
DIRECCIÓN:
TELÉFONO:

Los demás términos, anexos, requisitos y condiciones no se modifican por lo que tienen plena validez y deberán ser acatados por los participantes del proceso.

Publíquese la presente Adenda Modificatoria en el Portal Único de Contratación www.secop.gov.co SECOP II para los fines de publicidad y notificación pertinentes, conforme lo establece el Artículo 2.2.1.1.2.2.1 del Decreto 1082 de 2015.

PUBLÍQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bucaramanga, 22 AGO 2018

Teniente Coronel **IVÁN DARÍO CUADROS RAMÍREZ**
Jefe Seccional Sanidad Santander

Elaboro: SI. Edwing D. Muñoz G.
Analista Grupo Contratos
Revisó: IT. John E. Pachón R.
Líder Grupo Contratos
TE. Javier Orlando Martínez Cárdenas
Jefe grupo Administrativo y Financiero
PS-16 Jenny Fernanda Cáceres Villabona
Asesora Jurídica
Ubicación: E:\SECSA 2018\MINIMA CUANTIA 2018\5. OTOLOGIA

Av. 61 No 10-200 Real de Minas
Teléfono(s) 6447295 Ext. 7235
secsa.contratos@gmail.com
www.policia.gov.co