Contrato No. **68-7-20150-21 (SFI 150)** REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5

Bucaramanga, 16 SEP 2021

Señor
JULIO CESAR LUNA YALI
Representante Legal
SALUD MENTAL DE ARAUCA IPS S.A.S.
NIT **901.344.855-5**
Calle 15 No. 14 – 11
Teléfono: (7) 8857396
Celular: 3112248994
Ciudad.-

Asunto: Aceptación Oferta proceso **PN RASES N°5 MIC 031 2021.**

Con toda atención me permito informarle que la propuesta presentada por usted dentro del proceso **PN RASES N°5 MIC 031 2021**, cuyo objeto es la **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA, HOSPITALARIA, AMBULATORIA, URGENCIAS MÉDICAS Y DEMÁS SERVICIOS DERIVADOS DE LA ESPECIALIDAD, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSPN PERTENECIENTES AL DEPARTAMENTO DE POLICÍA ARAUCA"**, por la suma de **VEINTISÉIS MILLONES DE PESOS ($26.000.000,00) MONEDA LEGAL CORRIENTE,** ha sido aceptada por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 5, así:

CONTRATANTE	POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5
ORDENADOR DEL GASTO	**Teniente Coronel CARLOS ALIRIO FUENTES DURAN**
CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	74.370.422 de Duitama
CARGO	JEFE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5
DISPOSICIÓN DE NOMBRAMIENTO	Orden Interna No. 078 del 06 de mayo de 2021 expedida por la Dirección General de la Policía Nacional
RESOLUCIÓN DE DELEGACIÓN	De acuerdo con los términos de la delegación para contratar establecidos en la Resolución No. 00277 del 27 de enero de 2020 y Orden Administrativa de Personal N° 078 del 06 de mayo de 2021 expedida por la Dirección General de la Policía Nacional.
CONTRATISTA	ENTIDAD: **SALUD MENTAL DE ARAUCA IPS S.A.S.** NIT **901.344.855-5** Representante Legal **JULIO CESAR LUNA YALI** Cedula de Ciudadanía No 17.596.209 de Arauca CIUDAD NOTIFICACIÓN: Arauca – Arauca DIRECCIÓN: Calle 15 No. 14 – 11 Teléfono: (7) 8857396 Celular: 3112248994 E-MAIL: samearipssas@gmail.com

SUPERVISOR DEL CONTRATO	El supervisor del contrato será la responsable del proceso de salud mental de la Unidad Prestadora de Salud Arauca o quien con posterioridad designe el ordenador del gasto de la Regional de Aseguramiento en Salud N°5; el cual verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo con las funciones asignadas para el efecto la resolución No. 00090 del 15/01/2018. • El supervisor del contrato realizará seguimiento continuo, así mismo verificará novedades e informará inmediatamente al proveedor, al jefe de la Unidad Prestadora de Salud Arauca y al ordenador del gasto de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5. • Informará periódicamente a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5, el porcentaje de ejecución del contrato en el formato establecido código: 2BS-FR-0019, versión 5 del 12 de marzo de 2021, informe supervisores seguimiento contractual. • Dara cumplimiento a la resolución 00090 del 15 de enero de 2018, emanada de la Dirección General de la Policía Nacional. "por la cual se actualiza, modifica y complementa en manual de contratación de la Policía Nacional, adoptado mediante resolución 03049 de 2014". Y en la ley 1474 de 2011 artículos 82 a 86. • Elaborar y remitir el proyecto de liquidación del contrato, una vez sea ejecutado y cancelado en su totalidad, solicitando por escrito elaborar el acta de liquidación al ordenador del gasto de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5, para así realizar por parte de la oficina de contratos el acta de liquidación, según código: 2BS-FR-0023 versión 5 del 12 de marzo de 2021, ACTA DE LIQUIDACIÓN BILATERAL. • Establecer los mecanismos para la solución de conflictos que pudieran presentarse durante la ejecución del contrato. • El CONTRATISTA deberá designar un coordinador para que en conjunto con el supervisor del contrato por parte del Contratante, den solución a los posibles inconvenientes que puedan presentarse durante el desarrollo y ejecución del contrato.
FORMA DE PAGO	**La Regional de Aseguramiento en Salud N° 5** efectuará el pago del valor del contrato en los términos establecidos por la ley siempre y cuando EL CONTRATISTA presente los documentos requeridos por la Regional de Aseguramiento en Salud N° 5 para efectuar el pago. Estos documentos soportes de la facturación, deberán estar acompañados del recibo a satisfacción de la prestación del servicio expedido por el SUPERVISOR DEL CONTRATO, previo cumplimiento de los trámites administrativos y fiscales vigentes y conforme con los cupos de PAC autorizados por la Dirección del Tesoro Nacional, y de acuerdo al derecho de turno señalado en el artículo 19 de la ley 1150 de 2007. En ningún momento la aprobación de cupos de PAC será impedimento para la ejecución del contrato. Todos los pagos a que se compromete la Regional de Aseguramiento en Salud N° 5 serán cancelados dentro de los sesenta (60) días calendario siguiente a aquel en que haya sido presentada la respectiva factura y previo situado de los dineros correspondientes por parte de la Dirección de Sanidad. **PARAGRAFO PRIMERO**: Documentos que se deben presentar para el pago de los SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS ASI:

	Con relación a la comunicación oficial S-2021001013-REGI5, el prestador del servicio de salud de la red externa, deberá cargar los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) en el módulo de Radicación de Cuentas Medicas "SISAP WEB" de la Dirección de Sanidad, con el fin de ser validados siguiendo los lineamientos establecidos para ello. Enviar la facturación en físico con el respectivo certificado de pre-radicado del Módulo de Radicación de Cuentas Medicas los cinco (5) primeros días del mes siguiente a la prestación del servicio a la Ventanilla Única de Central de Cuentas de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NRO 5, ubicada en la Avenida 61 No. 10-200 Ciudadela Real de Minas de la Ciudad de Bucaramanga, con los siguientes soportes: Certificado de Pre radicado generado en el Módulo de radicación de Cuentas Medicas. Factura comercial en original y copia, donde se estipule cada servicio prestado con su respectivo código (CUPS), individual por cada paciente (de acuerdo a la normatividad establecida y los requisitos de ley artículos 616-1, 616-3, 617 y 618 E. T; artículos 772, 773, 774 Código de Comercio Modificado ley 1231 de 2008) este documento debe estar a nombre de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 5, con el respectivo NIT y soportes de conformidad con lo establecido en la Resolución 3047 de 2008 MINSALUD, Instructivo 013 de 2013 DISAN o la norma que la adicione, modifique o sustituya. Recibo a satisfacción de la prestación de servicio expedido por el SUPERVISOR DEL CONTRATO. Original de la boleta de autorización (orden de servicio externo) expedida por los funcionarios de la Oficina de Referencia y Contra referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 5 adicionando los siguientes documentos: a) Fotocopia de los resultados de exámenes paraclínicos y demás ayudas diagnósticas, incluidas las lecturas correspondientes. c) Facturas con soportes: orden de servicio externo, con la firma del usuario del servicio recibido a satisfacción, anexando copia de documento de identidad del usuario (cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad o registro civil). d) Factura que cumpla con los requisitos legales vigentes establecidos por la DIAN. Facturar los servicios médicos, diagnósticos y terapéuticos según la tarifa presentada por la entidad en la oferta económica presentada. Los servicios de ALTO COSTO deben ser facturados de manera individual y separados de los demás servicios incluidos en el Plan de Beneficios, identificando la factura con el servicio prestado según corresponda. Dicha factura deberá traer los respectivos soportes establecidos en la presente cláusula, incluida la lectura de las ayudas diagnósticas. Anexar los documentos soportes de acuerdo al anexo No. 5 de la Resolución 4331 del 19 de Diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 del 2008 y demás soportes que requiera la Regional de Aseguramiento en Salud N° 5 para realizar la auditoria respectiva. En lo referente a los RIPS, el CONTRATISTA debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 MINSALUD de 2000 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen. para lo cual la entidad deberá cargar los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) en el Módulo de Radicación de Cuentas Medicas "SISAP WEB" de la Dirección de Sanidad, con el fin de ser validados siguiendo los lineamientos establecidos para ello. **Allegar con la correspondiente factura, el recibo de pago de aportes parafiscales y de seguridad social actualizado** según corresponda de acuerdo a la ley 1607 de 2012, donde se especifique el mes de pago del mismo, de igual manera anexar en los casos que apliquen la planilla pila. Las cuentas que sean radicadas deben corresponder a la facturación de los servicios que fueron prestados en el mes inmediatamente anterior a la fecha en que se entrega la facturación.

NOTA: En caso que desde el nivel central se realice modificación para el trámite de facturación y pagos de los servicios contratados, el Contratista se compromete a ajustarse a estos a través de las plataformas y/o medios que se dispongan para los mismos. Para lo anterior se contará con un tiempo prudencial de 30 días con el objeto que las partes identifiquen plenamente la funcionalidad de la plataforma y/o medios que se requieran implementar.

CAUSALES DE NO PAGO

a) Todo servicio prestado que no cuente con el formato de autorización por parte de la Oficina de Referencia y Contra referencia de la Unidad Prestadora de Salud Arauca de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 5.
b) Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de notificación previstos en el Decreto 4747/2007.
c) Todo procedimiento adicional no autorizado, salvo que se haya prestado atendiendo un riesgo inminente para la vida del paciente.
d) LOS SERVICIOS QUE NO CUENTEN CON EL DEBIDO RESPALDO DE AUTORIZACIÓN O NOTIFICACIÓN EMITIDA POR LA OFICINA DE REFERENCIA y CONTRAREFERENCIA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5 EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA.
e) Para las actividades programadas como consulta externa, la autorización debe ser expedida con fecha anterior o igual a la fecha de prestación del servicio. Serán objeto de glosa los servicios prestados con autorizaciones posteriores a la fecha de prestación del servicio.
f) La atención del evento adverso prevenible o evitable, entendido como "el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente" corre por cuenta del prestador, no será cancelado por el SSPN según lineamientos y guía de seguridad del paciente establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. El evento adverso deberá ser notificado, gestionado e informado.
g) Todo bien o servicio electivo, fuera del plan de beneficio del SSPN, que no haya sido diligenciado en el formato del Comité Técnico Científico CTC DISAN y aprobado por esa instancia del Nivel Central. Nota: Se aclara que la Dirección de Sanidad continúa implementando el procedimiento descrito en las obligaciones del contrato para aquellos servicios, procedimientos e insumos no contemplados en el Acuerdo 002 de abril del 2001 del CSSMP y Acuerdo 052 del 2013 del SSMP y específicamente para las solicitudes por Comité Técnico Científico CTC.
h) Todo bien o servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del SSPN, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del Comité Técnico Científico CTC DISAN.
i) Las contempladas en la Resolución 4331 del 19 de Diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen.

