REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2

No. GS-2021-114520**/UPRES-JEFAD-29.25**

Ibagué, 29 OCT 2021

Señores
Representantes Legales de Hospitales
Tolima

Asunto: Invitación a presentar oferta proceso de Contratación **PN RASES CD 061 2021**

La Regional en Aseguramiento en Salud No. 2, se permite invitarlo a presentar oferta para el proceso de contratación **PN RASES CD 061 2021** cuyo objeto es la ***"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, SEGÚN LOS ACUERDOS 002 DE 2001 Y 052 DE 2013 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2 EN LOS MUNICIPIOS DE ALPUJARRA, CASABIANCA, DOLORES, FALAN, LA VICTORIA-CALDAS,MARIQUITA, NATAGAIMA, RIOBLANCO,ROVIRA, SAN ANTONIO, SAN LUIS, SANTA ISABEL Y VILLAHERMOSA".***

1. INFORMACIÓN GENERAL

La presente Invitación contiene disposiciones de tipo general aplicables a los diferentes procesos que efectúa la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2; igualmente cuenta con anexos dispuestos y preparados por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2 y formularios los cuales deben ser diligenciados en su integridad por el representante legal.

2. DATOS DEL PROCESO.

OBJETO	***"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, SEGÚN LOS ACUERDOS 002 DE 2001 Y 052 DE 2013 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2 EN LOS MUNICIPIOS DE ALPUJARRA, CASABIANCA, DOLORES, FALAN, LA VICTORIA-CALDAS,MARIQUITA, NATAGAIMA, RIOBLANCO,ROVIRA, SAN ANTONIO, SAN LUIS, SANTA ISABEL Y VILLAHERMOSA".***
FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA MODALIDAD DE SELECCIÓN	***CONVENIOS O CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS*** La modalidad de selección bajo la cual se adelantará el presente proceso, teniendo en cuenta las Leyes 1150 de 2007, 1474 de 2011 y el Decreto 1082 de 2015, será: CONTRATACIÓN DIRECTA: Artículo 2, numeral 4, literal C, inciso 1° de la Ley 1150 de 2007.

	Capítulo 2, Sección 1, Subsección 4, artículo 2.2.1.2.1.4.1 del Decreto 1082 de 2015. CONVENIOS O CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS: Capítulo 2, Sección 1, Subsección 4, artículo 2.2.1.2.1.4.4 del Decreto 1082 de 2015. El presente proceso se realizará de conformidad con lo establecido en la Ley 1150 de 2007 en su artículo 2º numeral 4, literal C, inciso 1° (modificado por el artículo 92 de la Ley 1474 de 2011), el artículo 2.2.1.2.1.4.4 del Decreto 1082 de 2015 y las Resoluciones 03049 de 2014 y 00090 de 2018 "*Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional, adoptado mediante Resolución No. 03049 de 2014.*"
PARTICIPANTES	• **ENTIDAD:** E.S.E. HOSPITAL SAN ISIDRO • **NIT**: 800025221-1 • **DIRECCIÓN:** CRA 5 #5-43 • **CORREO:** esesanisidroalpujarra@hotmail.com • **ENTIDAD:** E.S.E. HOSPITAL SANTO DOMINGO • **NIT**: 800031724-9 • **DIRECCIÓN:** Calle 6 No. 2-50 • **CORREO:** hospitalsantodomingo@hospitalsantodomingo.gov.co • **ENTIDAD:** HOSPITAL SAN RAFAEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO • **NIT**: 890700568-4 • **DIRECCIÓN:** CRA 6 #9-02 • **CORREO:** hospitalsanrafaeldolores@gmail.com • **ENTIDAD:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA ANA NIVEL I DEL MUNICIPIO DE FALAN • **NIT**: 800193490-5 • **DIRECCIÓN:** CALLE 6 #2-20 • **CORREO:** gerencia@hospitalsantaanafalan.gov.co • **ENTIDAD:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN SIMON DE VICTORIA • **NIT**: 890802628-6 • **DIRECCIÓN:** Carrera 4 No 8 - 23 • **CORREO:** hsansimon423@yahoo.es • **ENTIDAD:** HOSPITAL SAN JOSÉ • **NIT**: 890706067-3 • **DIRECCIÓN:** carrera 4 entre calles 10 y 11 Mariquita Tolima. • **CORREO:** gerencia@hospitalsanjosedemariquita.gov.co • **ENTIDAD:** HOSPITAL SAN ANTONIO E.S.E. DE NATAGAIMA TOLIMA • **NIT**: 800182136-5 • **DIRECCIÓN:** Calle 6 Cra 11 Esquina • **CORREO:** h.santonat@hotmail.com • **ENTIDAD:** HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E • **NIT**: 890700694-4 • **DIRECCIÓN:** Kra 1 No 3A-30 • **CORREO:** contactenos@hospitalrioblanco.gov.co • **ENTIDAD:** HOSPITAL SAN VICENTE E.S.E • **NIT**: 809005719-4

	• **DIRECCIÓN:** CRA 7 CALLE 4 ESQUINA • **CORREO:** hospital.sanvicente@hotmail.com • **ENTIDAD:** HOSPITAL LA MISERICORDIA E.S.E • **NIT**: 890701922-3 • **DIRECCIÓN:** CL 7No 8-61 • **CORREO:** hospitallamisericordia@gmail.com • **ENTIDAD:** HOSPITAL SERAFIN MONTAÑA CUELLAR ESE • **NIT**: 809001086-2 • **DIRECCIÓN:** KRA 5 CALLE 5 • **CORREO:** gerencia@hospitalserafinmontana.gov.co • **ENTIDAD:** HOSPITAL CARLOS TORRENTE LLANO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO • **NIT**: 890701543-5 • **DIRECCIÓN:** CRA 8 CALLES 3 Y 4 • **CORREO:** hctl@hospitalcarlostorrente.gov.co • **ENTIDAD:** HOSPITAL ISMAEL PERDOMO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO • **NIT**: 890704505-9 • **DIRECCIÓN:** CALLE 12 #4-221 • **CORREO:** hos4221@yahoo.com
LUGAR DE PRESTACION DEL SERVICIO	Los servicios objeto del presente proceso se prestaran en las instalaciones o sedes ofrecidas por los oferentes en los municipios de ALPUJARRA, CASABIANCA, DOLORES, FALAN, LA VICTORIA-CALDAS,MARIQUITA, NATAGAIMA, RIOBLANCO,ROVIRA, SAN ANTONIO, SAN LUIS, SANTA ISABEL Y VILLAHERMOSA", los cuales deben encontrarse debidamente habilitados e inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de la Secretaria de Salud Departamental.
FORMA DE ADJUDICACIÓN DEL CONTRATO	La adjudicación del presente proceso de selección se efectuará en forma parcial por grupos siempre que cumplan con la totalidad de los requisitos mínimos exigidos. No se aceptarán propuestas ALTERNATIVAS, de hacerse de esta manera no serán tenidas en cuenta y solo se evaluará y verificará aquella oferta básica que cumpla con los requisitos señalados en la invitación pública.
FORMA Y PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	El plazo de ejecución de los contratos que se suscriban como resultado del proceso de contratación, será hasta el 30 de junio de 2022 y/o hasta agotar el presupuesto, tiempo durante el cual el CONTRATISTA deberá dar cumplimiento a la prestación que se obliga. Dicho plazo iniciará a partir de la entrega de la carta de inicio de ejecución del contrato. Una vez celebrado el contrato, los servicios deben ser prestados por el CONTRATISTA en forma de **tracto sucesivo** y de acuerdo con los requerimientos y necesidades de La Regional de Aseguramiento en Salud No.2-Unidad prestadora de salud Tolima e inicia una vez se surtan los tramites de perfección legalización y se expida la respectiva carta de inicio. a) Cumplir con el sistema obligatorio de Garantía de Calidad, los requisitos del sistema único de habilitación y las condiciones sanitarias, que fijen las autoridades competentes tanto del orden nacional como territorial.

b) Designar un funcionario que cumpla funciones de enlace con el supervisor, tanto para la atención de pacientes como problemas administrativos financieros.

c) Prestar único y exclusivamente el servicio dispuesto mediante autorización firmada por el facilitador o Coordinador del Establecimiento de Sanidad Policial y/o Medico de Referencia del Unidad Prestadora de salud Tolima.

d) Cumplir con las condiciones técnicas y el recurso humano ofrecidos al momento de presentar la propuesta.

e) Presentar plan de contingencia en el evento de casos de fuerza mayor con los profesionales.

f) Informar al supervisor del contrato designado por el ordenador del gasto una vez éste se encuentre ejecutado en un Cincuenta (50%) y Ochenta (80%).

g) El contratista prestará en forma continua y permanente los servicios a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional- Unidad prestadora de salud Tolima, bajo los principios de eficacia, universalidad, calidad y solidaridad.

h) El oferente deberá prestar el servicio siempre que el usuario presente la orden expedida por la oficina de Referencia y Contrarreferencia del Unidad prestadora de salud Tolima y la documentación para la acreditación de derechos de los usuarios.

DOCUMENTOS PARA ACREDITAR DERECHOS SON:	**DOCUMENTOS**
Usuario Activo	Carné de identificación policial y cédula de ciudadanía **VIGENTES**
Usuario Retirado	Carné de asignación de retiro o certificación vigente expedida por la Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional CASUR y cédula de ciudadanía
Usuario Pensionado	Carné de pensionado o certificación vigente expedida por la Caja General de la Policía Nacional CAGEN y cédula de ciudadanía.
Usuario Beneficiario	Carné y documento de identificación del beneficiario (Cédula Ciudadanía, Tarjeta de identidad ó Registro Civil). El beneficiario puede acreditar el derecho al servicio con una certificación de la Oficina de Registro y Control de Usuarios del Unidad Prestadora de salud Tolima

I) Los servicios que se presten con posteridad al plazo de ejecución o a la terminación del presupuesto asignado no serán asumidos por la Unidad Prestadora de salud Tolima-Regional de Aseguramiento en Salud No.2.

PRESUPUESTO OFICIAL	El valor estimado para el presente proceso de contratación es la suma de ciento cincuenta millones novecientos mil pesos M/CTE $ 150.900.000,00 distribuidos así:

	PARA LA VIGENCIA ACTUAL 2021: La suma de treinta millones setecientos ochenta mil pesos M/CTE $ 30.780.000,00. **PARA LA VIGENCIA FUTURA 2022**: La suma de ciento veinte millones ciento veinte mil pesos M/CTE $ 120.120.000,00 **GRUPO I "MUNICIPIO DE ALPUJARRA**": por valor de cuatro millones quinientos mil pesos M/CTE $4.500.000,00 distribuidos así: para la vigencia actual 2021 la suma de novecientos mil pesos M/CTE $ 900.000,00, y para la vigencia futura 2022 la suma de tres millones seiscientos mil pesos M/CTE $ 3.600.000,00. **GRUPO II "MUNICIPIO DE CASABIANCA":** por valor de cuatro millones quinientos mil pesos M/CTE $4.500.000,00 distribuidos así: para la vigencia actual 2021 la suma de novecientos mil pesos M/CTE $ 900.000,00, y para la vigencia futura 2022 la suma de tres millones seiscientos mil pesos M/CTE $ 3.600.000,00. **GRUPO III "MUNICIPIO DE DOLORES":** por valor de cuatro millones quinientos mil pesos M/CTE $4.500.000,00 distribuidos así: para la vigencia actual 2021 la suma de novecientos mil pesos M/CTE $ 900.000,00, y para la vigencia futura 2022 la suma de tres millones seiscientos mil pesos M/CTE $ 3.600.000,00. **GRUPO IV "MUNICIPIO DE FALAN":** por valor de once millones setecientos mil pesos M/CTE $11.700.000,00 distribuidos así: para la vigencia actual 2021 la suma de dos millones trecientos cuarenta mil pesos M/CTE $ 2.340.000,00, y para la vigencia futura 2022 la suma de nueve millones trecientos sesenta mil pesos M/CTE $ 9.360.000,00. **GRUPO V "MUNICIPIO DE LA VICTORIA – CALDAS":** por valor de siete millones doscientos mil pesos M/CTE $7.200.000,00 distribuidos así: para la vigencia actual 2021 la suma de un millón cuatrocientos cuarenta mil pesos M/CTE $ 1.440.000,00, y para la vigencia futura 2022 la suma de cinco millones setecientos sesenta mil pesos M/CTE $ 5.760.000,00. **GRUPO VI "MUNICIPIO DE MARIQUITA":** por valor de sesenta millones de pesos M/CTE $60.000.000,00 distribuidos así: para la vigencia actual 2021 la suma de doce millones de pesos M/CTE $ 12.000.000,00, y para la vigencia futura 2022 la suma de cuarenta y ocho millones de pesos M/CTE $ 48.000.000,00. **GRUPO VII "MUNICIPIO DE NATAGAIMA":** por valor de nueve millones cuatrocientos cincuenta mil pesos M/CTE $9.450.000,00 distribuidos así: para la vigencia actual 2021 la suma de un millón ochocientos noventa mil pesos M/CTE $ 1.890.000,00, y para la vigencia futura 2022 la suma de siete millones quinientos sesenta mil pesos M/CTE $ 7.560.000,00. **GRUPO VIII "MUNICIPIO DE RIOBLANCO":** por valor de cuatro millones quinientos mil pesos M/CTE $4.500.000,00 distribuidos así: para la vigencia actual 2021 la suma de novecientos mil pesos M/CTE $ 900.000,00, y para la vigencia futura 2022 la suma de tres millones seiscientos mil pesos M/CTE $ 3.600.000,00.

	GRUPO IX "MUNICIPIO DE ROVIRA": por valor de quince millones setecientos cincuenta mil pesos M/CTE $15.750.000,00 distribuidos así: para la vigencia actual 2021 la suma de tres millones setecientos cincuenta mil pesos M/CTE $ 3.750.000,00, y para la vigencia futura 2022 la suma de doce millones de pesos M/CTE $ 12.000.000,00. **GRUPO X "MUNICIPIO DE SAN ANTONIO":** por valor de seis millones trescientos mil pesos M/CTE $6.300.000,00 distribuidos así: para la vigencia actual 2021 la suma de un millón doscientos sesenta mil pesos M/CTE $ 1.260.000,00, y para la vigencia futura 2022 la suma de cinco millones cuarenta mil pesos M/CTE $ 5.040.000,00. **GRUPO XI "MUNICIPIO DE SAN LUIS":** por valor de nueve millones de pesos M/CTE $9.000.000,00 distribuidos así: para la vigencia actual 2021 la suma de un millón ochocientos mil pesos M/CTE $ 1.800.000,00, y para la vigencia futura 2022 la suma de siete millones doscientos mil pesos M/CTE $ 7.200.000,00. **GRUPO XII "MUNICIPIO DE SANTA ISABEL":** por valor de seis millones trecientos mil pesos M/CTE $6.300.000,00 distribuidos así: para la vigencia actual 2021 la suma de un millón doscientos sesenta mil pesos M/CTE $ 1.260.000,00, y para la vigencia futura 2022 la suma de cinco millones cuarenta mil pesos M/CTE $ 5.040.000,00. **GRUPO XIII "MUNICIPIO DE VILLAHERMOSA":** por valor de siete millones doscientos mil pesos M/CTE $7.200.000,00 distribuidos así: para la vigencia actual 2021 la suma de un millón cuatrocientos cuarenta mil pesos M/CTE $ 1.440.000,00, y para la vigencia futura 2022 la suma de cinco millones setecientos sesenta mil pesos M/CTE $ 5.760.000,00.
FORMA DE PAGO	Se pagará al **CONTRATISTA** el valor del contrato que resulte del presente proceso de manera mensual, dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la radicación de la factura comercial en la Ventanilla Única - Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Tolima, y asignación del turno para pago respectivo, acompañada de constancia de recibo a satisfacción de los servicios prestados, expedida por parte del supervisor del contrato junto con la acreditación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales. Respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016 y demás normatividad vigente. En el evento en el que la facturación la efectúe el consorcio o unión temporal bajo su propio NIT, de conformidad con lo establecido en el artículo 11 del Decreto 3050 de 1997 y demás normas que lo complementen, modifiquen o adicionen; la factura, además de señalar el porcentaje o valor del ingreso que corresponda a cada uno de los miembros del consorcio o unión temporal, indicará el nombre o razón social y el NIT de cada uno de ellos. Estas facturas deberán cumplir los requisitos señalados en las disposiciones legales y reglamentarias. Los documentos deben ser tramitados en la Ventanilla Única-Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Tolima, de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1150 de 2007, se asignará turno y número de radicación.

	En caso que el CONTRATISTA presente los documentos requeridos para el pago después del día seis (6) hábil del mes, los pagos se realizarán dentro de los (60) días hábiles siguientes a la fecha de la radicación. En todo caso, los pagos están sujetos a la disponibilidad de PAC y ubicación de los recursos por parte del Nivel Central. La factura debe cumplir con los requisitos establecidos en el Anexo No. 5 de la Resolución 4331 de 2012 del Ministerio de Salud y de la Protección Social. **Los soportes de las facturas se presentarán legajados en carpeta 4 aletas en cartulina blanca tipo propalcote máximo 250 folios por carpeta, legajado a tamaño oficio, sin documentos en formato fax, dando cumplimiento a la Ley de Archivo Documental del Archivo General de la Nación, anexando copia del contrato.** Los pagos previstos se acreditarán a la cuenta a favor del CONTRATISTA, o en otro banco o cuenta que éste designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias, por medio de aviso escrito con no menos de sesenta (60) días de anticipación, acompañado de certificación bancaria original con fecha de expedición no superior a treinta (30) días calendario, a nombre de la firma contratista. Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de Ley. **PROCEDIMIENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA EMISIÓN DEL RAS** El contratista debe allegar durante los primeros cinco (5) días hábiles del mes subsiguiente a la emisión de la factura, esta con los soportes RIPS, formato en Excel de la siguiente información en el siguiente orden: número de factura, fecha de la factura, fecha de prestación del servicio, nombre del usuario, documento de identificación, diagnóstico, procedimiento y valor facturado, el RAS técnico económico, con el fin de radicar la factura en la ventanilla única de radicación. Todas las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del CONTRATISTA, quien no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. Lo mismo se predicará en el caso de que el CONTRATISTA no elabore y presente el recibo a satisfacción en la Unidad Prestadora de Salud Tolima. **REQUISITOS QUE DEBE CUMPLIR LA FACTURA:** Las facturas a entregar por parte del prestador del servicio deben cumplir con lo dispuesto en las Resoluciones 000042 y 000094 de 2020 de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN).

Las Facturas deben estar sistematizadas en el módulo SISAP WEB de la Policía Nacional, el cual generara un número pre radicado presentar impreso (código de verificación), la entidad ingresara al módulo de validación en la dirección; URL para el ingreso de las IPS al módulo de cuentas médicas SISAP WEB. https://recum.policia.gov.co:8080/cm/recum/Vista/frLogin.aspx con usuario y contraseña suministrado por parte de la Unidad Prestadora de Salud Tolima, Oficina Central de cuentas; se anexa guía de instrucción para el manejo técnico. La entidad que aún no cuente con usuario y contraseña para el ingreso a la plataforma deberá enviar la siguiente información al correo electrónico detol.upres-ccu@policia.gov.co en el caso de Tolima y la Dorada - Caldas con los datos del funcionario encargado de facturar y validar los RIPS.

MUNICIPIO	ENTIDAD	CC	RESPONSABL	USUARIO	CONTRASEÑA	TEL FIJO	CELULAR	COD HABILI	CORREO ELECT

Las facturas deben estar dirigidas a la Regional De Aseguramiento en Salud Número 2, con NIT: 900.419.719-1

1. El CD con la información de los RIPS de igual forma debe llegar anexo a la factura.
2. Una vez estén radicadas en el módulo, las facturas físicas deben traer el pre-radicado impreso como tapa de las facturas a entregar.
3. El correo para recibir la facturación electrónica es detol.upres-ccu@policia.gov.co.
4. Las fechas establecidas para recibir facturación estas definidas en el archivo adjunto.
5. Las entidades que son sin ánimo de lucro deben anexar copia del acto administrativo.
6. Siempre se debe anexar el certificado de parafiscales.
7. Denominación: la factura debe denominarse expresamente factura de venta y debe estar pre-impreso.
8. Identificación del prestador de Servicios: debe indicarse claramente apellidos, nombre o razón social y NIT del prestador debe estar pre-impreso.
9. Numeración consecutiva: numeración consecutiva pre-impreso que debe corresponder a la numeración autorizada por la Dirección General de Impuestos y aduanas nacionales (algunos prestadores para diferenciar las facturas por rubros emplean prefijos alfabéticos, pero estos no deben exceder las cuatro letras).
10. Fecha de su expedición: que corresponda a la prestación del servicio.
11. Descripción detallada de los servicios prestados: relación pormenorizada de los servicios prestados al usuario, discriminando el valor unitario de los servicios y la cantidad de los mismos.
12. Valor total de los Servicios: sumatoria de los valores totales por servicio.

Para recibir la facturación electrónica se debe tener en cuenta lo dispuesto por parte del Gobierno Nacional.

SOPORTES DE FACTURAS SEGÚN TIPO DE SERVICIO PRESTADO

1. Consultas ambulatorias:

a. Factura o documento equivalente.
b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
c. Autorización. Si aplica
d. Comprobante de recibido del usuario.
e. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades
f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

2. Servicios odontológicos ambulatorios:

a. Factura o documento equivalente.
b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
c. Autorización. Si aplica.
d. Comprobante de recibido del usuario.
e. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
f. Odontograma.
g. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

3. Exámenes de laboratorio, imágenes y otras ayudas diagnósticas ambulatorias:

a. Factura o documento equivalente.
b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
c. Autorización. Si aplica.
d. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico. Excepto en aquellos exámenes contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.
e. Comprobante de recibido del usuario.
f. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
g. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

4. Procedimientos terapéuticos ambulatorios:

a. Factura o documento equivalente.
b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
c. Autorización. Si aplica.
d. Comprobante de recibido del usuario.
e. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

5. Medicamentos de uso ambulatorio:

a. Factura o documento equivalente.
b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
c. Autorización. Si aplica
d. Comprobante de recibido del usuario.
e. Fotocopia de la fórmula médica.
f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

6. Insumos, oxígeno y arrendamiento de equipos de uso ambulatorio:

a. Factura o documento equivalente.
b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
c. Autorización. Si aplica
d. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
e. Comprobante de recibido del usuario.
f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

7. Atención inicial de urgencias:

a. Factura o documento equivalente.
b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
c. Autorización. Si aplica.
d. Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación.
e. Copia de la hoja de administración de medicamentos.
f. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.
g. Comprobante de recibido del usuario.
h. Lista de precios si se trata insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.
i. Copia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito.
j. Copia del informe patronal de accidente de trabajo (IPAT) o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente. En caso de accidente de trabajo.
k. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

Adicionalmente, se solicita los siguientes soportes en las cuentas de URGENCIAS MÉDICAS:

- Formato de información a terceros.
- Certificación bancaria.
- Fotocopia del RUT.
- Fotocopia cédula representante legal.
- Código de la atención inicial de urgencias generado por la central de referencia de la Dirección de Sanidad Nacional y/o autorización de servicios posteriores por parte de referencia y

contra referencia de la los cuales se solicitan a los correos disan.refer-nal@policia.gov.co; y disan.refer-griss@policia.gov.co;

- Listado adicional de soportes según el tipo de servicio facturado, conforme al anexo No.5 de la Resolución 3047 de 2008.

8. Servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria):

a. Factura o documento equivalente.
b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
c. Autorización. Si aplica.
d. Resumen de atención o epicrisis.
e. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos.
f. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados
en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.
g. Descripción quirúrgica.
h. Registro de anestesia.
i. Comprobante de recibido del usuario.
j. Lista de precios si se trata de insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.
k. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.
l. Fotocopia del informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.
m. Fotocopia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito

9. Ambulancia:

a. Factura o documento equivalente.
b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
c. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos. Si aplica
d. Autorización. Si aplica
e. Hoja de traslado.
f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

10. Honorarios profesionales:

a. Factura o documento equivalente.
b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
c. Autorización. Si aplica
d. Comprobante de recibido del usuario.
e. Descripción quirúrgica. Si aplica.
f. Registro de anestesia. Si aplica.
g. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

DOCUMENTOS ADICIONALES A LA CUENTA DE COBRO.

- Acreditación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, pensiones y riesgos profesionales; respecto al pago de parafiscales se aplicará lo establecido en la normatividad vigente.
  Copia del contrato
- Certificación bancaria

Si los documentos en referencia son devueltos por la Regional de Aseguramiento en Salud N° 2 por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la Regional de Aseguramiento en Salud N° 2, se obliga a la asignación nuevamente del turno, siempre y cuando se hubieren subsanado las observaciones y se haya cumplido con el trámite documental dentro del plazo indicado.

Una vez radicada la factura por parte del contratista, el supervisor del contrato dentro de los (2) días hábiles siguientes a su recepción, deberá revisar los documentos y soportes para expedir el Recibo a Satisfacción Técnico-Económico y devolver la cuenta junto con los soportes a la Central de Cuentas para continuar con el trámite de pago respectivo.

El recibo a satisfacción, aunque se encuentre suscrito por el supervisor del contrato, no implica el recibo o aprobación definitiva por parte de la POLICIA NACIONAL y por consiguiente, no exime al CONTRATISTA de su responsabilidad en cuanto a la calidad del servicio prestado o de cualquier otra obligación contractual o de responsabilidad civil.

Es importante mencionar que de conformidad con el sistema de tributación en Colombia cuyos principios y preceptos normativos son exigidos por el Estatuto Tributario, el cual por tratarse de una norma procedimental, tiene aplicabilidad en todos los impuestos (nacionales, departamentales y municipales); así mismo hay que tener en cuenta que es deber del estado actuar como agente retenedor en el recaudo de los impuestos a título de anticipo por intermedio de los establecimientos públicos del orden nacional. Por lo anterior es importante mencionar la responsabilidad del Unidad prestadora de salud Tolima en la aplicabilidad de estos gravámenes a las tarifas establecidas según cada concepto de retención y de acuerdo con la clasificación o tipo de contribuyente. (Retención en la fuente, Retención en la fuente por IVA, Retención del impuesto de industria y comercio y Sobretasa bomberil).

PARÁGRAFO 1: AUDITORIA DE CUENTAS

La facturación presentada estará sujeta a la auditoría de cuentas, para lo cual el responsable de la ventanilla única – central de cuentas UPRES Tolima, tramitará la cuenta acompañada del recibo a satisfacción técnico, para que se realice la auditoria, según los tiempos estipulados en el Artículo 57 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011.

PARÁGRAFO 2: TRAMITE DE GLOSAS

En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad con los tiempos establecidos en el Artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

PARÀGRAFO 3: CONCILIACION DE GLOSAS

En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitarán de conformidad con lo establecido en el ARTÍCULO 57 de la ley 1438 del 19 de enero de 2011 el cual a la letra expresa:

"*Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.*

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas.

Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley."

Si no se llegara a una conciliación efectiva en la Regional de Aseguramiento en Salud No. 2, la siguiente instancia será el Grupo de Auditoría de Cuentas Médicas y Concurrencia de la Dirección de Sanidad.

AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS A LAS FACTURAS RADICADAS MANUALMENTE

Una vez se realicen las actividades estipuladas en la guía de lineamientos para la radicación y obligación de cuentas medicas definido por el Central de Cuentas de la DISAN, las facturas deben ser entregadas al médico auditor, con el fin de

iniciar el proceso de auditoría.

El médico auditor, verificará 100% de las cuentas médicas con los soportes correspondientes, según lo regula el Decreto 4747 de 2007 "*Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago del os servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones*" o la norma que lo adicione, modifique o sustituya; y la Resolución 3047 de 2008 "*Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables de pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007*".

Si una vez verificada la cuenta, el auditor médico determina que hay una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, actuara dentro de los tiempos establecidos según la Ley 1438 de 2011 "*Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*" en su artículo 57 "*tramite de glosas*":

- Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

- El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

- Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas nuevamente a la entidad responsable del pago.

RESPUESTA Y CONCILIACION DE GLOSA

El auditor médico de cuentas procede a revisar los soportes enviados por el prestador en relación a la objeción presentada en la revisión inicial, verificando se haya subsanado la novedad objetada, se anexen los soportes correspondientes o se acepte por parte del prestador la glosa, la respuesta del prestador deberá corresponder a las siguientes explicaciones de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008:

CÓDIGO	CAUSA	EXPLICACION
996	Glosa o devolución injustificada	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la Unidad de Sanidad Policial que la glosa o devolución es injustificada al 100%.
997	No subsanada (Glosa o devolución Totalmente aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la Unidad de Sanidad Policial que la glosa o devolución ha sido aceptada al 100%.
998	Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la Unidad de Sanidad Policial que la glosa o devolución ha sido aceptada parcialmente.
999	Subsanada (Glosa o Devolución No Aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la Unidad de Sanidad Policial que la glosa o devolución siendo justificada ha podido ser subsanada totalmente.

En caso que la novedad sea subsanada por el prestador, el auditor levantara la glosa y se procede a realizar la certificación de auditoria para el pago del valor correspondiente, la cual debe realizarse en el formato código 1AR-FR-0026 Certificación de Cuentas Médicas.

En caso de que la objeción no sea subsanada, que los soportes sean insuficientes o no exista pertinencia demostrada a la objeción, se procederá a la citación por escrito al prestador de los servicios, con el fin de realizar conciliación de la objeción presentada, dicha citación se realizará mediante oficio que firma el Jefe de la Unidad Prestadora de Salud, en el cual se relacionara la fecha de la citación a conciliar, facturas a conciliar y novedades no subsanadas en cada una de ellas.

El día de la citación, se procede a sustentar ante el prestador los motivos por los cuales no se subsano la novedad, tienen presente la normatividad que ampara el proceso y los contratos existentes. Posteriormente se escuchan los argumentos del prestador y se realizara conciliaciones de las novedades, en caso de existir consenso, dejando constancia por escrito en el formato Código 1AR-FR-0026 procedimiento "administrar cuentas por pagar: Certificación de auditor médica", de las decisiones tomadas en la conciliación.

En caso de que no se llegue a un acuerdo conciliatorio entre las partes, para alguna de las objeciones, se dejara constancia en el acta de conciliación de esta novedad, explicando el desacuerdo, con el fin de obrar como antecedente ante futuras solicitudes de la Súper Salud. Posteriormente, se remitirá los soportes a nivel central para realizar conciliación de segunda instancia y en caso de continuar el desacuerdo, se debe continuar el proceso ante la Superintendencia Nacional de Salud.

CONCILIACION DE GLOSA EN SEGUNDA INSTANCIA

Enviar un comunicado de solicitud al Jefe del Área Gestión de Aseguramiento en Salud, especificando los datos de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, la cantidad de facturas, el número de radicado, los número de facturas, el valor a conciliar, el número de folios adjuntos en PDF al comunicado y

exponer puntualmente el motivo por el cuál no se llegó a un acuerdo con la entidad. El médico auditor de cuentas de la unidad que determinó la segunda instancia, debe aportar todos los soportes, los cuales deben estar escaneados de manera ordenada, foliados y con buena calidad de imagen, además deben adjuntar las actas de conciliación y soportes de las gestiones realizadas para el acercamiento a conciliar con la IPS.

El médico auditor de cuentas de la unidad que determinó la segunda instancia debe estar disponible para aportar los soportes y la información necesaria que requiera el médico auditor asignado para la conciliación por el ámbito central. Por lo anterior, relacionaran el nombre del médico de la unidad con el número de contacto y correo electrónico. En el caso en que el médico ya no se encuentre laborando con la unidad o presente alguna novedad, deben relacionarse el nombre de la persona que queda a cargo de esta actividad.

El Grupo Auditoría Cuentas Médicas y Concurrencia tomará contacto con la unidad, con el fin de informar el nombre y los datos de contacto del auditor del ámbito central asignado, para realizar la conciliación por segunda instancia.

Antes de llegar a conciliación por segunda instancia se deben agotar todas las posibilidades de conciliación con las IPS, de acuerdo a la normatividad vigente y a las directrices establecidas en el instructivo 019 de 2020 "*Componente Auditoría de la Facturación de los Eventos en Salud de la Dirección de Sanidad",*

IMPUTABILIDAD Y COMPLICACIONES POR PARTE DEL PRESTADOR

De acuerdo a la **RESOLUCION 5261 DE 1994 "***Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*", se define en su artículo 22 la calidad en la prestación de los servicios y su respectiva evaluación tal y como se presenta a continuación:

- Calidad de la atención es el conjunto de características técnico-científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludables y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados. Sus características son: oportunidad, agilidad, accesibilidad, continuidad, suficiencia, seguridad, integralidad e integridad, racionalidad lógico-científica, costo-efectividad, eficiencia, humanidad, información, transparencia, consentimiento y grado de satisfacción de los usuarios.

- Evaluación de calidad de la atención es la medición del nivel de calidad de una actividad, procedimiento o guía de atención integral de salud.

De acuerdo a lo anterior, el SOGCS adoptó el sistema de información para la calidad que en su anexo técnico establece los lineamientos para la vigilancia de los eventos adversos (entendidos como lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, los cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la propagación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos de no calidad), así las cosas el prestador involucrado en la prestación de un evento adverso debe adelantar el respectivo análisis causal (Protocolo de

Londres) que permita establecer las responsabilidades frente al hecho, para adoptar los correctivos y acciones preventivas pertinentes.

Lo anterior, sin perjuicio de las investigaciones que se adelanten para establecer las causas y consecuencias de la complicación e inicie las acciones civiles o penales a que hubiere lugar.