OBJECIONES Y GLOSAS.

DECRETO 4747/2007 Artículo 23. Trámite de glosas. Resolución 4331 del 19 de Diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y Ley 1438 de 2011. La entidad deberá dar respuesta a las glosas notificadas por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar justificadamente, que la glosa no tiene lugar.

	En caso de no dar respuesta se entenderá como aceptada y se procederá a realizar su respectivo trámite. El valor de la factura que no fue objetado, continuará con el trámite de pago establecido en la presente cláusula Forma de Pago. Los pagos se harán a la cuenta registrada y avalada según certificación bancaria presentada por la entidad. Los pagos se harán a la siguiente cuenta: **NOMBRE BENEFICIARIO: SALUD MENTAL DE ARAUCA IPS S.A.S.** **BANCO**: Bancolombia **TIPO DE CUENTA: Ahorros** **NUMERO DE CUENTA:** 31700000118
VALOR (ANEXO 2)	El valor del presente contrato es de **VEINTISEIS MILLONES DE PESOS ($26.000.000,00) MONEDA LEGAL CORRIENTE**. El cual corresponderá al presupuesto asignado para la vigencia fiscal 2021 y 2022. Desde la entrega de la carta de inicio hasta el 31 de diciembre de 2021 será de: DIECIOCHO MILLONES DE PESOS M/CTE ($18.000.000) MONEDA LEGAL CORRIENTE. Desde el 01 de enero hasta el 31 de julio de 2022 será de: OCHO MILLONES DE PESOS ($8.000.000,00) MONEDA LEGAL CORRIENTE. Según oferta presentada por el Contratista.
APROPIACIÓN PRESUPUESTAL	Amparado en el certificado de disponibilidad presupuestal **42421 del 25/08/2021 y SFI No. 390 del 25/08/2021**, expedido por la Jefe de Presupuesto de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5.
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	Las contempladas en el **Anexo No. 1** del presente documento.
GARANTIA UNICA	Dentro de los **TRES** (3) días hábiles siguientes a la publicación de la aceptación de oferta, el CONTRATISTA deberá constituir y presentar a favor de la **POLICÍA NACIONAL– REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5**, NIT **804.012.688-5**, la Garantía Única que cubra los siguientes riesgos: **1. GARANTÍA ÚNICA:** **a). DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO** por el **VEINTE** por ciento (20%) del valor de la aceptación de la oferta, vigente por un término igual al plazo de ejecución del contrato y 60 días calendario más. (Esto es a partir de la fecha de aceptación de oferta hasta el día 30/09/2022), incluyendo sus prórrogas si a ello hubiere lugar. **b). CALIDAD DEL SERVICIO** por el **CINCUENTA** por ciento (50%) del valor de la aceptación de la oferta, vigente por un término igual al plazo de ejecución del contrato y un (1) año mas. (Esto es a partir de la fecha de aceptación de oferta hasta el día 31/07/2023), incluyendo sus prórrogas si a ello hubiere lugar. **c). NO PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES LABORALES** por el 5% del valor de la aceptacion de oferta, Vigente por un término igual al plazo de ejecución del contrato y tres (3) años más. (Esto es a partir de la fecha de aceptación de oferta hasta el día 31/07/2025), incluyendo sus prórrogas si a ello hubiere lugar.

	d) DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL: Equivalente DOSCIENTOS (200) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (SMLMV), vigente por un término igual al plazo de ejecución del contrato y 60 días calendario más. (Esto es a partir de la fecha de aceptación de oferta hasta el día 30/09/2022). **En la póliza debe señalarse a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 como asegurado y beneficiario.** **NOTA: LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 SE PERMITE INFORMAR QUE NO SE ACEPTAN PÓLIZAS GLOBALES, LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DEBE SER EXPEDIDA DIRECTAMENTE PARA EL CONTRATO QUE SE LLEGARE A SUSCRIBIR.** El Contratista se obliga a constituir la garantía única y presentarla junto con el recibo de pago de las mismas en la dependencia de Contratos de la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5**. Lo mismo se predicará de la certificación de los aportes parafiscales de que trata el artículo 23 de la ley 1150 de 2007 por parte del CONTRATISTA. Las sanciones que ocasionen su no pago oportuno y la no entrega de los respectivos documentos a la **POLICIA NACIONAL- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5** dentro del término antes fijado, serán a cargo del **CONTRATISTA.** Nota: **En caso de constituirse póliza, en la misma deberá constar expresamente que se ampara el cumplimiento del contrato, el pago de las multas y de la penal pecuniaria convenidas y que la entidad aseguradora renuncia al beneficio de excusión**.
SANCIONES	**1. SANCIONES:** **MULTAS.** - **a).** En caso de mora o incumplimiento parcial de alguna de las obligaciones derivadas de la presente aceptación de oferta por causas imputables al **CONTRATISTA** - salvo circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito conforme a las definiciones del artículo 1° de la Ley 95 de 1.890 - las partes acuerdan que la **POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5,** mediante acto administrativo, hará efectivas multas sucesivas, cuyo valor se liquidará con base en el cero punto cinco por ciento (0,5%) del valor dejado de cumplir o entregar, por cada día de retardo y hasta por quince (15) días calendario, que se descontara del saldo que le adeuda a la entidad. Esta sanción se impondrá mediante acto administrativo, en el que se expresará las causas que dieron lugar a ella. **b).** La no constitución dentro del término y en la forma prevista en el contrato, o en alguno de sus modificatorios, la póliza de garantía única y/o alguno de los requisitos de legalización, Multa cuyo valor se liquidará con base en un cero punto dos por ciento (0,2%) del valor del contrato, la multa se aplicará por cada día de retardo y hasta por 10 días. **2. PENAL PECUNIARIA.** De conformidad con lo previsto en los artículos 1592 y 1599 del código civil colombiano, en caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total o parcial de las obligaciones derivadas de la presente aceptación de oferta, **EL CONTRATISTA** pagará a la **POLICÍA NACIONAL –REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5,** a título de pena pecuniaria, una suma equivalente al **VEINTE POR CIENTO** (20%) del valor de la aceptación de oferta cuando se trate de incumplimiento total de la oferta y proporcional al incumplimiento parcial de la aceptación de oferta que no supere el porcentaje señalado. Para efectos de calcular el monto del incumplimiento parcial relativo a la obligación de plazo de ejecución, se empleará la misma fórmula de estimación de

valor contemplada en el literal a) del presente artículo. El pago de la cláusula penal pecuniaria estará amparado mediante póliza de seguros en las condiciones establecidas en la presente aceptación de oferta. **PARÁGRAFO.- APLICACIÓN DEL VALOR DE LAS SANCIONES PECUNIARIAS:** Una vez notificada la resolución por medio de la cual se hace efectiva alguna de las sanciones aquí estipuladas, el **CONTRATISTA** dispondrá de quince (15) días calendario para proceder de manera voluntaria para a su pago. Las multas no serán reintegrables aún en el supuesto que el **CONTRATISTA** dé posterior ejecución a la obligación incumplida. En caso de no pago voluntario y una vez en firme la resolución que imponga multas, podrá tomarse del saldo a favor del **CONTRATISTA** si lo hubiere, o acudir a cobro coactivo.

3. El procedimiento para la imposición de las multas y sanciones, se sujetará a lo previsto en el artículo 86 de la ley 1474 de 2011, Resolución N° 00090 del 15 de enero de 2018 de la Policía Nacional "Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional" y la Resolución No. 3049 de 2014 "Por la cual se adopta el nuevo Manual de Contratación de la Policía Nacional: 1. Recibido el informe del supervisor en el que se señale un posible incumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista, el Grupo de contratos o la dependencia que haga sus veces, remitirá al ordenador un informe con la relación detallada de los hechos en que se funda el eventual incumplimiento del contratista, las actuaciones llevadas a cabo por el interventor o supervisor del contrato y la pertinencia de la imposición de multa, sanción o declaratoria de incumplimiento, según corresponda. Dicho documento deberá estar acompañado del informe de interventoría o de supervisión. 2. La asesoría jurídica de la entidad verificará el informe presentado por el Grupo de Contratos o la dependencia que haga sus veces, efectuará el análisis correspondiente y lo presentará al delegatario contractual, quien con arreglo a dicho análisis, ordenará la citación a audiencia al contratista. El documento de citación estará a cargo de la asesoría jurídica de la entidad y contendrá: a) La mención expresa y detallada de los hechos que la soportan; b) La enunciación de las normas o cláusulas posiblemente violadas; c) La mención de las consecuencias que podrían derivarse para la contratista en desarrollo de la actuación; d) El Lugar, fecha y hora para la realización de la audiencia.

NOTA 1. La determinación de la fecha de realización de la audiencia deberá obedecer a la naturaleza del contrato y a la periodicidad establecida para el cumplimiento de las obligaciones contractuales. (Literal a) art. 86 ley 1474 de 2011).

NOTA 2. La citación será suscrita por el delegatario contractual y estará acompañada del informe de interventoría o supervisión. A la audiencia deberá ser convocado el interventor o supervisor del contrato.