Si de los resultados de las investigaciones, la responsabilidad es imputable al contratista, se formulara la respectiva cuenta de cobro con el objeto que se efectué el reembolso del valor de los servicios médicos y/o quirúrgicos que demando el tratamiento integral de las complicaciones y que la entidad responsable de pago hubiere pagado por tal concepto al contratista u otro proveedor.

Desde el punto de vista jurídico para establecer cuándo, bajo el articulado de los manuales tarifarios vigentes, se puede negar un pago o recobrar una atención prestada por la IPS derivada de un hecho relacionada con una complicación inherente al prestador, se debe primero definir claramente por parte de un comité evaluador (revisión por pares) la imputabilidad del prestador en el hecho, para lo cual debe demostrarse la existencia de impericia, negligencia o imprudencia en la casualidad del hecho, para determinar si se trata de daño, culpa o dolo. Esta imputabilidad muy seguramente puede derivar en situaciones que conduzcan a acciones civiles o penales.

Si no se llegara a una conciliación efectiva en la REGIONAL O UPRES, la siguiente instancia es el Grupo de Auditoría Médica de la Dirección de Sanidad.

CAUSALES DE NO PAGO

- Todo servicio ambulatorio (primera vez o control) u hospitalario que no cuente con formato de autorización por parte de la central de autorizaciones de la Unidad Prestadora de Salud Tolima.

- Todo procedimiento adicional no autorizado, salvo que se haya prestado atendiendo un riesgo inminente para la vida del paciente.

- *Atención del evento adverso prevenible*; El contratista debe reportar dentro de los cinco (5) días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados en la ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora al supervisor del contrato y al ordenador del gasto, asumiendo los costos de atención del evento adverso" dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS - FR - 0006 " reporte de incidentes y eventos adversos" el cual se adjuntará a la minuta contractual.

- 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.

- 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 (El concepto de

	favorabilidad para estos casos que emita el CTC, obrará como herramienta de mejoramiento y supervisión, más no como causal de no pago). • Las contempladas en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen. Los servicios de **ALTO COSTO, TUTELAS Y CTC,** 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 Forma de pago del presente contrato incluidas las lecturas de apoyo diagnóstico (Imagenología) y anexo un cuadro en EXCEL con la siguiente información: **Nombre del** | **Tipo de docu** | **No. De identificació** | **Edad** | **Valor de factur** | **Fecha de ingres** | **Fecha de Egres** | **Diagnostico** | **No. De factura** | **Fecha de** **NOTA:** La facturación debe ser cargada al sistema SECOP II con el fin de que se ejecute dentro de la misma y que posibilité su pago y futura liquidación una vez terminado, teniendo en cuenta que por defecto la Plataforma está configurada para debitar de la cuantía total los pagos parciales radicados.
ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS	Las contenidas en el Anexo No. 4 de la presente Invitación

SUPERVISOR DEL CONTRATO

La supervisión de los contratos que llegaren a celebrarse, quedarán a cargo del funcionario que designe el jefe de la Unidad Prestadora de Salud Tolima, quien haga sus veces o quien con posterioridad sea designado por el ordenador del gasto, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo con las funciones asignadas para el efecto, teniendo en cuenta lo descrito en la Ley 1474 de 2011 y la Resolución 00090 del 15 de enero de 2018 *"Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional adoptado mediante Resolución 03049 de 2014".*

El supervisor deberá dar pleno cumplimiento a la normativa legal vigente, así como también, deberá realizar el cargue de las supervisiones en la plataforma SECOP II.

La notificación del supervisor la realizará el analista de contratos de la Unidad Prestadora de Salud Tolima mediante acta.

ANEXOS, FORMATOS Y FORMULARIOS

ANEXO 1	ESPECIFICACIONES TECNICAS DE VERIFICACION Y DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA COMO CUMPLE O NO CUMPLE
ANEXO 2	OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA	ANEXO DE CARÁCTER INFORMATIVO
ANEXO 3	OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL	ANEXO DE CARÁCTER INFORMATIVO
ANEXO 4	ESTIMACION, TIPIFICACION, ASIGNACION DE RIESGOS Y DETERMINACION DE GARANTIAS	ANEXO DE CARÁCTER INFORMATIVO
ANEXO 5	MINUTA DE CONTATACION	ANEXO DE CARÁCTER INFORMATIVO
ANEXO 6	OFERTA ECONOMICA	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA NO SOBREPASANDO EL PRECIO TOTAL
ANEXO N° 7	ACREDITACIONES	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TERMINOS QUE SE SOLICITA
ANEXO N° 8	FORMULARIO REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS	ANEXO DE CARÁCTER INFORMATIVO
FORMULARIO 1	CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TERMINOS QUE SE SOLICITA
FORMULARIO 2	DATOS BENEFICIARIO DE LA CUENTA	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TERMINOS QUE SE SOLICITA
FORMULARIO 3	COMPROMISO ANTICORRUPCION	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TERMINOS QUE SE SOLICITA
FORMULARIO 4	FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TERMINOS QUE SE SOLICITA
FORMULARIO 5	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.	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TERMINOS QUE SE SOLICITA
FORMULARIO 6	DECLARACION ORIGEN DE FONDOS Y DE ACTIVIDADES LICITAS	DEBE SER PRESENTADO CON LA OFERTA EN LOS MISMOS TERMINOS QUE SE SOLICITA

3. CRONOLOGÍA DEL PROCESO

ENTREGA DE LAS PROPUESTAS	Lugar: Portal Único de Contratación www.contratos.gov.co Fecha: SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II HORA: SEGÚN CRONOGRAMA SECOP II
EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA	Dentro de los dos (02) días hábiles siguientes a la fecha de recibo de ofertas. (CRONOGRAMA SECOP II)
PLAZO PARA OBSERVACIONES Y PARA PRESENTAR DOCUMENTOS HABILITANTES	Dentro de los dos (02) días hábiles siguientes al plazo anterior.
EXPEDICIÓN, NOTIFICACIÓN DEL ACTO ADMINISTRATIVO DE ADJUDICACIÓ0N	Dentro de los tres (03) días hábiles siguientes al plazo de observaciones
FIRMA DEL CONTRATO	Dentro de los tres (03) días hábiles siguientes a la notificación del acto administrativo de adjudicación

- **PREPARACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA**

La oferta deberá ser cargada por el oferente en la página del SECOP II

1. El idioma del presente proceso de contratación será el castellano y por lo tanto, se solicita que todos los Documentos y certificaciones a los que se refiere la Invitación emitida en idioma diferente al castellano, sean presentados en su idioma original y en traducción simple al castellano.

2. Con el fin de ingresar los datos al Sistema Integral de Información Financiera "SIIF", el Proponente que participe en este proceso de contratación diligenciara el **Formulario 2** denominado **"Datos Básicos de Beneficiario Final de la Cuenta"**.

3. Serán de cargo del proponente todos los costos asociados a la preparación y presentación de su propuesta.

4. El oferente deberá utilizar y diligenciar la totalidad de los formatos que suministre la Regional de Aseguramiento en Salud N° 2 - unidad prestadora de salud Tolima y adjuntarlos a la oferta.

5. REQUISITOS JURIDICOS

El proponente deberá presentar su oferta en original y con los siguientes documentos:

- ✓ Carta de Presentación de la Propuesta (Diligenciar formato adjunto "**Formulario No 1"**)
- ✓ Documento legal (Decreto, Ordenanza, Resolución, etc.) que acredite la existencia de la entidad a la cual se invita.
- ✓ Diligenciar compromiso anticorrupción **(Formulario No. 3)**.
- ✓ Acto Administrativo de nombramiento y Acta de Posesión del Representante Legal.
- ✓ Fotocopia de la cédula de ciudadanía del representante Legal
- ✓ Registro Único Tributario.
- ✓ La Policía Nacional consultará el Boletín de responsables fiscales de la Contraloría General de la República de la firma y del Representante Legal.
- ✓ Certificación de aportes parafiscales suscrito por el representante legal, o Revisor Fiscal.
- ✓ La Policía Nacional consultará el certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación del representante legal.
- ✓ La Policía Nacional consultará el Registro Nacional de Medidas Correctivas de la Policía Nacional.
- ✓ La Policía Nacional consultará el certificado de antecedentes judiciales del oferente o su representante legal.
- ✓ Diligenciamiento y firma **Anexo No 2** OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA

6. EVALUACIÓN TÉCNICA

Para la evaluación técnica se tendrán en cuenta las especificaciones técnicas mínimas relacionadas en el anexo 1 las cuales serán evaluadas como cumple o no cumple

7. EVALUACIÓN ECONÓMICA.

El proponente deberá incluir los documentos de verificación económica habilitantes que se relacionan a continuación:

- Certificación Bancaria vigente no mayor a 60 días de expedición a la fecha del cierre
- Diligenciar formulario No. 2 denominado datos básicos de beneficiario final de la cuenta
- Anexo oferta económica.

8. CAUSALES DE RECHAZO Y DECLARATORIA DESIERTA DEL PROCESO

8.1 CAUSALES PARA EL RECHAZO DE LAS PROPUESTAS

a. Cuando se compruebe que un proponente ha interferido, influenciado, u obtenido correspondencia interna, proyectos de concepto de evaluación o de respuesta a observaciones, no enviados oficialmente a los proponentes.

b. Cuando el proponente o alguno de sus integrantes se encuentre incurso en las causales de inhabilidades o incompatibilidad fijadas por la Constitución y la Ley.

c. Cuando en la propuesta se encuentre información o documentos que no correspondan a la realidad que le permita cumplir un requisito mínimo.

d. Cuando el Objeto Social de la firma, incluido en el Certificado de Existencia y Representación Legal no faculte a la sociedad para desarrollar la actividad materia de la futura contratación.

e. Cuando el oferente sea persona jurídica y se encuentre incurso en alguna de las causales de disolución o liquidación proferidas por Autoridad Competente.

f. Cuando se presente más de una oferta (PARA EL MISMO ITEM O GRUPO) por un mismo oferente o se ostente la calidad de representante legal o socio de más de una persona jurídica participante en el presente proceso de selección.

g. Cuando la oferta no cumpla con las especificaciones técnicas mínimas exigidas.

h. Cuando el valor de la oferta económica supere el valor del precio techo establecido por esta entidad.

i. La NO presentación de los documentos antes de la fecha establecida en la **CRONOLOGÍA DEL PROCESO – PUBLICACIÓN PARA OBSERVACIONES Y PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS HABILITANTES**, del Pliego de Condiciones.

j. El no cumplimiento de cualquiera de los requisitos mínimos exigidos dentro del pliego de condiciones.

k. Cuando se supere el precio y/o tarifa techo de cualquiera de los ítems descritos en el anexo 4. Lista de precios y tarifas.

l. Cuando no se diligencie la oferta económica conforme lo requiere el cuestionario en el numeral 4.

8.2 CAUSALES PARA DECLARAR DESIERTO EL PROCESO

La REGIONAL DE ASGURAMIENTO EN SALUD N° 2, declarará desierto el presente proceso al vencimiento del plazo previsto para adjudicar, cuando no se logre adjudicar a la propuesta presentada, ya sea porque la propuesta no cumpla con las condiciones para ser adjudicataria, porque no se presente propuesta, o por cualquier otra causa que impida la selección objetiva.

Si de la consulta y análisis de precios o condiciones del mercado se desprende que no existen razones que justifiquen la diferencia de precios entre los precios de referencia y los presentados por el oferente en el presente proceso, la entidad podrá descalificarlos o declarar desierto el proceso, caso en el cual deberá darse inicio a uno nuevo.

La declaratoria desierta del proceso se hará mediante acto motivado, el cual se notificará a todos los proponentes. Contra este acto administrativo procede el recurso de reposición, en las condiciones establecidas en los artículos 51 y siguientes del Código Contencioso Administrativo.

"SE INVITA A LAS VEEDURÍAS CIUDADANAS PARA EJERCER CONTROL SOCIAL, DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE"

Atentamente;

Mayor CRISTIAN FERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 2 (E)

Elaborado por: PT Mónica Andrea González Bledsoe
Revisado por: IT James Janvy Nuñez Rojas
Revisado por: PTSCO. Rubeño Humberto Cardona Manjarres
Revisado por: PT. Mayerline Olaya Cubides
Revisado por: S.I. Arlom Alejandro Lugo Meliz
Revisado por: C.I. Oscar Andrés Correa Hermida
Aprobado por: CAP. María Fernanda Rodríguez Puentes
Fecha Elaboración: octubre -2021
Ubicación: Ubicación: D/Documentos 2021

ANEXO No 1

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE VERIFICACIÓN Y DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

El oferente deberá diligenciar y presentar junto con la oferta el formato de Especificaciones Técnicas que se presenta a continuación debidamente firmado por el representante legal, en el que exprese su manifestación de cumplimiento o no cumplimiento con cada una de las especificaciones técnicas solicitadas, ésta Ficha Técnica será verificada por el Comité Técnico aplicando el criterio de cumple o no cumple.

CONDICIONES TECNICAS QUE DEBEN CUMPLIR TODOS LOS OFERENTES

ITEM	CONDICIONES TECNICAS MINIMAS	CUMPLE	NO CUMPLE
Sistema Único de habilitación de los servicios de salud	El oferente debe ajustarse según lo contemplado por el Ministerio de Salud y Protección Social y todas aquellas normas legales que deroguen, Modifiquen o establezcan estándares de habilitación para la prestación de Servicios de Salud sin causar traumatismo en la prestación del mismo. Dando aplicación a lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y de la Protección Social. Se verificará en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), la habilitación de los servicios ofertados.		
Portafolio de servicios	El Oferente deberá presentar el portafolio de servicios que relacione capacidad instalada, servicios de salud ofertados habilitados e inscritos en el de registro de prestadores de servicios de salud de la Secretaria de Salud del Departamento del Tolima, líneas telefónicas disponibles de referencia y contra referencia y de información al usuario, debe incluir el modelo de atención en salud junto con la propuesta.		
Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en prestación de los servicios de salud.	El oferente debe tener implementado programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención de Salud, acorde al Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de la Protección Social *"...Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud...".* • Por lo anterior debe presentar certificación suscrita por el representante legal y o quien haga sus veces en la cual garantice que tiene implementado el PAMEC.		
Idoneidad del Talento Humano	La Institución Prestadora de servicios de salud debe disponer del talento humano necesario y competente para la prestación de los servicios de salud ofertados, y el personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios deberá cumplir con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio e igualmente cumplir con lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social, para lo cual debe presentar debidamente diligenciado el formulario idoneidad del recurso humano para el personal mínimo requerido. Igualmente debe estar inscrito en el Registro Único Nacional de Talento Humano en salud (RETHUS) anexar soporte.		
Historia clínica y registros	Deberá realizar el registro en historia clínica de todas las atenciones y procedimientos realizados a los pacientes del Subsistema de Salud de la Policía Nacional y cumplirá con lo establecido en la Resolución 1995 de 1999, Resolución 00839 de 2017 y ley 2015 de 2020 en cuanto al manejo conservación y custodia de la historia clínica. El prestador tendrá a cargo la retroalimentación y actualización de las historias clínicas, la cual deberá diligenciar con la información de los		

	pacientes de forma clara, veraz y acertada. Adicionalmente, el PRESTADOR se obliga a registrar las novedades que se presenten con ocasión a la atención prestada por ésta. En virtud de lo anterior, el PRESTADOR deberá responder ante la Regional de Aseguramiento en Salud No.2 por inexactitudes, confusiones, datos incorrectos y no actualizados, así como, las demás inconsistencias que conlleven a error a la Regional de Aseguramiento en Salud No.2 o a cualquier tercero. La historia clínica utilizada en la modalidad extramural es custodiada por el prestador de servicios de salud que oferta y presta el servicio de salud en la modalidad extramural y cuenta con los siguientes registros: • Modalidad extramural domiciliaria • Valoración de ingreso con el respectivo plan de tratamiento. • Nombre de los pacientes atendidos • Registros de referencia y contrarreferencia, cuando se requieran Cuidados por parte del personal de salud • Cuidados encargados a la familia cuando aplique Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado que incluye mecanismos para verificar su aplicación, para que el paciente o usuario o su responsable aprueben o no documentalmente el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial		
Otras Condiciones Técnicas	El servicio de urgencias debe prestarse de forma ininterrumpida todos los días de la semana, las 24 horas, los 365 días del año, bajo los principios de eficacia, universalidad, y solidaridad. Se debe salvaguardar igualdad de condiciones clínicas teniendo prioridad la atención a maternas, menores de 5 años y adulto mayor. En dado caso de solicitud de atención en el servicio de urgencias para una **URGENCIA VITAL**, tal y como lo consagra la Ley, la atención no requiere autorización previa para la aplicación de los cuidados correspondientes a su necesidad en **ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS**, pero precisa ser avisada dentro de las 24 horas hábiles siguientes a su prestación según Decreto 4747 de 2007. Debe tenerse en cuenta que las URGENCIAS VITALES de conformidad con su definición científica, no requieren autorización, Decreto 4747 del 2007, por lo que este horario no da lugar a interpretaciones tendientes a afectar de manera alguna el acceso, la calidad ni la oportunidad del servicio; sin embargo, dichas urgencias vitales deberán ser reportadas por el contratista, durante las 24 horas siguientes a su atención. Servicios de baja complejidad. La solicitud de autorización se debe realizar a la línea (1) 5804400 ext 7646, 7426, 7695, 7617 y Avantel 3504131671 y 3505546128, correo electrónico disan.griss-aut@policia.gov.co; disan.griss-crf@policia.gov.co; disan.refer-nal@policia.gov.co.		
	Prestar único y exclusivamente el servicio dispuesto mediante autorización escrita y firmada por el Medico de Referencia y Contra referencia de la Unidad Prestadora de Salud Tolima. La solicitud de servicios ambulatorios se debe realizar al correo detol.upres-mun@policia.gov.co.		
	EL CONTRATISTA debe garantizar los servicios complementarios para la atención de urgencias a través de servicios propios o disponibles, a saber, hospitalización, sala de partos, radiología básica, laboratorio clínico,		

	quirófano y suministro de medicamentos para la atención de la urgencia, dichos servicios deben ser solicitados a través el Anexo 3 Resolución No. 3047 de 2008 y aplicaran los tiempos de autorización definidos en dicha Resolución. La solicitud de autorizaciones se debe realizar al correo detol.upres-pro@policia.gov.co.		
	Formular los medicamentos en nombre genérico y no comercial, verificando que esten incluidos en el Manual de Medicamentos de la Policía Nacional vigente Acuerdo 052 del 1 de abril de 2013 y los demás que lo adicionen sustituyan modifiquen, en el momento del inicio del contrato y durante la ejecución del mismo el cual será entregado antes de la fecha de inicio del contrato. El servicio farmacéutico debe manejarse de acuerdo a lo prescrito por el Decreto 2200 de 2005 y la Resolución 1403 de 2007 y demás normas que lo modifiquen, sustituyan o complementen. Realizar entrega completa de los medicamentos, en caso de pendientes se deber garantizar la entrega en un lapso no mayor a 48 horas en el lugar de residencia y/o trabajo del afiliado cuando este lo autorice según lo establecido en la Resolución 1604 de 2013. Para la formulación de medicamentos no incluidos en el ACUERDO 052 del 03 de septiembre de 2013 del SSMP No se admiten formatos institucionales del contratista, solo cuando una orden judicial, tutela, o la condición clínica del paciente amerite la administración urgente, se debe dar cumplimiento a la prestación o suministro con la inmediatez requerida, único caso en el cual la justificación técnica del suministro será reportada a la Unidad Prestadora de Salud Tolima. Con posterioridad, en el formato de justificación diseñado para tal fin por el SSPN según formatos de aprobación conforme a lo dispuesto en la Resolución 00438 del 28 de noviembre de 2017 (por la cual se modifica parcialmente la resolución 057 del 07 de febrero de 2017 mediante la cual se reorganiza el comité técnico científico de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional. El no reporte ante el CTC será causal de glosa, más no el concepto favorable o desfavorable del CTC.		
	Prestar los servicios de salud contemplados en el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial (Acuerdo 002 del 27 abril 2001), de acuerdo a las necesidades requeridas a todos los afiliados y beneficiarios de la Policía Nacional-UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA, que acrediten debidamente su derecho a ser atendidos presentando documento de identidad y carné de servicios de salud, previa autorización oficina de referencia y contra-referencia de la Unidad Prestadora de Salud Tolima.		
	Cuando el afiliado requiera por su patología, la atención en una Institución de mayor complejidad y dicha patología esté cubierta por el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial, el CONTRATISTA deber realizar el trámite de referencia y contrarreferencia según lo establecido en la Resolución 3047 de 2008 con envío de la información al correo detol.upres-rem@policia.gov.co y teléfono 3505561170.		
	Brindar atención preferencial a las gestantes, recién nacidos, niños, niñas, adolescentes, discapacitados y adulto mayor en todos los servicios asistenciales y administrativos. Así mismo, proteger en todo momento los derechos constitucionales de las niñas, niños y adolescentes, en especial, los referentes a la salud y a la vida en condiciones de calidad y de dignidad.		
	Suministrar en forma oportuna y por el medio más expedito a la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA la información para responder las peticiones, quejas y reclamos de los afiliados y de las Entidades de Control		

	y/o Autoridades Judiciales, y en general dar respuesta escrita a las solicitudes que formule UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA con ocasión de la ejecución del contrato, en un término no superior a cinco (5) días hábiles o en el término dispuesto por la entidad de control y/o autoridad judicial.		
	linformar al supervisor del contrato una vez se encuentre ejecutado en un Cincuenta (50%) y Ochenta (80%). respectivamente.		
	El CONTRATISTA designará un funcionario, para que en coordinación con el Supervisor del Contrato vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presenten, (notificar por escrito identificación del funcionario, correo electrónico y número telefónico).		
	Prestar en forma continua y permanente los servicios a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional- Unidad Prestadora de Salud Tolima, bajo los principios de eficacia, universalidad, calidad y solidaridad.		
	Presentar en medio magnético la relación de los servicios habilitados y contratados utilizando los códigos únicos de procedimientos en salud (CUPS), con el respectivo valor según tarifa pactada, que permita el cargue de la información en el aplicativo dispuesto por la Policía Nacional para la respectiva actualización de los contratos.		
	Facturar los servicios de salud prestados de acuerdo a la clasificación utilizando los códigos únicos de procedimientos en salud (CUPS), tarifa pactadas y en forma independientes los servicios prestados, presentar en medio magnético el soporte respectivo que permita el cargue de la información en los aplicativos de la Policía Nacional. Igualmente hacer entrega de RIPS según resolución 3374 del 2000, los cuales serán validados al momento de la radicación de la factura, en caso de presentar errores se debe realizar la corrección de los mismos en un máximo de 72 horas a partir del reporte.		
	EL PRESTADOR se obliga a no emplear o usar los datos personales e información de los usuarios en fines diferentes al objeto del contrato, lo anterior sin perjuicio a lo establecido denominada como Protección de Datos Personales.		
	Prestar servicios a los pacientes con sospecha y/o confirmación de COVID 19 según los lineamientos del Ministerio de salud y Protección Social, se incluyen atenciones para diagnóstico y tratamiento.		
	Prestar el servicio de vacunación el cual incluye la vacunación contra el COVID 19 dando cumplimiento a lo establecido en el Decreto 109 de 2021 y demás normas que la adiciones o modifiquen, en coordinación con la UPRES TOLIMA		
	MEDIO AMBIENTE El oferente a través de certificación se compromete a dar cumplimiento al Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (componente interno) de acuerdo al Decreto 351 de 2014 "*Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades*", Resolución 1164 de 2002 "*Por el cual se adopta el Manual de Procedimientos Para La Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares*" , Decreto No. 4741 del 2005 "*Por el cual se reglamenta parcialmente la prevención y el manejo de los residuos o desechos peligrosos generados en el marco de la gestión integral*", y las normas que lo modifiquen y/o adicionen. El oferente deberá cumplir con la normatividad ambiental que le aplique relacionada con vertimientos, gestión de residuos, emisiones atmosféricas, saneamiento básico y manejo de sustancias.		