NOTA 3. En el evento en que la garantía de cumplimiento consista en póliza de seguros, el garante será citado de la misma manera. 3. La audiencia será presidida por el ordenador, una vez instalada se procederá a constatar la asistencia y a instruir a los participantes sobre la forma como se desarrollará. Surtido lo anterior el ordenador hará la presentación de las circunstancias de hecho que motivan la actuación, enunciando las normas o cláusulas posiblemente violadas y las consecuencias que podrían derivarse para la contratista en desarrollo de la actuación 4. Concluida la intervención del ordenador se concederá el uso de la palabra al representante legal del contratista o a quien lo represente, y al garante, para que presenten sus descargos, para lo cual podrán rendir las explicaciones del caso, aportar pruebas y controvertir las presentadas por la respectiva Unidad Policial. 5. Finalizada la intervención del contratista y la del garante, el delegatario contractual con apoyo en las pruebas e informes que respalden su decisión, ordenará dar lectura de la resolución motivada, proyectado

	por la asesoría jurídica de la Unidad, en la que se consignará lo ocurrido en desarrollo de la audiencia, y se decidirá sobre la imposición o no de la multa, sanción o declaratoria de incumplimiento. La resolución así expedida se entenderá notificada en la audiencia. Contra la decisión proferida sólo procede el recurso de reposición que se interpondrá, sustentará y decidirá en la misma audiencia. La decisión sobre el recurso se entenderá notificada en la misma audiencia. 6. El delegatario contractual podrá dar por terminada la audiencia en cualquier momento, si por algún medio tiene conocimiento de la cesación de la situación de incumplimiento. Para el efecto se levantará el acta correspondiente. (Literal d) art.86 ley 1474 de 2011). NOTA 4. En cualquier momento del desarrollo de la audiencia, el delegatario contractual podrá suspender la audiencia cuando de oficio o a petición de parte, en su criterio resulte necesario para allegar o practicar pruebas que estime conducentes y pertinentes, o cuando por cualquier otra razón debidamente sustentada, resulte necesario para el correcto desarrollo de la actuación administrativa. En tal evento, al adoptar la decisión, se señalará fecha y hora para reanudar la audiencia, lo que constará en el acta respectiva. (Literal d) Art.86 ley 1474 de 2011). NOTA 5. Para hacer efectivo el pago de las multas, sanciones pactadas en el contrato, y de la cláusula penal pecuniaria podrá acudirse a descontar el valor de las mismas de las sumas adeudadas al contratista o, a efectuar su cobro a través de la garantía constituida por éste. Para el efecto en el acto administrativo correspondiente se harán las previsiones del caso. Sí por ninguna de estas vías se logra el pago de las sanciones, se acudirá al cobro por jurisdicción coactiva. Si dicho pago no se hubiere efectuado durante el término de duración del contrato, se tendrá en cuenta al momento de su liquidación. (Parágrafo Art.17 ley 1150 de 2007). NOTA 6. De conformidad con lo dispuesto en el numeral 2o del artículo 1° de la ley 80 de 1993, en tratándose de uniones temporales, las sanciones por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato se impondrán de acuerdo con la participación en la ejecución del contrato de cada uno de sus miembros.
PLAZO DE EJECUCIÓN	El plazo de ejecución será a partir de la aprobación de la garantía única y expedición de la carta de inicio hasta el ***31 de julio de 2022*** o hasta agotar presupuesto o lo primero que ocurra.
FORMA DE EJECUCIÓN	La forma de ejecución del presente contrato procederá por evento. Para la prestación de los servicios de salud en el área de psiquiatría para la atención médica, hospitalaria, ambulatoria, urgencias médicas y demás servicios derivados de la especialidad, el CONTRATISTA deberá contar con la autorización escrita de la Unidad de Prestadora de Salud Arauca a través de su oficina de referencia y contrarreferencia ubicada en el municipio de Arauca en la calle 15 # 7-180 avenida Juan Isidro Daboin. Así mismo y para efectos de facilitar la ejecución del contrato, la Unidad de Prestadora de Salud Arauca a través de su oficina de referencia y contrarreferencia ha aplicado en concordancia con el Decreto 4747 de 2007 compilado en el Decreto 780 de 2016 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. En lo referente al envío de los formatos de que trata la Resolución 4331 del 19 de diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 de 2008, esta Unidad, ha implementado el siguiente mecanismo de comunicación:

1. Por el correo electrónico: deara.upres-rco@policia.gov.co
2. Por Página Web:

WEB Y VERIFICACIÓN DE DERECHOS

Página: **201.221.132.98:8081**
Verificación de Derechos

La verificación de derechos (Según el Decreto 4747 de 2007 compilado en el decreto 780 de 2016) la realiza la entidad, previo al diligenciamiento de cualquiera de los anexos, para esto solo basta con realizar la consulta en el **link afiliaciones**. Así mismo es importante que la entidad realice la verificación en la página de la administradora de los recursos del sistema general de seguridad social en salud ADRES - anterior FOSYGA, realizando los respectivos reportes.

Adicionalmente los aseguradores y prestadores con los cuales se tiene relación contractual, deben tener en cuenta los parámetros establecidos en la presente invitación, con el fin de verificar el tipo de afiliación del usuario, con el documento de identidad.

Nota 1: Se aclara que la Dirección de Sanidad continúa implementando el procedimiento descrito en las obligaciones del contrato para aquellos servicios, procedimientos e insumos no contemplados en el Acuerdo 002 de abril del 2001 del CSSMP y Acuerdo 052 del 2013 del SSMP.

Nota 2: Cuando se requieran servicios de complejidad que la entidad no ofrezca en su portafolio de servicios o no se encuentren habilitados por la Secretaria de Salud, deberán ser remitidos al nivel de complejidad que la Unidad de Prestadora de Salud Arauca a través de su oficina de referencia y contrarreferencia designe según lo amerite el estado de salud del paciente.

Nota 3: Cuando se requieran servicios que no hayan sido descritos en las condiciones técnicas, podrán ser prestados previa aprobación por escrito del ordenador del gasto de la Regional de Aseguramiento en Salud N°5, supervisor y jefe de la Unidad Prestadora de Salud Arauca. Los valores que el CONTRATISTA cubre por estos servicios, no podrán exceder los precios del mercado, por lo cual obliga al supervisor a realizar estudios de mercado y aprobar el precio más conveniente con su respectivo descuento. El CONTRATISTA deberá sujetarse a dichos precios del mercado.

Para la prestación de los servicios de salud en el área de psiquiatría para la atención médica, hospitalaria, ambulatoria, urgencias médicas y demás servicios derivados de la especialidad tendrá el siguiente procedimiento:

- El médico general o psicóloga que preste sus servicios en la Unidad Prestadora de Salud Arauca emitirá la remisión teniendo en cuenta lo descrito en el acuerdo 002 de 2001; esta remisión será entregada al paciente.
- Una vez autorizada la remisión será entregada al paciente y el paciente solicitará la respectiva cita en la entidad adjudicataria.

Luego de la Cita

El paciente presentará en la oficina de referencia y contrareferencia la solicitud de autorización para la realización de los procedimientos que se desprendan de la consulta de primera vez. Para esta autorización la entidad contratante enviará los siguientes soportes:

* Historia clínica.

	* Orden con la descripción de cada uno de los tratamientos a realizar. * Cotización detallada de cada uno de los procedimientos (si se requiere) **Urgencias – internación** • El médico general o psicóloga que preste sus servicios en la Unidad Prestadora de Salud Arauca emitirá la remisión teniendo en cuenta lo descrito en el acuerdo 002 de 2001; esta remisión será entregada al paciente. • La entidad deberá solicitar mediante correo deara.upres-rco@policia.gov.co la autorización de la internación del paciente en un tiempo no superior a 24 horas desde el momento en que se genera la necesidad del servicio. **Conceptos solicitados por la unidad prestadora de salud Arauca** La entidad contratada deberá emitir un concepto firmado por el psiquiatra tratante donde especifique patología, examen mental, plan terapéutico, factor de riesgo, conductas y recomendaciones. Los procedimientos que se encuentran fuera del plan de beneficio del SSPN y que a criterio del profesional tratante deben ser prestados al usuario por tratarse de su recuperar o preservar la función deberá realizar el siguiente procedimiento: **a.** La empresa contratante deberá entregar al paciente los siguientes documentos: ✓ Diligenciar el formato de solicitud y justificación ante el COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO de procedimientos, insumos, dispositivos u otros servicios médicos que no hacen parte del plan de servicios del SSMP. (diligenciado en forma completa por el especialista tratante, toda vez que el allegado, se encuentra sin los datos de la información básica y además debe estar actualizado) ✓ Historia Clínica del especialista tratante de la misma fecha en la que se diligencia el formato de solicitud y justificación ante el COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO de procedimientos de la misma. ✓ Cotización del procedimiento a realizar, (si se requiere). **b.** La entidad entrega al paciente los documentos con el fin de ser presentados la oficina de referencia y contrareferencia, explicando al paciente que deben ser presentados máximo 2 días luego de su expedición para continuar el trámite interno.
LUGAR DE ENTREGA O LUGAR DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	EL CONTRATISTA se compromete a prestar los servicios objeto del presente contrato en las instalaciones de la entidad contratada, ubicada en la Calle 15 No. 14 – 11 en el Municipio de Arauca.
VIGENCIA DEL CONTRATO	La vigencia del contrato será igual al Plazo de ejecución y *cuatro (4) meses* más. Estos cuatro (4) meses son únicos y exclusivamente para efectos de liquidación del contrato.
MONEDA DEL CONTRATO	Pesos colombianos
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	**OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA** **1.** Cumplir con el objeto contractual.

2. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales evitando dilaciones y trabas.
3. Cumplir cabalmente con sus obligaciones. Frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar. Sena e ICBF). Por cuanto el cumplimiento de ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.
4. Constituir en debida forma y aportar al grupo de contratos de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 5 dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato las pólizas respectivas.
5. Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.
6. No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho el CONTRATISTA deberá informar de tal evento a la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.
7. Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.
8. Prestar los servicios objeto del contrato en forma permanente, eficiente, amable y con excelente trato, dentro de los horarios de atención estipulados para cada servicio de manera oportuna y con calidad sin discriminación frente a otro tipo de usuarios que atienda.
9. Atender a los usuarios con la mayor diligencia y cuidado utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional el orden público lo moral y las buenas costumbres.
10. En igualdad de condiciones clínicas tiene prioridad la atención a maternas menores de 5 años y adulto mayor.
11. La atención del evento adverso prevenible o evitable, entendido como "el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente" corre por cuenta del prestador, no será cancelado por el SSPN según lineamientos y guía de seguridad del paciente establecidos por el Ministerio de la Protección Social. El evento adverso deberá ser notificado, gestionado e informado a la oficina de referencia y contrarreferencia de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA, deberá responder por los eventos adversos prevenibles o evitables, que se generen a los usuarios en desarrollo del presente contrato, según análisis conjunto realizado por el comité de garantía de calidad o quien haga sus veces de la entidad contratante y de la entidad contratista.
12. Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias.
13. El contratista se obliga con el contratante a informar por escrito Jefatura de la Unidad Prestadora de Salud del Departamento de Policía Arauca y al supervisor del contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un cincuenta (50%) por ciento, setenta (70%) por ciento y un cien (100%) por ciento. Una vez recibida la información se estudiará la viabilidad de adicionar presupuesto al contrato, lo anterior es con el fin de evitar la sobre ejecución del contrato y evitar incurrir en faltas penales, de igual forma evitar que se presenten facturas que no cuenten con el respaldo presupuestal y contractual, si llegare a suceder el CONTRATANTE no se hace responsable de la cancelación de las mismas.
14. El contratista se obliga con el contratante a que una vez agotado el presupuesto asignado al contrato celebrado con la Regional de Aseguramiento en Salud No. 5 – Unidad Prestadora de Salud Arauca, a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia

	debidamente justificado, de acuerdo con las disposiciones expedidas por la superintendencia nacional de salud o en los casos, expresamente autorizados por escrito por el ordenador del gasto de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 5, el supervisor del contrato y el jefe de la Unidad Prestadora de Salud Arauca de acuerdo con la normatividad vigente. El servicio que se preste posterior a la terminación presupuestal del contrato que no cumpla con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante. **15.** Los servicios prestados por fuera de contrato que no cumplan las anteriores condiciones, no serán pagados por el **CONTRATANTE** con cargo al presente contrato, y el **CONTRATISTA** acepta que el pago de tales servicios se verificará previo agotamiento de los trámites extrajudiciales previstos para el efecto. **16.** El contratista a partir del inicio de la ejecución del contrato, deberá cargar en la plataforma Colombia Compra Eficiente SECOP II las facturas y presentar en la ventanilla única de central de cuentas del grupo financiero de la unidad prestadora de salud Arauca ubicada en la calle 15 # 7-180 Avenida Juan Isidro Daboin, la facturación en medio físico e información en medio magnético (correo electrónico) deara.upres@policia.gov.co, de los servicios prestados en el mes INMEDIATAMENTE ANTERIOR de la ejecución del contrato, dicha facturación deberá ser radicada a más tardar el día 10 de cada mes, si pasado el mes vencido de la ejecución del contrato la entidad contratada no radica facturación, el contratista deberá presentar mediante un oficio dirigido al jefe de la Unidad Prestadora de Salud Arauca, las razones por las cuales no se cumplió con mencionada obligación informando a su vez el servicio prestado en ese mes, el incumplimiento de estas obligaciones exime al contratante de toda responsabilidad en la demora de los pagos. **17.** En la atención de usuarios remitidos deberá utilizarse las guías de manejo acordadas. **18.** Para la prestación del servicio el CONTRATISTA deberá cumplir con el siguiente procedimiento: Demostración de derechos y autorización: a. Para acceder al servicio directamente con el contratista el usuario debe presentar la orden de autorización en el formato establecido por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional; debidamente diligenciada por el profesional solicitante y autorizado por el funcionario competente del CONTRATANTE, con sello y firma del mismo. Una vez prestado el servicio la orden de autorización debe quedar firmada por el usuario o acudientes debe presentar el documento de identidad que acredite los derechos de Sanidad de la Policía Nacional. b. Documento de identificación en original según el caso (Registro civil de nacimiento para menores de 7 años tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad). c. Usuarios que no cumplan estos requisitos **no deben ser atendidos** salvo los casos expresamente autorizados de acuerdo a la normatividad legal vigente (Atención de urgencias vitales y atención inicial de urgencias). d. Todo servicio electivo fuera del plan de beneficios del SSPN debe ser tramitado para estudio de aprobación ante el Comité Técnico Científico (CTC del nivel central DISAN) para lo cual el especialista tratante debe diligenciar completamente el formato de justificación diseñado para tal fin por parte del SSPN y remitirlo a la oficina de REGIONAL REDES INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD O A LA OFICINA DE REFERENCIA DE LA UPRES ARAUCA para que ésta adelante el trámite ante el CTC del nivel central. **NO SE ADMITEN FORMATOS INSTITUCIONALES DEL CONTRATISTA**. Solo cuando requieran su administración urgente por la condición clínica del usuario. Orden judicial o tutela. Se da cumplimiento a la prestación o suministro con la inmediatez requerida y éstos serán reportados posteriormente. e. Los formatos de REGIONAL REDES INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD impresos deberán estar debidamente diligenciados. Firmados y sellados, sometiéndose a lo establecido en la Ley 527 de 1999 y normas que la modifiquen. Adicionen o sustituyan.

19. Permitir al **auditor médico concurrente** de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA el acceso directo a la información relacionada con la prestación de los servicios de salud (historias clínicas, Estadísticas, soportes y documentos relacionados con la atención del paciente) igualmente permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera. De acuerdo con la ley y permitirle realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual.

20. El Contratista deberá garantizar la atención y seguimiento a usuarios (niños, adolescentes y adultos) víctimas de abuso sexual, realizando el debido reporte diligenciando los formatos establecidos por la secretaría.

21. INFORMACIÓN QUE EL CONTRATISTA DEBE SUMINISTRAR A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA DE LA POLICÍA NACIONAL DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

a. Notificar al supervisor del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato.

b. El CONTRATISTA se obliga a generar un reporte QUINCENAL de la ejecución del contrato cuando éste supere el CINCUENTA (50) POR CIENTO. Lo anterior a efectos de llevar un mayor control y así no generar interrupciones en la prestación de servicios o que estos se presten sin respaldo presupuestal.

c. Reportar la ejecución del contrato al supervisor del contrato; en el formato que más adelante se relaciona de manera mensual al correo deara.upres-rco@policia.gov.co.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA

FECHA	
ENTIDAD	
CONTRATO NO	
FECHA DE INICIO	
FECHA DE TERMINACIÓN	

VALOR DEL CONTRATO	
ADICION No1	
ADICION No 2	
TOTAL	

MENSUAL	FECHA	VALOR EJECUTADO	Nro. USUARIOS	Nro. PROCEDIMIENTOS	VALOR TOTAL
MES 1					
MES 2					
MES 3					
MES 4					
MES 5					
MES 6					
MES 7					

22. El Contratista deberá reportar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad contractual (déficit de recurso humano o tecnológico) que dificulte la prestación de los servicios a la población de usuarios y beneficiarios adscritos al Departamento de Policía Arauca, y documentando a la vez plan de contingencia o probables soluciones para la prestación del servicio.

23. Cuando se presente la necesidad médica de dar una incapacidad laboral debe entenderse que la Policía maneja dos clases de incapacidades: incapacidad en PARCIAL; si puede laborar. Con las restricciones respectivas (estas restricciones deben estar especificadas en la incapacidad) y TOTAL en caso que el paciente no puede laborar porque su condición médica lo restringe; se sugiere que el médico general ordene hasta 8 días y el médico especialista hasta 30 días. Prorrogables

hasta por el tiempo que por conveniencia médica se amerite (Debe especificar el tiempo de la prórroga). Dentro de las restricciones médicas NO se deberán establecer limitaciones médicas que interfieran con la administración del talento humano. Como aquellas que establecen restricciones para traslados. Solamente se podrán emitir indicaciones en cuanto a descripción de ambientes o sitios favorables o desfavorables para ejercer una labor o permanecer. Tales como altura sobre el nivel del mar, temperatura ambiente, humedad. Acceso a atención en salud por nivel de complejidad. Entre otras. Se debe garantizar que en las excusas de servicio PARCIAL no se den conceptos de perfil ocupacional para reubicación laboral. NO se emitan conceptos de horario laboral o duración de la jornada de trabajo. Salvo contadas excepciones que por su condición de salud o administración de medicamentos. Así lo impone. Por consiguiente, podrá emitirse únicamente en los casos pertinentes. Limitaciones de turno nocturno. Lo cual debe estar completamente justificado en la historia clínica respectiva. Contemplando que la jornada nocturna de un uniformado va de 22:00 a las 06:00 horas del día siguiente.

24. El CONTRATISTA deberá garantizar que los especialistas y/o subespecialistas ofertados en la propuesta y según su competencia e idoneidad. Emitan y diligencien el concepto médico laboral en el formato establecido por el contratante y adjunto por el usuario el día de la respectiva consulta. Así mismo deberá garantizar que en el momento en que se requiera emitirán un concepto firmado por el psiquiatra tratante donde especifique patologia, examen mental, plan terapéutico, factor de riesgo, conductas y recomendaciones.

Parágrafo: Dentro del concepto médico laboral proferido por el especialista competente NO se deberán realizar juicios correspondientes a la merma de la capacidad laboral. Pues. Ello es competencia de las autoridades medico laborales de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional. La responsabilidad del galeno que suscriba el respectivo concepto médico laboral deberá estar circunscrita a dejar por sentado lo siguiente:

- Diagnóstico
- Evolución
- Tratamiento realizado
- Secuelas de las lesiones o afecciones que presente el usuario.

25. La entidad Contratista deberá aplicar el principio de racionalidad para la realización y práctica de todos los procedimientos anteponiendo el concepto de calidad. Esto es lograr los máximos beneficios. Con mínimos riesgos, pero a costos razonables.

26. Los medicamentos que se suministren deberán estar contemplados en el Acuerdo 052 de 2013 del CSSSMP y deben ser dispensados en su denominación común internacional (genérica) según Decreto 2200 de 2005. Los medicamentos que se encuentren regulados en la normatividad vigente. Serán reconocidos con el valor máximo establecido por el Ministerio de la Protección Social en la normatividad que aplica para los mismos En el caso de los medicamentos no incluidos en el vademécum. Se deberá realizar el trámite a través del Comité Técnico Científico. Por lo que se deberá diligenciar el formato del NO POS y Acuerdo 052 de 2013).

27. Se requiere que el servicio se preste en el municipio de Arauca con criterios de oportunidad, continuidad, accesibilidad, seguridad, eficacia, eficiencia y pertinencia.

28. El Contratista deberá conocer el modelo de atención en salud establecido por la Policía Nacional Acuerdo 070 del 02/08/2019.

29. Verificar la información del usuario (verificación de derechos) que permita establecer que pertenece al Subsistema de Salud de la POLICÍA NACIONAL.

30. Realizar los diagnósticos y tratamientos acordes a los protocolos y guías de manejo establecidas y enmarcadas en los principios de ética profesional.

31. Explicar al usuario los procedimientos a realizar que permitan mantener informado al usuario y facilitar su consentimiento.