	SGSST Presentar firmado el formulario de compromiso, cumplimiento al SGSST.		
	PLAN DE CONTINGENCIA COVID-19 El oferente deberá presentar junto con la oferta el Protocolo de bioseguridad frente a COVID-19, dando cumplimiento a la Resolución 01155 de 2020 "Por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo y control del riesgo del coronavirus COVID-19 en la prestación de los servicios de salud, incluidas las actividades administrativas, de apoyo y alimentación.		
	GESTIÓN AMBIENTAL El oferente garantizará de manera certificada que los insumos y materiales que utiliza en sus procesos y procedimientos son biodegradables y amigables con el medio ambiente. Garantizando que los suministros que utiliza en sus procesos y procedimientos no contengan ningún componente que posea las siguientes clasificaciones: Contacto con ácidos libres de gases tóxicos Posibles efectos cancerígenos Que puedan causar alteraciones genéticas hereditarias Que puedan causar cáncer por inhalación Que puedan causar efectos irreversibles Peligrosos para la capa de ozono Que puedan perjudicar la fertilidad Que generen riesgo durante el embarazo y efectos adversos para el feto Que puedan resultar nocivos para el lactante		

Nº	DESCRIPCION	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Se compromete a reportar al supervisor del contrato los indicadores de las Circulares Externas de la Supersalud 030 de 2006, y 056 - 058 de 2009. Así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Así mismo lo indica la Resolución 256 del 5 de febrero del 2016 *"por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud."*		
2	El oferente al momento de presentar la propuesta deberá allegar listado de medicamentos con el fin de que sean fijados dentro del contrato e insumos		
3	Reporte mensual de eventos de interés en salud pública (SIVIGILA) y entrega de análisis (COVE) de los mismos en caso de ser necesario.		
4	El oferente debe tener implementado o en proceso de implementación la estrategia AIEPI Clínico.		
5	El oferente debe garantizar el suministro de método anticonceptivo post parto y post aborto en el ámbito hospitalario, dicha actividad debe quedar registrada en la historia clínica.		
6	El oferente debe reportar de forma mensual la base nominal de gestantes al correo detol.upres-pym@policia.gov.co.		
7	El oferente se compromete a dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución 3280 de 2018 por la cual se adoptan los lineamientos técnicos de **la ruta integral para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal,** y demás que le modifiquen, adicionen o sustituyan.		
8	Realizar atención para las víctimas de violencia sexual sin distingo de sexo, edad, raza, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social,		

	posición económica o condición social. Para eso se debe registrar las acciones de la víctima que puedan tener implicaciones médico-legales y los demás registros, según el reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual, según la Resolución 459 de 2012.		
9	Diligenciar el formato de reporte de citologías y mamografía realizadas durante el mes y realizar el envío los 5 primeros días de cada mes al correo detol.upres-pym@policia.gov.co. En caso de reportes de citologías y mamografía anormales se debe realizar reporte inmediato de los mismos.		
10	Presentar informe mensual al Área de promoción y prevención que incluya lo siguiente: Informe nominal mensual de usuarios vacunados en el periodo		
	Reporte de nacidos vivos mensual del municipio y cuantos controles prenatales le realizaron durante el embarazo		
	Reporte de niños remitidos a exámenes de potenciales evocados auditivos de tallo a niños con factores de riesgo para hipoacusia		
	Reporte de ecografías tomadas en las gestantes		
	Reporte de pruebas de VIH y sífilis en gestantes		
	Reporte uroanálisis tomados a la gestante		
	Reporte de TSH alterados en nacidos vivos		
	Reporte de incidencia sífilis congénita		
	Reporte incidencia VIH vertical		
	Número de citologías tomadas en el mes e informar resultados alterados		
	Número de pacientes con VIH, TBC, LEPRA, MALARIA, LEISHMANIASIS en el mes (discrimine cada caso por separado)		
	Número de Baciloscopia tomadas al mes y reporte si algún positivo		
	Número de fallecidos en el mes		
	Número de Consultas Detección de Alteraciones del Adulto		
	Tamizaje para Hipertensión Arterial		
	Tamizaje para Diabetes		
	Tamizaje para Dislipidemia		
	Tamizaje para Obesidad		
	Incidencia para Hipertensión Arterial		
	Incidencia para Diabetes		
	Incidencia para Dislipidemia		
	Incidencia para Obesidad		
	Tamizaje de Agudeza Visual - Adulto 45 años (Carta Snellen)		
	Número de Consultas Detección de Alteraciones del Adulto (30-35 y 40 años)		
	Número de Consultas Detección de Alteraciones del Joven (10-20) años		
	Número de Consultas Detección de Alteraciones del adulto Joven (21-29) años		
	Tamizaje de Hemoglobina (niñas de 10 a 13 años)		
	Número de Consultas Planificación Familiar 1ra Vez en hombres		
	Número de Consultas Planificación Familiar de control en hombres		
	Consulta por medico primera vez en planificación familiar mujeres		
	Consultas de control planificación familiar por Enfermería mujeres		
	N° entrega anticonceptivos orales en mujeres.		
	N° entrega anticonceptivo de emergencia		
	Mujeres con anticonceptivo hormonal implante.		

	Examen Clínico de Seno (Anual) Mujeres 49 a 69 años		
	Cyd por médico y enfermería menores 10 años.		
	Consulta de primera vez cyd menor de 10 años.		
	Educación en IRA- EDA en menor de 5 años		
	Educación en autocuidado, Pautas de crianza y Puericultura edad 10 años		
	Medición Agudeza visual en niños (4 años) Carta Snellen		
	Medición Agudeza visual en niños (11 años) Carta Snellen		
	Medición Agudeza visual en niños (16 años) Carta Snellen		
	demanda inducida hacia el control prenatal		
	asistencia curso maternidad y paternidad		
	Consulta primera vez en el embarazo		
	Control prenatal por medicina general		
	Control prenatal por enfermería		
	Consulta preconcepción		

N°	ACTIVIDADES DE BAJA COMPLEJIDAD A CONTRATAR	CUMPLE	NO CUMPLE
11	Servicio de Urgencias		
12	Atención de partos de bajo riesgo obstétrico y atención del recién nacido		
13	Consulta de medicina general ambulatoria		
14	Consulta de odontología general y procedimientos		
15	Laboratorio clínico de baja complejidad		
16	Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de acuerdo a lo establecido en la Resolución 3280 de 2018 y las demás que la adicionen o modifiquen del Ministerio de Salud y Protección Social: Incluye toma y procesamiento de muestras de Citología Cérvico vaginal, vacunación.		
17	Transporte de pacientes en vehículo ambulancia básica "TAB"		
18	Hospitalización adultos y pediátricos de baja complejidad		
19	Suministro de medicamentos ambulatorios y hospitalarios		

SERVICIOS AMBULATORIOS	SERVICIOS HOSPITALARIOS Y DE URGENCIAS
DE LUNES A VIERNES DE 07:00 AM A 12:00 AM y de 02:00 PM A 06:00 PM	24 HORAS AL DÍA, LOS SIETE DÍAS DE LA SEMANA POR EL TIEMPO QUE DURE EL CONTRATO QUE SE LLEGASE A CELEBRAR.

PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS.

a. Todo medicamento ordenado debe prescribirse según lo establecido en Acuerdo 052 de 2013 "Manual de Medicamentos y Terapéutica para el SSMP" y todo procedimiento se debe solicitar según lo establecido en el Acuerdo 002 de 2001, como primera instancia. Toda solicitud que se encuentre fuera de estos acuerdos debe estar completamente justificada por el especialista y/o médico tratante en la historia clínica y en los formatos establecidos por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N.º 2, con el fin de ser evaluados por el Comité Técnico Científico de la Dirección de Sanidad.

b. Todos los medicamentos suministrados durante la atención a los usuarios, deberán ser los catalogados de acuerdo al MANUAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA consagrado en el Acuerdo 052 de 2013.

c. Cuando se requiera una molécula de MARCA, solo será autorizada por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2 cuando se haya agotado las posibilidades terapéuticas contenidas en el Acuerdo 052 de 2013 "Manual de Medicamentos y Terapéutica para el SSMP" la orden médica debe estar completamente justificada por el especialista y/o médico tratante en la historia clínica y en los formatos establecidos por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2, siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos en la normatividad vigente con el fin de ser evaluados por el Comité Técnico Científico de la Dirección de Sanidad.

d. La prescripción de los medicamentos tendrá un lapso y vigencia de 72 horas, contadas a partir de la fecha de expedición de la fórmula médica. La fórmula original deberá ser anexada a la fórmula médica transcrita como evidencia de la transcripción de la misma y deberá cumplir con los requisitos de ley: Nombre del usuario, identificación, diagnóstico, nombre del medicamento, cantidad ordenada, dosificación, tiempo de tratamiento y firma del médico tratante.

e. La prescripción de medicamentos en urgencias podrá ser entregada para el manejo ambulatorio de la patología por un término no superior a (3) tres días calendario. Esta característica se tendrá en cuenta los días viernes, sábado, domingos y lunes festivos, y se autorizará en los casos especiales como la semana mayor (semana santa) en la cual se autoriza el suministro durante el puente de esta festividad.

f. Como constancia de recibido, la fórmula deberá venir firmada por el usuario o representante, es decir, la persona que haya recibido el medicamento).

LA ATENCIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS SE PRESTARÁ TENIENDO EN CUENTA:

1. Las definiciones que para el caso establece la Ley Colombiana: Decreto 412 de 1992 y demás reglamentaciones que se expidan al respecto.

2. EL CONTRATISTA debe garantizar los servicios complementarios para la atención de urgencias a través de servicios propios o disponibles, a saber, hospitalización, radiología, laboratorio clínico, quirófano y suministro de medicamentos para la atención de la urgencia; dichos servicios deben ser solicitados a través del Anexo 3 de la Resolución No. 3047 de 2008 y aplicarán los tiempos de autorización definidos en dicha resolución.