32. EL CONTRATISTA DEBERÁ EXPEDIR PAZ Y SALVO AL MOMENTO DE

	TERMINACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO EN EL CUAL CONSTE LA NO EXISTENCIA DE FACTURACIÓN PENDIENTE POR RADICAR EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA Y QUE SE ENCUENTRA APTO PARA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO. **33**. El contratista deberá expedir certificación mensual en la cual conste que no tiene facturas pendientes con los servicios del mes prestados. **34**. Deberá dar cumplimiento a la normatividad que sobre gestión ambiental se encuentre vigente y en especial a las disposiciones referentes al manejo de los residuos peligrosos que sean generados como consecuencia de la ejecución del contrato, cuando haya lugar. **35.** La entidad aceptará las notificaciones que se efectúen por medio electrónico de las comunicaciones, oficio, avisos y demás actos proferidos por la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA, al correo electrónico que se encuentre debidamente registrado en el contrato, hoja de vida, cámara de comercio, etc. **36.** Una vez se dé carta de inicio al contrato el oferente deberá informar al supervisor la persona enlace, que se encargará de permitir a los usuarios y a las personas que delegue la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA, tomar contacto con la IPS a fin de solucionar los problemas que se presenten durante el desarrollo del contrato incluyendo aquellos sobre la oportunidad o autorización de servicios, códigos o taridas, del mismo modo y a fin de que resuelvan aquellas eventualidades sobre la referencia y contrareferencia, asignación de citas, oportunidad, procedimientos y actividades, se desarrollara mensualmente una reunión respecto a lo indicado a fin de realizar el correspondiente seguimiento al contrato, reunión que contará con el personal que las partes consideren necesario, elevando un acta escrita de cada reunión celebrada. **37**. El Contratista se obliga a dar cumplimiento a las disposiciones legales y reglamentarias referentes a higiene y seguridad ocupacional durante la ejecución el contrato. **38.** El Contratista deberá presentar la certificación mensual donde se reporte que todos los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato, se encuentran afiliados al Sistema de Seguridad Social. **39**. El Contratista deberá presentar la matriz de elementos de protección personal donde conste el suministro de elementos de dotación y protección personal que se requiere para la realización de sus actividades objeto del contrato. En caso de deterioro daño o pérdida deberá contemplarse los protocolos de reposición sin afectar la ejecución del contrato. **40**. El contratista deberá presentar el informe de capacitación realizada a los trabajadores donde se evidencie la realización de inducción y reinducción en aspectos generales y específicos de las actividades por realizar que incluya entre otros la identificación de peligros y control de los riesgos en su puesto de trabajo y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales. Así como capacitaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo con las necesidades identificadas y donde se evidencie la firma de los trabajadores. **41**. Responder dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente las solicitudes de referenciación y contrareferencia efectuadas por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 5-Unidad Prestadora de Salud Arauca, So pena de la aplicación del procedimiento de multas y sanciones. **42.** Los servicios requeridos que no hayan quedado descritos en el anexo de CUPS y que hagan parte del Acuerdo 002 del 2001 y/o la resolución 5851 de 2018 y que estén dentro del portafolio de servicios del CONTRATISTA, 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 estos 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 mínimos 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: deara.upres@policia.gov.co; 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. **43.** El Contratista deberá garantizar la prestación de los servicios objeto del contrato a las tarifas presentadas en la oferta económica (la cual forma parte integral del presente contrato). **44**. El Contratista deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo". **45**. Atender con la inmediatez que ordene el juez constitucional los procedimientos que se deban surtir para acatar un fallo de tutela, incidente de desacato, medida provisional y demás, generando el apoyo a la Unidad Prestadora de Salud Arauca para dar cumplimiento a las órdenes judiciales, entregando la información para aportar pruebas, certificaciones y demás requerimientos que se impartan por los entes judiciales. **46.** Entregar al usuario reporte de resultados para continuar el manejo terapéutico del paciente en la Unidad prestadora de salud Arauca, cuando lo amerite, a través del proceso y formato de referencia y contra referencia. **47.** El contratista se obliga con el contratante a que si durante la ejecución del contrato se llega a presentar el evento de requerir adicionar un servicio que no haya sido incluido en el objeto del contrato ni en las condiciones técnicas, podrán ser prestados previa aprobación por escrito del ordenador del gasto, supervisor y jefe de la Unidad Prestadora de Salud Arauca, siempre y cuando el servicio que se pretende prestar tenga relación con el objeto del contrato, Los valores que el CONTRATISTA cubre por estos servicios, no podrán exceder los precios del mercado, por lo cual obliga al supervisor a realizar estudios de mercado y aprobar el precio más conveniente con su respectivo descuento. El CONTRATISTA deberá sujetarse a dichos precios del mercado. **48.** El CONTRATISTA está en la obligación de darle aplicabilidad a la ley 594 de 2000 ley general de archivo acuerdo a la ley 594 del 2000, presentando las facturas de los servicios prestados ante la unidad prestadora de salud Arauca, en una CARPETA CUATRO ALETAS COLOR BLANCO. DESACIFICADA EN PROPALCOTE PARA ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS, tamaño oficio. Los documentos objeto de foliación, deben ser depurados, es decir, se les deben retirar copias o duplicados idénticos, folios en blanco, documentos de soporte o apoyo, material metálico (ganchos legajadores de metal, clips de metal o grapas), papel químico, si hubiere. Las carpetas que no cumplan con las especificaciones anteriormente dispuestas serán devueltas desde la ventanilla de radicación de la unidad prestadora de salud Arauca. **49.** Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993. Así mismo. Será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual. 50. El contratista se obliga con el contratante a que **PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS:** La prescripción de medicamentos deberá estar referida con base en las especificaciones técnicas establecidas en el Acuerdo 052 de 2013 Manual Único de Medicamentos para las Fuerzas Militares y Policía Nacional. 51. El contratista se obliga con el contratante a Contar con líneas telefónicas de atención a usuarios para garantizar la asignación de citas, programación de procedimientos, referencia y contrarrefencia de usuarios e información. 52. El contratista se obliga con el contratante a Los registros asistenciales se regirán por el sistema de información en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud establecido por el Ministerio de la Protección Social. (Resolución 3374 de 2000 del Ministerio de Salud y demás normas que la reglamenten o modifiquen) mediante la cual se establecen los datos básicos que deben reportar

	los prestadores de servicios de salud – RIPS) y todos aquellos que la DISAN establezca para los fines administrativos y asistenciales. 53. El oferente deberá presentar carta donde **CERTIFIQUE** su compromiso de salvaguardar las historias clínicas de los pacientes conforme a lo señalado en la Resolución 1995 de Julio 8 de 1999 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. 54. EL CONTRATISTA se obliga a reportar dentro de los siguientes cinco días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora, al supervisor del contrato y Ordenador del Gasto, asumiendo los costos de atención en salud derivados del evento adverso. "dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-0006 REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS".
OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE	**OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL** 1. Poner a disposición del CONTRATISTA los bienes y lugares que se requieran para la ejecución y entrega del objeto contratado. 2. Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un supervisor, a través de quien la POLICÍA NACIONAL- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5 - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA mantendrá la interlocución permanente y directa con el CONTRATISTA. 3. Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del supervisor designado para el efecto, exigiéndole la ejecución idónea y oportuna del objeto a contratar. 4. Recibir a satisfacción los bienes y/o servicios que sean entregados por el CONTRATISTA, cuando estos cumplan con las condiciones establecidas y en especial las especificaciones u obligaciones técnicas contenidas en el anexo técnico. 5. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar, para lo cual el Supervisor dará aviso oportuno a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5 - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA, sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento. 6. Pagar al CONTRATISTA en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC previstas para el efecto. 7. Tramitar diligentemente las apropiaciones presupuestales que requiera para solventar las prestaciones patrimoniales que hayan surgido a su cargo como consecuencia de la suscripción del contrato. 8. Solicitar y recibir información técnica respecto del bien ó servicio y demás del CONTRATISTA en desarrollo del objeto del contractual. 9. Entregar vademécum de medicamentos Policía Nacional - Acuerdo 052 del 2013 Manual de Medicamentos y Terapéutica del SSMP. 10. Rechazar los bienes y/o servicios cuando no cumplan con los requerimientos técnicos exigidos. 11. Poner a disposición del CONTRATISTA la información que se requiera para la ejecución del contrato.

De acuerdo a lo anterior, el Comité Evaluador recomienda al Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 5, adjudicar el proceso **PN RASES N°5 MIC 031 2021** cuyo objeto es la **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA, HOSPITALARIA, AMBULATORIA, URGENCIAS MÉDICAS Y DEMÁS SERVICIOS DERIVADOS DE LA ESPECIALIDAD, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSPN PERTENECIENTES AL DEPARTAMENTO DE POLICÍA ARAUCA"** a la entidad **SALUD MENTAL DE ARAUCA IPS S.A.S.**, identificada con NIT **901.344.855-5,** que tiene como Representante Legal al señor **JULIO CESAR LUNA YALI**, identificado con la Cedula de Ciudadanía No 17.596.209 de Arauca, por un valor de **VEINTISEIS MILLONES DE PESOS ($26.000.000,00) moneda legal corriente**, y un plazo de ejecución desde la entrega de la carta de inicio ejecución de contrato hasta el ***31 de julio de 2022*** o hasta

agotar el presupuesto asignado, lo que ocurra primero. Una vez cumplido los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del mismo, en atención a que cumplió técnica, jurídica y económicamente, de conformidad con los términos establecidos en la invitación que rigió el proceso y la oferta presentada.

Se adjuntan los siguientes anexos:

ANEXO No.1: Especificaciones técnicas.
ANEXO No.2: Oferta Económica.
ANEXO No.3: Anexo Oportunidad.
ANEXO No.4: ACUERDO NÚMERO 070 DE 2019 (agosto 2) " Por el cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional".

Atentamente;

Teniente Coronel **CARLOS ALIRIO FUENTES DURAN**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 5

Elaboró IT. EDWING DAVID MUÑOZ SERRANO
Analista Grupo Contratos
Vo Bo IT. JOHN EDGARDO PACHON ROJAS
Líder (e) Grupo Contratos
Aprobó CPS-04 EDINSON CASTILLO GONZALEZ
Abogado RASES No. 5
Aprobó PS-16 JENNY FERNANDA CACERES VILLABONA
Abogada RASES No. 5
Vo Bo CT. ERIK GABRIEL RAMOS MARZOLA
Líder (e) Grupo apoyo Administrativo RASES
Fecha de elaboración: 13-09-2021

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL
POLICIA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5

SIIF

CDP	REG
42421	43021

SFI

CDP	REG
390	393

UNIDAD ESTADISTICA

CTA	SUBC	OBJ	ORD	SIIF SUBO	SFI REC	DESCRIPCION VALOR
PROG	SUBP	PROY	SUBPR	S30	AO	160102 - 1522600
0	2	020	200	9	16	**$18.000.000**
0	2	020	200	9	16	**$8.000.000**
VALOR TOTAL:						**$26.000.000**

JEFE DE PRESUPUESTO

FECHA Septiembre 16/2021 SIIF VF. 6421

ANEXO No. 1
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS REQUERIDAS

ÍTEM	CUPS	CONDICIONES MÍNIMAS EXIGIDAS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y OBLIGACIONES
1	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
2	890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
3	890601	ATENCIÓN INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL
4	890602	ATENCIÓN INTRAHOSPITALARIA POR PSIQUIATRÍA
5	890608	ATENCIÓN INTRAHOSPITALARIA POR PSICOLOGÍA
6	890609	ATENCIÓN INTRAHOSPITALARIA POR TRABAJO SOCIAL
7	890613	INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL
8	943101	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA
9	944101	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSIQUIATRÍA
10	S12710	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL.

ANEXO No. 2
OFERTA ECONOMICA

ÍTEM	CÓDIGO CUPS	DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL BIEN O SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	PRECIO OFERTADO
1	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	SERVICIO POR PACIENTE	**37.950**
2	890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	SERVICIO POR PACIENTE	**37.950**
3	890601	ATENCIÓN INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	SERVICIO POR PACIENTE	**15.113**
4	890602	ATENCIÓN INTRAHOSPITALARIA POR PSIQUIATRÍA	SERVICIO POR PACIENTE	**33.075**
5	890608	ATENCIÓN INTRAHOSPITALARIA POR PSICOLOGÍA	SERVICIO POR PACIENTE	**12.206**
6	890609	ATENCIÓN INTRAHOSPITALARIA POR TRABAJO SOCIAL	SERVICIO POR PACIENTE	**10.181**
7	890613	INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL	SERVICIO POR PACIENTE	**12.656**
8	943101	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA	SERVICIO POR PACIENTE	**26.831**
9	944101	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSIQUIATRÍA	SERVICIO POR PACIENTE	**35.550**
10	S12710	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL.	SERVICIO POR PACIENTE	**128.850**

ANEXO No. 3

OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN

OPORTUNIDAD PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

SERVICIOS AMBULATORIOS
MENOR DE 5 DÍAS

OPORTUNIDAD CONSULTA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA

CONSULTA EXTERNA
ENTRE 6 Y 10 DÍAS

ANEXO No. 4

ACUERDO NÚMERO 070 DE 2019 (agosto 2)

"Por el cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional"

El Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, en uso de sus facultades legales y en especial las que le confiere el artículo 9° literal a) del Decreto Ley 1795 de 2000,

CONSIDERANDO:

Que se hace necesario establecer el Modelo de Atención en Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

Que es pertinente armonizar el Modelo de Salud a implementar, bajo lo estipulado por la Ley 1751 de 2015 - Estatutaria de Salud, que regula el derecho fundamental a la salud mediante la priorización de acciones centradas en el usuario y la comunidad, bajo un esquema de atención primaria en salud, enfoque de salud familiar y comunitaria, gestión del riesgo y cuidado de la salud con la corresponsabilidad del usuario y su familia.

Que con la expedición de la Resolución número 429 de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social, adoptó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), la cual es de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, esta política cuenta con un marco estratégico y un marco operacional, que corresponde al Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Que es procedente contar con un Modelo de Atención Integral en Salud con herramientas para su operatividad, tales como políticas, planes, programas, proyectos, lineamientos, guías y protocolos propios del Régimen de Excepción, así como las que se acojan del Ministerio de Salud y Protección Social, incluyendo los instrumentos técnicos que orienten a una respuesta efectiva hacia los usuarios.

Que con el Modelo a implementar, dentro de sus objetivos debe desarrollar la Gestión Integral de Riesgo en Salud, que contempla entre otros elementos, las políticas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la vigilancia en salud pública, en el marco de las acciones intersectoriales e intrasectoriales, que permitan incidir sobre los determinantes sociales en salud, por esta razón se deroga el Acuerdo 062 del 2015.

Que teniendo en cuenta que el Modelo plantea la reorganización del sistema de referencia y contrarreferencia, se deroga el Acuerdo 004 de 1997 "por el cual se adoptan los regímenes de Referencia y Contrarreferencia en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y el Subsistema de Salud de la Policía Nacional".

Que el Modelo define la red integral de servicios en salud, en la búsqueda de una mayor satisfacción de los usuarios con atención integral, eficiente, continua, complementaria, bajo una coherencia financiera, orientada a los resultados en salud de la población e incentivando la participación comunitaria, derogándose el Acuerdo 005 de 2001 "por el cual se establece la política general sobre la conformación de la red prestadora de servicios de salud en el SSMP".

Que en cumplimiento a los principios de equidad, universalidad y atención equitativa descritos en la normatividad vigente para el SSMP se hace necesario impartir lineamientos para que la atención en salud de todos los usuarios del Sistema se realice sin discriminación alguna de la condición de cotizante o beneficiario, georreferenciación o unidad ejecutora de afiliación, se deroga el Acuerdo 047 del 1998 "por el cual se modifica el Acuerdo número 027/97". Ministerio de defensa nacional

Que, en consecuencia.

ACUERDA:
TÍTULO I GENERALIDADES

Artículo 1°. Definición del Modelo de Atención Integral en Salud para el SSMP. En adelante el denominado "MATIS", se entiende como el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos, procesos y procedimientos que alinean, el aseguramiento y la gestión en la prestación de los servicios de salud para los distintos territorios y poblaciones orientadas al cuidado integral de la salud del usuario del SSMP y las actividades propias de salud operacional encaminadas a la gestión del riesgo militar y policial.

Artículo 2°. Finalidad del Modelo de Atención Integral en Salud para el SSMP. El MATIS tendrá como finalidad el mantenimiento y mejoramiento de las condiciones de salud de los usuarios, la gestión y sostenibilidad financiera del SSMP, en el marco y cumplimiento de los principios, objetivos y elementos estratégicos descritos en el presente acuerdo.

Artículo 3°. Ámbito de aplicación. Las disposiciones del presente Acuerdo se aplicarán obligatoriamente a los integrantes que componen el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP) y a los usuarios de este, dentro del territorio colombiano.

Artículo 4°. Alcance del Modelo de Atención Integral en Salud para el SSMP. El MATIS para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, comprende desde el aseguramiento hasta la atención integral en salud para los usuarios del SSMP.

Artículo 5°. Principios del Modelo de Atención Integral en Salud para el SSMP. El MATIS para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional se sustenta en principios que garanticen el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de los usuarios del SSMP, los cuales son:

a) Universalidad: Cobertura del servicio de salud a toda la población de usuarios del SSMP en el territorio nacional, conforme a los términos y planes que se establezcan en la normatividad vigente;

b) Ética: Conjunto de exigencias institucionales hacia la conducta profesional del equipo de salud, las cuales se manifiestan en la práctica diaria, como normas de comportamiento que gozan del reconocimiento generalizado de la comunidad en salud y son consecuentes con los principios de beneficencia en pro de generar el bienestar de los usuarios;

c) Equidad: Se refiere a la ausencia de diferencias injustas, evitables y sistemáticas en el acceso a bienes, servicios y oportunidades entre poblaciones o grupos definidos sociales, económicos, demográficos o geográficos;

d) Eficiencia: Optimizar los recursos asignados al SSMP, con la finalidad de brindar y disponer de todas las atenciones en salud y los servicios esenciales que requiere la población de usuarios;

e) Resolutividad: Capacidad diagnóstica y de definición de conductas administrativas e intervenciones que tiene un profesional o equipo de atención acorde con su formación, competencias y lineamientos emitidos por el MATIS, para dar respuesta a las necesidades del usuario;

f) Enfoque diferencial: El SSMP garantiza la adopción de medidas efectivas que permitan el desarrollo de acciones ajustadas a las características territoriales y poblacionales de cada Subsistema, así como las inherentes a los riesgos operacionales del personal militar y policial;

g) Solidaridad: El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades;

h) Accesibilidad: Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos los usuarios, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diferentes grupos vulnerables y al pluralismo cultural;

i) Humanización del servicio: Conjunto de acciones tendientes a potencializar, fortalecer y dinamizar los valores y principios que comparten las personas en una institución a fin de lograr una actitud de servicio centrada en el reconocimiento y respeto a la dignidad humana;

j) Pro homine: Las autoridades y demás actores del Sistema de Salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sean más favorables a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas.

k) Oportunidad: La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones.

l) Continuidad: Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, está no podrá ser interrumpida por razones administrativas o económicas;

m) Prevalencia de derechos: El SSMP debe contemplar en sus acciones el enfoque de derechos del cual debe ser garante y reconocer que los usuarios durante su curso de vida tienen exigibilidad de estos y son: interdependientes, inalienables, universales, indivisibles, incluyentes y equitativos.

n) Sostenibilidad: El SSMP dispondrá por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal.

Artículo 6°. Elementos Estratégicos del Modelo de Atención Integral en Salud para el SSMP. Los elementos estratégicos del MATIS se fundamentan en: 1. La Atención Primaria en Salud (APS), (con enfoque de salud familiar, comunitaria y diferencial, acciones inter e intrasectoriales, participación social, comunitaria, ciudadana y el cuidado de la salud). 2. Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS). Estos elementos se harán visibles en la implementación del MATIS por parte de los integrantes del Sistema de Salud según su competencia.

Artículo 7°. Objetivos del modelo de atención integral en Salud para el SSMP. Los objetivos del MATIS para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, son: a) Garantizar la atención integral en salud de los usuarios del SSMP, alineando las políticas, planes, programas, proyectos, procesos y procedimientos al interior de cada Subsistema, conforme a los roles establecidos en los módulos y componentes del MATIS; b) Articular y armonizar el aseguramiento y la prestación de servicios orientadas al logro de los resultados en salud de los usuarios del SSMP, desde la promoción y mantenimiento de la salud, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Además del mantenimiento de la aptitud psicofísica del personal militar y policial; c) Direccionar y regular la prestación de servicios de salud con calidad, acorde con las necesidades y expectativas de la población, para mejorar la situación de salud y avanzar en la garantía del Derecho a la Salud, bajo las estrategias de Atención Primaria en Salud y Gestión Integral del Riesgo en Salud.

Artículo 8°. Definición de actores en el SSMP. Los actores de SSMP dentro del marco de la normatividad vigente, desarrollarán de manera articulada los roles de aseguramiento, administración y prestación de servicios, así:
a) La Dirección General de Sanidad Militar y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, serán las responsables del aseguramiento para cada Subsistema de Salud, de acuerdo con los roles establecidos en los módulos y componentes del presente Acuerdo;
b) Las Direcciones de Sanidad de las Fuerzas Militares, las Áreas y Seccionales de Sanidad de la Policía Nacional o quien haga sus veces, cumplirán las funciones asignadas dentro de la gestión y administración de la prestación de servicios de salud para cada Subsistema de Salud;
c) Los Establecimientos de Sanidad Militar (ESM), los Establecimientos de Sanidad Policial (ESP) y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), cumplirán las funciones de prestación de servicios

de salud a la población usuaria, según territorio designado en las Redes Integrales de Servicios de Salud RISS para cada Subsistema de Salud;
d) El Hospital Militar Central, indistintamente de su naturaleza jurídica y como integrante del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM), hará parte de la Red Integral de Servicios de Salud como prestador complementario de atención en salud, conforme al sistema de referencia y contrarreferencia establecidos en el SSMP. Parágrafo. Entiéndase como aseguramiento la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del usuario ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

TÍTULO II ESTRUCTURA DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

Artículo 9°. Módulos y Componentes de Modelo de Atención Integral en Salud. El MATIS para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, se estructura en cuatro módulos; los cuales se despliegan en sus correspondientes componentes para su implementación, así: 1. Módulo de Gobernanza. 2. Módulo de Gestión Administrativa y Financiera 3. Modulo de Gestión Integral del Riesgo en Salud. 4. Módulo de Gestión de la Atención en Salud. CAPÍTULO I Módulo de gobernanza

Artículo 10. Definición del módulo. Este módulo comprende el diseño, fortalecimiento de procesos y procedimientos; emisión, seguimiento y monitoreo de políticas, planes, programas y herramientas que permitan direccionar de manera coordinada las acciones de cada uno de los módulos, garantizando que todos los actores del SSMP se articulen y armonicen sistemáticamente en función de los objetivos del presente Acuerdo.