3. Todas las solicitudes de atención inicial de urgencias y las autorizaciones derivadas de dicha atención de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional deberán comunicarse a la central de autorizaciones de la Dirección de Sanidad por vía telefónica a la línea de atención: 5804400 extensiones 7646, 7426, 7695, 7617 y AVANTEL 3505546128 o a los correos electrónicos *disan.arasi-aut@policia.gov.co*, *disan.arasi-crf@policia.gov.co* Independientemente que la IPS cuente con contrato vigente con la Dirección de Sanidad, es obligatoria la notificación de la atención inicial de urgencias con el fin de generar el respectivo código de la atención y llevar el seguimiento al mismo.

4. Para la autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, se deberá comunicar directamente con la Unidad Prestadora de Salud Tolima al correo detol.upres-rem@policia.gov.co con el fin de obtener la autorización de la estancia hospitalaria y demás procedimientos que requiera el usuario del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

5. En caso de que la IPS no solicite el código de notificación de la urgencia será causal de glosa tal como se encuentra contemplado en la Resolución No. 3047 de 2008.

LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN SE PRESTARÁ CON BASE EN:

1. Los usuarios que requieran hospitalización serán internados según las indicaciones médicas justificadas por la patología, procedimientos quirúrgicos que requieran la internación inmediata y no sea pertinente la observación.

2. La hospitalización debe ser notificada a la OFICINA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA de la Unidad Prestadora de Salud Tolima, aplicando el procedimiento de Referencia y Contrarreferencia del caso, quienes dispondrán si es manejada en ese nivel o se toman las medidas de traslado, siempre y cuando se compruebe que no se expone la salud o la vida del usuario.

Esta atención deberá contar con el formato de autorizaciones de la Oficina de Referencia y Contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Salud Tolima, de lo contrario el servicio no se reconocerá para pago.

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Las ayudas diagnósticas solo serán prescritas por los profesionales de la entidad contratada y nunca por profesionales que no pertenezcan a su red.

NO DEBEN REALIZARSE TRANSCRIPCIONES de atenciones efectuadas a través de otros profesionales, especialistas o contratistas particulares diferentes a la IPS contratada con la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2.

LAS AYUDAS DIAGNOSTICAS SIEMPRE REQUERIRÁN LA AUTORIZACIÓN DE LA OFICINA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA.

MECANISMO ENVIO FORMATOS

En lo referente al envío de los formatos de que trata la Resolución No. 4331 de 2012 *"Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009."* la Unidad Prestadora de Salud Tolima ha implementado el siguiente mecanismo de comunicación:

1. Directamente por las direcciones de correo electrónico habilitadas para tal fin, los cuales son las descritas a continuación: detol.upres-rem@policia.gov.co.

El oferente debe allegar junto con la propuesta, el listado de insumos y medicamentos que se requieran para la prestación del servicio discriminando el valor de cada uno de estos, los cuales quedarán descritos en el contrato que se llegare a celebrar sin que sean objeto de reajustes durante la ejecución del contrato, exceptuando el ajuste de la tarifa por cambio de vigencia.

Debe anexar la relación de servicios con precio y/o tarifas diferenciales para que sean incluidos dentro del contrato que se llegare a celebrar en el cual se debe discriminar código cups, servicio y/o procedimiento, especialidad y valor unitario. En caso de códigos cups, que no cuentan con código **SOAT**, deberá presentar el valor unitario respectivo indicando cuales son los códigos propios a ser creados en el aplicativo de autorizaciones dispuesto por la Dirección de Sanidad.

Para insumos no descritos dentro del listado de precios de medicamentos e insumos por el prestador, de tecnologías que se encuentren incluidos en el Acuerdo 002 de prestación de servicios de salud, que por prescripción médica del especialista tratante sean autorizados, el servicio y/o procedimiento,

será facturado al valor de precio de compra de la casa comercial matriz más un incremento hasta del 12% (material de osteosíntesis, insumos de alto valor comercial. Etc.), es requisito obligatorio presentar la factura de compra en la factura que el prestador presenta al contratante.

Todos los procedimientos del Anexo deben ser ofertados afirmativamente, de lo contrario la oferta será rechazada. El Anexo no debe ser modificado, los demás procedimientos quirúrgicos se facturarán a las tarifas pactadas según liquidación del grupo quirúrgico del manual tarifario contratado sin incluir conjuntos del tarifario (atención integral ambulatoria u hospitalizada de intervenciones quirúrgicas y procedimientos Artículo 64, Decreto 2423 de 1996.

NOMBRE DEL OFERENTE
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL DEL OFERENTE:
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION (cedula de ciudadanía o Nit)
DIRECCION
TELEFONO
CORREO
FIRMA

ANEXO No. 2

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 con las condiciones técnicas que se exijan para la presentación de la propuesta.

4. Cumplir cabalmente con sus obligaciones Frente al Sistema de Seguridad Integral y parafiscal (Cajas de compensación familiar), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.

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 Regional de Aseguramiento en Salud N° 2 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. Designar de forma permanente un coordinador que, en concordancia con el supervisor del contrato, solucione los inconvenientes que se presenten durante el periodo contratado.

9. Informar al supervisor del contrato cuando se haya ejecutado en un cincuenta 50% y en un ochenta 80% el valor del contrato.

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

11. Debe reportar al supervisor del contrato los indicadores de la Circular Externa Supersalud 056/2008, así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

12. Responder laboralmente por la vinculación del personal que contrate o que utilice para la ejecución del presente contrato.

13. Prestar los servicios durante el plazo de ejecución del contrato, en las instalaciones del contratista, de acuerdo a los términos de referencia y a la oferta presentada, que no contravenga dichos términos.

14. El CONTRATISTA deberá sostener los precios y tarifas ofrecidas para cada vigencia, durante el plazo de ejecución del contrato y sus adiciones

15. Presentar plan de contingencia en el evento de presentar falla los equipos, o casos de fuerza mayor con los profesionales.

16. Entregar una estadística mensual de los pacientes atendidos incluyendo el número del documento y nombres completos del paciente, la fecha de atención y el servicio prestado

17. El contratista debe disponer de por lo menos una línea telefónica, para poder tener comunicación constantemente con la entidad.

18. En el caso de presentarse un evento adverso, el CONTRATISTA debe reportar a la Regional de aseguramiento en salud No2 para realizar el análisis en conjunto con el auditor de Garantía de Calidad para la implementación de acciones de mejora, con el fin de evitar la ocurrencia de nuevos eventos.

19. 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 salud derivados del evento adverso. (Dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-006 Reporte de Incidentes y Eventos Adversos que se adjunta a la presente minuta contractual.

20. El contratista debe dar a conocer a la Unidad Prestadora de Salud Tolima las Guías de manejo institucionales.

21. Las tarifas institucionales y SOAT ofertadas, se ajustarán al inicio de cada vigencia anual de acuerdo con el incremento del Salario Mínimo Mensual Legal Vigente (SMMLV) definido por el Gobierno Nacional para la vigencia.

22. El CONTRATISTA se compromete a prestar los servicios de acuerdo con el plan de beneficios definido por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional CSSMP, así: Acuerdos 052 de 2013 (Manual de medicamentos y terapéutica) y Acuerdo 002 de 2001(Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial).

23. 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, si discriminación frente a otro tipo de pacientes que atienda.

24. 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.

25. Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias.

26. Contratista se compromete a no continuar prestando los servicios objeto del contrato una vez agotado el valor del contrato, SALVO que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con la normatividad vigente o que en su efecto se hubiera otorgado autorización de servicio y/o que se trate de atención hospitalaria o para continuidad de un tratamiento en curso; los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el CONTRATANTE.

27. El contratista debe verificar derechos al afiliado y beneficiario (cónyuge, compañero (a) permanente, padres e hijos) en la oficina de referencia y Contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Salud Tolima. Si el usuario se encuentra activo en otra EPS no será autorizado

por la Policía, hasta tanto legalice en Talento Humano del DETOL su estado de afiliación o desafiliación en otra EPS.

28. En caso de presentarse glosas transitorias, estas deberán ser resueltas dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes, contados a partir de la fecha de notificación por el auditor médico. Si el contratista no cumple con la obligación de aclarar las glosas notificadas, se entenderá que acepta la reclamación y en consecuencia se convierte en glosa definitiva.

29. Cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, las normas de habilitación y las condiciones sanitarias que fijen las autoridades competentes.

30. Atender al Usuario de acuerdo con la autorización generada por referencia y Contrarreferencia de la orden generada por el profesional tratante.

31. Realizar la Contra-referencia de los servicios prestados para ser presentado a su médico tratante y dar continuidad al tratamiento, las cuales deben ser diligenciadas en letra legible.

32. La radicación de la facturación (Impresa) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación, la cual como mínimo debe cumplir con: Relación general de pacientes atendidos, detallando la pre-factura por cada uno de ellos discriminada y firmada por el usuario o acudiente. Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, Anexo 5 de la Resolución 4331 MINPROTECCIÓN de 2012 y demás normas que las aclaren o modifiquen. Presentar original de la autorización del servicio.

33. La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta días (30) posteriores a la prestación de los servicios.

34. Efectuar los reportes de la ejecución del contrato al supervisor del contrato, Informando: Número de contrato, valor del contrato ejecutado, saldo por ejecutar y observaciones dentro de los cinco (5) primeros días hábiles de cada mes. (Puede ser enviado mediante correo electrónico al supervisor del contrato).

35. Aceptar y facilitar las visitas de los Auditores médicos de la Unidad Prestadora de Salud Tolima, en lo referente a Revisión de historias clínicas, seguimiento a quejas y reclamos de nuestros usuarios, verificación de la existencia de procesos que garanticen la calidad del servicio prestado a nuestros usuarios.

36. El contratista debe tener disponibilidad de oficina de atención al usuario, y en todo caso cualquier queja interpuesta deber dársele el tramite respectivo, del cual se enviará copia al supervisor del contrato, o en su defecto a la oficina de garantía y calidad de la Unidad Prestadora de Salud Tolima.

37. Aceptar, apoyar y facilitar las visitas del supervisor del contrato, régimen interno, médico auditor, personal de enfermería a efecto de cumplir actividades legalmente establecidas.

38. Cumplir con la totalidad de los Servicios solicitados en los tiempos ofertados en la presente contratación, salvo la imposibilidad por caso fortuito o fuerza o mayor.

39. Suministrar a la Unidad Prestadora de Salud Tolima el modelo de prestación de servicios definido por el contratista.

40. Dar estricta aplicación a los procedimientos establecidos por la normatividad legal vigente respecto de la cadena de custodia, a saber, el artículo 255 de la Ley 906 de 2004 y demás normas que las modifiquen, adicionen, aclaren o sustituyan.

41. El servicio farmacéutico debe manejarse de acuerdo a lo prescrito por el Decreto 2200 de 2005 y la Resolución 1403 de 2007 y demás normas que lo modifiquen, sustituyan o complementen.

42. Someterse a la codificación estipulada por la norma vigente, código único de medicamentos (CUM), es decir los medicamentos deben ser identificados de ésta manera, desde el momento de la oferta hasta el pago de la factura.

43. Todas las actuaciones del PRESTADOR deben sujetarse a las normas de regulación de precios de medicamentos expedidas por el Gobierno Nacional.

44. En caso que durante la vigencia del contrato se expida norma regulatoria para la elaboración, manejo y dispensación de insumos, el contratista deberá acogerse a dicha normatividad, sin que sea necesario modificar el presente contrato.

45. Diligenciar el consentimiento informado para cada paciente, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley y en la jurisprudencia.