Artículo 11. - COMPONENTES DEL MÓDULO. Los componentes del presente módulo, son: a) Mejoramiento de la Calidad en Salud; b) Representatividad del usuario; c) Planeación integral en salud; d) Gestión del cambio.

Artículo 12. Mejoramiento de la calidad en salud. La Dirección General de Sanidad Militar y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional en cumplimiento a las responsabilidades determinadas por la legislación y dentro del marco normativo vigente, deberán liderar, implementar y monitorear el Sistema Integrado de Gestión (SIG) que adopte el CSSMP en cada Subsistema. Parágrafo 1°. Es responsabilidad de cada Subsistema de Salud emitir los actos administrativos que reglamenten y determinen los lineamientos, planes y programas en desarrollo a las políticas que se emitan a través del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. Parágrafo 2°. Es responsabilidad de cada Subsistema de Salud, ajustar y estandarizar los procesos y procedimientos, para la implementación, desarrollo y mantenimiento del MATIS. Parágrafo 3°. El Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional definirá el Sistema de Calidad en Salud -SCS- para el SSMP con sus componentes, estándares y criterios dentro del Sistema Integrado de Gestión (SIG).

Artículo 13. Representatividad del usuario. La Dirección General de Sanidad Militar y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, dentro de su rol de asegurador, evaluarán sistemáticamente la calidad, eficiencia y equidad de los servicios directos y contratados prestados en el Sistema de Salud y actuará en representación del afiliado ante el prestador y los demás actores, para lograr una atención integral en salud, accesible, oportuna, pertinente, segura y continua, sin perjuicio de la autonomía del usuario. Parágrafo 1°. La representatividad del usuario que cumple el asegurador debe evidenciar acciones correspondientes a: i) procesos y herramientas de divulgación de derechos y deberes del afiliado; ii) reportes de seguimiento de la atención al usuario referentes a procesos de comunicación permanente con los usuarios del SSMP; iii) monitoreo y evaluación periódica de los procesos y procedimientos de PQRS (Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias); iv) implementación de procesos y herramientas que faciliten a los afiliados el agendamiento estandarizado de citas; v) mejorar la oportunidad en el acceso a los servicios y tecnologías en salud, autorización integral de servicios, la referencia y contrarreferencia; vi) implementación de procesos y herramientas que permitan comunicar a los usuarios el monto de la facturación de la atención y tecnologías recibidas; vii) evidencia de actividades y procesos para fortalecer la participación social y

comunitaria; viii) disponer de un sistema de información al afiliado que incluya entre otros: portafolio de servicios, línea gratuita de información a nivel nacional, página web, información en puntos de atención y en su red prestadora; ix) gestión de la afiliación; x) implementación de procesos y herramientas para la gestión Integral del Riesgo del afiliado, bajo un sistema de información con datos y parámetros mínimos necesarios que permitan esta gestión; xi) sistema de inventivos en salud y xii) fortalecimiento de la investigación y la innovación. Parágrafo 2°. La gestión de la afiliación se refiere al conjunto de actividades que permita la caracterización de la población con la identificación de los riesgos; la afiliación inicia desde las Entidades Aportantes del Sector Defensa en calidad de empleadores para el SSMP hasta la adscripción a un prestador de servicios de salud según territorio. Este proceso debe ser gerenciado y liderado por la Dirección General de Sanidad Militar y Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, desde la Subdirección de Salud o quien haga sus veces, toda vez que es el punto de partida para la gestión integral del riesgo en salud. Parágrafo 3°. Cada Subsistema de Salud deberá disponer de las herramientas y procesos emitiendo los actos administrativos necesarios, para dar cumplimiento a las acciones enunciadas en los parágrafos anteriores.

Artículo 14. Planeación Integral de la Salud. Cada Subsistema de Salud realizará acciones de formulación, implementación, monitoreo y evaluación de la gestión y el gerenciamiento de Modelo, soportadas con la información del análisis de situación de salud nacional y la caracterización de la población, entre otros; en concordancia con los lineamientos que emita el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y la normatividad vigente aplicable al SSMP.

Artículo 15. Gestión del cambio. Este componente estratégico es fundamental para apoyar la implementación exitosa de los procesos de transformación que se generan en el desarrollo y ejecución del MATIS, lo que implica trabajar con y para las personas en una nueva cultura organizacional en la búsqueda de la aceptación, asimilación y reducción de la resistencia al cambio. Parágrafo. Cada Subsistema de Salud deberá realizar un plan operativo de gestión del cambio, el cual se presentará ante el Comité de Salud correspondiente, junto con el plan de acción en cada vigencia, así mismo, informes semestrales de avance.

CAPÍTULO II MÓDULO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Artículo 16. Definición del módulo. Se entiende como el conjunto de procesos y procedimientos mediante los cuales se diseña, verifica y controla el cumplimiento de la gestión financiera y del riesgo financiero, así como las condiciones de las tecnologías de la información y comunicación, capacidad técnico-administrativa, indispensables para la implementación del MATIS; componentes a través de los cuales se busca dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados al aseguramiento y a la prestación de servicios.

Artículo 17. Componentes de módulo. Los componentes del presente módulo son: a) Gestión financiera y del riesgo financiero; b) Gestión técnico-administrativa; c) Gestión de las tecnologías de la información y comunicación.

Artículo 18. Gestión Financiera y del Riesgo Financiero. La Dirección General de Sanidad Militar, y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional deberán identificar los riesgos derivados de la ocurrencia de siniestros no previstos por el asegurador, dentro de las evaluaciones y proyecciones de cada Subsistema; así mismo, desarrollar acciones en cumplimiento a las condiciones presupuestales, financieras y de solvencia del Sector, que les permita disponer de recursos para mitigar la materialización de los riesgos. Parágrafo. Cada Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares, Áreas y Seccionales de Sanidad de la Policía Nacional o quien haga sus veces, en calidad de prestadores de servicios de salud, establecerán los costos en salud.

Artículo 19. Gestión Técnico-Administrativa. Es el cumplimiento por parte de los Subsistemas de las condiciones legales, presupuestales, financieras, administrativas, contables, logísticas, capacidad científica-tecnológica y de la existencia de una política del talento humano en salud, que permitan el soporte de las actividades y servicios para el cumplimiento del MATIS.

Parágrafo 1°. Dentro de los componentes de este módulo se debe buscar la optimización de los recursos en pro de mejorar los resultados esperados en salud, que favorezcan la integralidad y calidad de la atención.

Parágrafo 2°. Cada Subsistema de Salud deberá disponer de una estructura orgánica y funcional en que se detalle la forma como se organizan las entidades que conforman el SSMP, en cumplimiento a los requerimientos del Modelo de Atención Integral en Salud.

Parágrafo 3°. Para el fortalecimiento del talento humano en salud se deben implementar acciones en cuatro ejes: 1. La formación y capacitación de masa crítica con enfoque familiar, comunitario y de salud operacional de acuerdo con la misionalidad en cada Subsistema. 2. La armonización con el esquema de cuidado integral y provisión de servicios. 3. El fortalecimiento del responsable de la planeación y gestión territorial en salud y 4. El mejoramiento de condiciones laborales.

Artículo 20. Gestión de las Tecnologías de la Información y Comunicación. Entiéndase como el conjunto de definiciones, procedimientos e instrumentos que facilitan de forma veraz, confiable, segura, suficiente y oportuna, la integración y provisión de la información requerida en los diferentes módulos y componentes del MATIS, desde la captura, validación, flujo y consolidación de datos, hasta la generación de informes y reportes, que permitan el monitoreo y evaluación de su implementación y gestión. Parágrafo.- Cada Subsistema de Salud debe adecuar, ajustar funcional y técnicamente la gestión de la información y comunicación, que incluya entre otros: infraestructura, tecnologías, canales de comunicación y sistemas de información en salud, para la estructuración, implementación y monitoreo del Modelo de Atención Integral en Salud. CAPÍTULO III Módulo de Gestión Integral de Riesgo en Salud

Artículo 21. Definición del módulo. La implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) en el SSMP para el Modelo de Atención Integral en Salud (MATIS), comprende la armonización, seguimiento, monitoreo y evaluación de acciones planificadas a los usuarios (individuo, familia y comunidad) por momento de curso de vida, mediante las rutas integrales, la intervención y mitigación de los riesgos para la salud de los usuarios, con un enfoque en promoción de la salud, detección temprana e intervención de la enfermedad y disminuir la aparición de la discapacidad.

Artículo 22. Componentes del módulo. Los componentes del presente módulo son: a) Identificación y clasificación del Riesgo en Salud; b) Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS); c) Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

Artículo 23. Identificación y Clasificación del Riesgo en Salud. Este componente implica utilizar diferentes fuentes estandarizadas de información interna y externa, entre otras: la caracterización de la población, los tamizajes, análisis de la situación de salud de las Entidades Territoriales, transición demográfica, vigilancia epidemiológica, uso de los servicios de salud, grupos de riesgo y/o cohortes, que permiten identificar y priorizar los problemas de salud de los usuarios del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, como punto de partida para la gestión integral del riesgo en salud, con el propósito de orientar la planeación estratégica y operativa concordante con las necesidades del usuario y la normatividad vigente.

Parágrafo 1°. Cada Subsistema de Salud dentro de sus competencias, deberá organizar las poblaciones según el curso de vida y los grupos de riesgo que puedan afectar la salud de las personas, de manera que la planeación de los servicios de salud sea costo efectivo.

Parágrafo 2°. El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional, deberá formular y gestionar la ruta integral de atención de salud operacional teniendo en cuenta el manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS del MSPS, buscando la articulación intrasectorial, que permita incidir sobre los determinantes operacionales en salud de la misionalidad de la Fuerza Pública.

Parágrafo 3°. En materia del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, cada Subsistema adoptará aquellos lineamientos, guías y protocolos de atención emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto Nacional de Salud, a los cuales esté obligado el SSMP.

Artículo 24. Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS). Cada Subsistema de Salud implementará el elemento estratégico de Atención Primaria en Salud (APS) que estará constituido por cuatro elementos integrados e interdependientes desde la promoción y mantenimiento de la salud hasta la rehabilitación y paliación, los cuales son:
1) Enfoque de salud familiar, comunitario y diferencial,
2) Acciones intersectoriales e intrasectoriales,
3) Participación social, comunitaria y ciudadana, y
4) cuidado de la salud, a fin de contribuir en una mejor calidad de vida a los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los sectores involucrados.

Parágrafo 1°. La gestión y articulación intrasectorial e intersectorial en cada Subsistema, deberá evidenciar las acciones y respuestas integrales con otros sectores que intervengan sobre los determinantes sociales en salud, incorporándolas en las políticas, planes, programas y proyectos de los entes competentes en pro del mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios del SSMP a nivel individual, familiar y comunitario.

Parágrafo 2°. Para el Sector Defensa cada Subsistema de Salud deberá coordinar con las dependencias de bienestar y/o familia, educación y doctrina, Seguridad y Salud en el Trabajo, áreas de gestión ambiental de las Fuerzas y todas aquellas dependencias que permitan incidir sobre los determinantes sociales en salud, con el fin de articular las estrategias para la atención integral de los usuarios del SSMP.

Artículo 25. Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Son una herramienta obligatoria que define a los integrantes del Sector Salud y de otros sectores, las intervenciones individuales, colectivas, poblacionales y acciones de gestión de salud pública requeridas para la promoción y mantenimiento de la salud como la gestión oportuna e integral de los principales riesgos en salud de los individuos, familias y comunidades. Cada Subsistema de Salud adoptará los lineamientos e implementación de las RIAS que emita el Ministerio de Salud y Protección Social al igual que las desarrolladas para el SSMP según la caracterización de la población, las cuales tienen como objetivo regular las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención en salud de las personas, familias y comunidades, por parte de los diferentes integrantes del SSMP y demás actores que tengan a su cargo acciones en salud, a efectos de contribuir al mejoramiento de los resultados en salud y reducir la carga de la enfermedad.

Parágrafo 1°. Las RIAS, deberán implementarse en los ámbitos territoriales, urbano, rural y con población dispersa, donde se encuentren usuarios del SSMP, según priorización.

Parágrafo 2°. Cada Subsistema debe buscar los mecanismos que permitan identificar e intervenir oportunamente factores de riesgo por grupos vulnerables y específicos, para evitar la aparición de una o varias condiciones de salud, así como realizar el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, según cada situación.

Parágrafo 3°. Las finalidades de las intervenciones individuales de Promoción y Mantenimiento de la Salud son la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones; la protección específica y la educación para la salud, mediante acciones intersectoriales e intrasectoriales, las intervenciones de carácter individual, familiar y colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades.

CAPÍTULO IV MÓDULO DE GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Artículo 26. Definición del módulo. Son un conjunto de herramientas entendidas como políticas, planes, programas, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías y documentos técnicos que se implementan de forma integral en la prestación de los servicios de

salud, garantizando el acceso y la atención oportuna, continua, integral y resolutiva a los usuarios de SSMP. bajo los principios de un servicio humanizado y seguro.

Artículo 27. Componentes del módulo. Los componentes del presente módulo son:
a) Redes Integrales de Servicios en Salud (RISS);
b) Enfoque hacia la atención al usuario y humanización del servicio.

Artículo 28. Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS). Cada Subsistema de Salud definirá la RISS, entendida como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y/o privados, propios y contratados ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MATIS: con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario, bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud continua, integral, resolutiva a la población; contando con los recursos humanos, técnicos, presupuestales, financieros y físicos; para garantizar la gestión adecuada, así como los resultados en salud. Parágrafo 1°. Las redes de servicios RISS estarán organizadas por prestadores primarios y complementarios destinados a la atención integral en salud de los usuarios del Sistema. Las redes se ajustarán según el ámbito territorial donde operen.

Parágrafo 2°. Los Establecimientos de Sanidad Militar (ESM) y Establecimientos de Sanidad Policial (ESP) que se definan como prestadores primarios deben evidenciar una capacidad instalada concomitante con los requerimientos al prestador primario en las RIAS; así mismo, cumpliendo con los parámetros establecidos dentro del Sistema Integrado de Gestión determinado en el SSMP y podrán suplementarse dentro del territorio con la prestación de los servicios primarios contratados. De la misma manera, se debe organizar el prestador complementario de los servicios, teniendo en cuenta la cercanía geográfica y la accesibilidad para el usuario.

Parágrafo 3°. Entiéndase como puerta de entrada para la atención integral de salud, los prestadores primarios y los definidos en el sistema de referencia y contrarreferencia.

Parágrafo 4°. El monitoreo y control de las Redes Integrales de Servicios de Salud del SSMP, busca propender por una atención integral en salud que sea oportuna, segura, accesible y con calidad para el usuario, por lo tanto, desde el Sistema Integrado de Gestión -SIG- se hace necesario que el Sistema de Calidad en Salud de cada subsistema, establezca los parámetros, criterios y estándares para evaluar las redes definidas.

Parágrafo 5°. En cumplimiento a los principios de equidad e igualdad, los usuarios que están referenciados para la atención en el Hospital Militar Central (HOMIC) como unidad prestadora primaria tendrán que ser referenciados con los criterios del MATIS, de acuerdo al ámbito territorial y puertas de entrada del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

Artículo 29. Organización por Territorios. Cada Subsistema de Salud se organizará administrativamente por regionales para coordinar las Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS) según el territorio; en el caso del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares se fortalecerá la integración funcional para la gestión y la prestación de servicios de salud, así como la administración y gestión de las RISS - establecidas en virtud del modelo, para asegurar el acceso a la prestación de servicios a los usuarios asignados en cada territorio.

Parágrafo.- Las Direcciones de Sanidad y los Establecimientos de Sanidad conservarán la naturaleza, y funcionalidad establecida en la normatividad vigente.

Artículo 30. Enfoque hacia la atención al usuario y humanización del servicio. Cada Subsistema deberá implementar los parámetros y lineamientos definidos por el CSSMP, enmarcados en los principios de servicio humanizado y seguro, participación comunitaria, equidad y valores institucionales fundamentados en el respeto, solidaridad, tolerancia, trabajo en equipo y comunicación, en beneficio del mejoramiento continuo de la prestación de los servicios y la convivencia laboral.

Parágrafo 1°. Frente a la prestación de servicios de salud los usuarios tienen una corresponsabilidad enmarcada en los deberes y derechos determinados por la legislación y dentro del marco normativo vigente, estos serán divulgados y comunicados por cada Subsistema de Salud. Parágrafo 2°. Cada Subsistema de Salud deberá propender por realizar las acciones tendientes a garantizar la participación de los usuarios, asociaciones y redes de usuarios en las propuestas para la formulación de políticas, planes, programas y proyectos de salud de acuerdo a la competencia, así como la implementación, seguimiento y evaluación de los mismos.

TÍTULO III IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL MATIS

Artículo 31. Comité de Implementación y Control del Modelo de Atención Integral en Salud (CIMCO-MATIS). Órgano de gerenciamiento estratégico que se debe instaurar en cada Subsistema de Salud, encargado de coordinar y gestionar los procesos y actividades que se requieran para la implementación y control de los objetivos del MATIS que conlleve a lograr mejores resultados en salud para los usuarios de SSMP.

Parágrafo 1°. Para el caso del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares el CIMCO-MATIS, estará liderado por el Director General de Sanidad Militar y harán parte los Directores de Sanidad de cada Fuerza, los Subdirectores y los líderes de los procesos que se definan al interior.

Parágrafo 2°. Para el caso del Subsistema de Salud de la Policía Nacional el CIMCOMATIS, estará liderado por el Director de Sanidad de la Policía Nacional y harán parte de él los jefes de las oficinas asesoras, de área o quien haga sus veces y los líderes de los procesos que se definan al interior.

Parágrafo 3°. La conformación y la gestión del CIMCO-MATIS se debe evidenciar en los documentos y/o actas que se emitan desde el mismo. Actuará como Secretario en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el Subdirector de Salud y para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional será el jefe del Área de Gestión de Servicios de Salud o quien haga sus veces.

Parágrafo 4°. El CIMCO-MATIS aprobará el plan de implementación del modelo en cada Subsistema y de manera trimestral presentará los informes de avance al Comité de Salud correspondiente y al CSSMP cuando lo requiera.

Artículo 32. Progresividad y gradualidad. La implementación del MATIS será de forma progresiva y gradual, articulando el conjunto de políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías y documentos técnicos que emita el Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS y demás entidades que rigen la materia; los cuales en todo caso deberán ser adoptados para el SSMP.

Artículo 33. Integración de los módulos. Los módulos y componentes descritos anteriormente deberán estar articulados y armonizados entre sí, conforme al anexo técnico que hace parte integral del presente Acuerdo.

Parágrafo 1°. La implementación, desarrollo y mantenimiento de los módulos y componentes del MATIS requieren una adecuada planeación y coherencia financiera, articulada con todos los actores del SSMP y otras entidades intersectoriales.

Parágrafo 2°. El MATIS permite adaptarse a los territorios conforme al análisis de la situación en salud, la transición demográfica de la población, la caracterización de la población, la identificación del riesgo en salud, la georreferenciación, la disponibilidad de capacidades y cambios normativos aplicables al SSMP.

Artículo 34. Retroalimentación y planes de mejora. El MATIS requiere de manera dinámica y constante procesos de evaluación, medición, control y retroalimentación para la mejora de su desempeño y de los resultados en salud, a través de la formulación de planes de mejora que desarrollen estrategias de incorporación de cambios de procesos en relación con la participación

social, mecanismos de incentivos, de financiamiento y de difusión e información; desde el aseguramiento hasta la prestación de servicios de salud.

Parágrafo. Cada Subsistema debe definir los indicadores que permitan medir los resultados de implementación del MATIS.

Artículo 35. Financiación y recursos. Los recursos económicos, técnicos, talento humano, tecnológicos y de infraestructura para la financiación e implementación gradual y progresiva del MATIS, estarán inmersos dentro del presupuesto asignado a cada Subsistema de Salud para la respectiva vigencia.

Parágrafo. Si en el desarrollo de la implementación del MATIS, se hace necesario la consecución de recursos para alguno de sus componentes, se realizará la gestión correspondiente para la formulación e inscripción de proyectos, planes y programas acorde a las necesidades y metodologías establecidas, dentro del marco del gasto de mediano plazo establecido por el Gobierno Nacional para el sector Defensa. TÍTULO IV DISPOSICIONES FINALES Artículo

36. Vigencia. El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación y deroga los Acuerdos 004 de 1997, 047 del 1998, 005 de 2001, 062 de 2015 y las demás normas que le sean contrarias.

Publíquese, comuníquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a los 2 días del mes de agosto de 2019.
El Presidente Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, Gonzalo Muñoz Arboleda. El Secretario Técnico Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, Orlando Segura Gutiérrez. (C. F.).