46. Brindar atención preferencial a las gestantes, recién nacidos, niños, niñas, adolescentes, discapacitados y adulto mayor en todos los servicios asistenciales y administrativos. Así mismo, proteger en todo momento los derechos constitucionales de las niñas, niños y adolescentes, en especial, los referentes a la salud y a la vida en condiciones de calidad y de dignidad.

47. Permitir a LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA la consulta de la información relacionada con el estado de salud y la prestación de los servicios a los afiliados de LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA, facilitando copia de la historia clínica y anexos de ésta, en medio magnético o físico, con el fin de dar trámite a requerimientos judiciales y prejudiciales, requerimientos de autoridades administrativas y labores de auditoría médica efectuada por LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA. Así mismo, el PRESTADOR se compromete a suministrar la copia de la historia clínica a LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA, dentro de los plazos impuestos por la autoridad Judicial o Administrativa.

48. Cumplir con las exigencias legales y éticas del manejo de la Historia Clínica de los pacientes.

49. Cumplir con las disposiciones en materia de gestión de la Salud y la Seguridad en el Trabajo SG-SS, según lo establecido en la Resolución 0312 de 2019 "por la cual se definen los estándares mínimos del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo SG-SST".

50. Los medicamentos que sean prescritos a los afiliados y beneficiarios de LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA por parte de los profesionales de la salud del PRESTADOR, deberán cumplir con los requisitos establecidos en el artículo 17 del Decreto 2200 de 2005 que regula la prestación del servicio farmacéutico, incorporando en cada formulación como mínimo los siguientes datos: 1. Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica. 2. Lugar y fecha de la prescripción. 3. Nombre del paciente y documento de identificación. 4. Número de la historia clínica. 5. Tipo de usuario (subsidiado) 6. Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico). 7. Concentración y forma farmacéutica. 8. Vía de administración. 9. Dosis y frecuencia de administración. 10. Período de duración del tratamiento. 11. Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas

para el tratamiento, en números y letras. 12. Indicaciones que a su juicio considere el prescriptor. 13. Vigencia de la prescripción. 14. Nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional, así como la norma que adicione, modifique, aclare o sustituya la normatividad aquí señalada.

51. EL PRESTADOR garantizará que los servicios contratados en el presente contrato, sean acordes y complementarios con el nivel de complejidad que requiere cada procedimiento

52. Las demás contenidos 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.

Declaramos, bajo nuestra responsabilidad personal, y comprometiendo la responsabilidad Institucional de las personas jurídicas que representamos, que la información antes consignada es totalmente cierta, y puede ser verificada.

NOMBRE DEL PROPONENTE :
NIT o C.C. :
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL :
C.C. :
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL :
DIRECCION :
TELEFONO :

ANEXO No. 3

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 No.2** 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 POLICÍA NACIONAL. **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.2**, 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 o servicio y demás del **CONTRATISTA** en desarrollo del objeto del contractual.

9. Incluir aquellas obligaciones propias de cada proceso que coadyuven al cumplimiento de las obligaciones contractuales.

10. Rechazar los bienes y/o servicios cuando no cumplan con los requerimientos técnicos exigidos.

11. Entregar al contratista la Guía para la Planificación del Servicio de Salud 2AR-GU-0004 de fecha 13/03/2019.

ANEXO No. 4

ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS

La definición de los parámetros de mecanismos de cobertura de los riesgos deberán efectuarse dentro de los términos definidos en el Título III Capítulo I del Decreto 1082 de 2015.

ANALISIS DEL RIESGO Y LA FORMA DE MITIGARLO

Numero		**1**	**2**	**3**
Clase		General	General	Especifico
Fuente		Externo	Externo	Externo
Etapa		Ejecución	Ejecución	Ejecución
Tipo		RIESGO JURIDICO	RIESGO OPERATIVO	RIESGO JURIDICO
Descripción		Incumplimiento del contrato	mala calidad del servicios durante la vigencia del contrato	incumplimiento parcial
Consecuencia de la ocurrencia del evento		Que se suspenda la prestación de los servicios objeto del presente proceso contractual.	Que se presten los servicios de manera inadecuada	Suspensión de los servicios.
Probabilidad		3	3	3
Impacto		4	4	4
Valoración del riesgo		7	7	7
Categoría		Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto
¿A quién se le asigna?		Contratista	Contratista	Contratista
Tratamiento/ Controles a ser implementados		Informes, actas, comunicaciones oficiales, solicitudes etc.	Informes, actas, comunicaciones oficiales, solicitudes etc	Informes, actas, comunicaciones oficiales, solicitudes etc
	Probabilidad	2	2	2
	Impacto	2	2	2
	Valoración del riesgo	4	4	4
	Categoría	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Riesgo bajo
Afecta el equilibrio económico del contrato		SI	SI	NO
Persona responsable por implementar el tratamiento		Supervisor del contrato.	Supervisor del contrato.	Contratista. Supervisor del contrato.
Fecha estimada que se inicia el tratamiento		Desde el inicio del contrato	Desde el inicio del contrato	Desde el inicio del contrato
Fecha estimada en que se completa el tratamiento		Terminación del contrato.	Terminación del contrato.	Terminación del contrato.
Monitoreo y revisión	Como se realiza el monitoreo?	Supervisión permanente	Supervisión permanente	Supervisión permanente
	Periocidad, ¿Cuando?	Informe mensual de novedades, en caso de novedad informe instantáneamente	Informe mensual de novedades, en caso de novedad informe instantáneamente	Informe mensual de novedades, en caso de novedad informe instantáneamente.

Anexo No 5 (MINUTA DE CONTATACION CARÁCTER INFORMATIVO)

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PN RASES HUILA No. xx-x-xxxx-21 CELEBRADO ENTRE LA POLICÍA NACIONAL Y EL HOSPITAL SAN ISIDRO E.S.E MUNICIPIO ALPUJARRA NIT: 800025221-1 CUYO OBJETO ES *LA "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, SEGÚN LOS ACUERDOS 002 DE 2001 Y 052 DE 2013 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2".*

Entre los suscritos, de una parte, la **POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2** quien actúa a través de su representante legal o su delegado, quien en adelante se denominará **LA POLICÍA**, y por la otra, el **CONTRATISTA**, debidamente identificados como aparece en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO", hemos convenido celebrar el presente contrato, previos los siguientes considerandos: **a)** Que se elaboraron los estudios previos de conformidad con lo señalado en el Decreto 1082 de 2015. **b)** Que, al momento de la apertura del proceso de selección, se contó con la respectiva apropiación presupuestal que respalda el presente compromiso. **c)** Que el presente contrato se deriva de un proceso de contratación realizado por la modalidad de CONTRATACIÓN DIRECTA – CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS, de conformidad con lo establecido en el literal c numeral 4° artículo 2° de la ley 1150 de 2007 modificado por el artículo 92 de la ley 1474 de 2011, el cual establece que: "las entidades señaladas en el artículo 2º de la Ley 80 de 1993, celebraran directamente contratos entre ellas, siempre que las obligaciones del mismo, tengan relación directa con el objeto de la entidad ejecutora, en concordancia con el artículo 2.2.1.2.1.4.4 subsección 4, sección 1, capítulo 2 titulo1 del Decreto 1082 de 2015. **d)** Que la POLICÍA NACIONAL designará un supervisor para el presente contrato, el cual mantendrá comunicación con el CONTRATISTA, durante el desarrollo del contrato y ejercerá las funciones prescritas en la Resolución 00090 de fecha 15 de enero de 2018 de la Policía Nacional. **e)** Que el Líder de Referencia y Contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Salud Tolima certifica que no se dispone de contrato para solventar este tipo de necesidad. **f)** Que habiéndose dado cumplimiento a todos los trámites y requisitos que exige la contratación administrativa para este tipo de contrato (Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, el Decreto 1082 de 2015), es procedente la celebración del mismo, el cual se regirá por las siguientes clausulas: **CLAUSULA PRIMERA OBJETO:** El objeto del presente contrato es el que se indica el Anexo No. 1 "DATOS DEL CONTRATO". **CLAUSULA SEGUNDA FINALIDADES DEL CONTRATO**: El presente contrato está orientado a lograr la efectiva y eficiente prestación de los servicios médico-asistenciales ambulatorios y hospitalarios propios de la Regional de Aseguramiento en Salud No 2; en consecuencia, el CONTRATISTA se compromete para con la POLICÍA NACIONAL-REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 2 a prestar el servicio requerido para suplir las necesidades definidas en los estudios previos. Estas finalidades deberán tenerse en cuenta para la adecuada comprensión e interpretación del presente contrato, especialmente en lo que concierne a sus reglas y condiciones, así como para determinar el alcance de los derechos y obligaciones que el mismo atribuye a las partes. **CLAUSULA TERCERA VALOR:** Para efectos legales, fiscales y presupuestales, el valor del contrato asciende a la suma descrita en el anexo No. 1 "DATOS DEL CONTRATO". **PARÁGRAFO 1:** Todos los precios y/o tarifas aquí contempladas se entienden firmes

y fijos y por lo tanto no están sujetos a ninguna clase de reajuste. Igualmente, dentro de este precio y/o tarifa están incluidos los costos proyectados al plazo de ejecución del presente contrato y la utilidad razonable que el CONTRATISTA pretende obtener, en consecuencia, no se aceptarán solicitudes de reajustes, fundamentados en estas circunstancias. **CLAUSULA CUARTA FORMA DE PAGO: LA POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2** pagará al **CONTRATISTA** el valor de este contrato de conformidad con lo dispuesto en el anexo No. 1 "DATOS DEL CONTRATO". **PARÁGRAFO PRIMERO - CUENTA PARA PAGOS:** Los pagos previstos en esta cláusula se acreditarán a la cuenta que se indica en el anexo No. 1 "DATOS DEL CONTRATO", a favor del CONTRATISTA, o en otro banco o cuenta que éste designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias, por medio de aviso escrito con no menos de sesenta (60) días de anticipación, acompañado de certificación bancaria a nombre de la firma Contratista. Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley. **CLAUSULA QUINTA APROPIACIÓN PRESUPUESTAL:** El presente contrato está amparado por la apropiación presupuestal que se indica en el anexo No. 1 "DATOS DEL CONTRATO", una vez suscrito se efectuará el correspondiente de registro presupuestal. **CLAUSULA SEXTA PLAZO DE EJECUCIÓN:** El plazo de ejecución del contrato es el señalado en el anexo No. 1 "DATOS DEL CONTRATO**".** **CLAUSULA SÉPTIMA VIGENCIA:** La vigencia del presente contrato será de cuatro (4) meses adicionales al plazo de ejecución establecido en el anexo No. 1 "DATOS DEL CONTRATO". **CLAUSULA OCTAVA LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIOS:** El sitio en el cual se presta el servicio objeto del presente contrato será el que aparece en el anexo No. 1 "DATOS DEL CONTRATO". **CLAUSULA NOVENA DERECHOS DEL CONTRATISTA:** En general, son derechos del **CONTRATISTA**: **1.)** Recibir el pago que en su favor establece el presente contrato. **2.)** Tener acceso a los elementos físicos necesarios para desarrollar el objeto del contrato, en caso que los mismos sean necesarios, y cumplir con sus obligaciones. **3.)** Obtener la colaboración necesaria de **LA POLICIA NACIONAL- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2** para el adecuado desarrollo del contrato. **CLAUSULA DECIMA OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** En general, son 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 con las condiciones técnicas que se exijan para la presentación de la propuesta. **4).** Cumplir cabalmente con sus obligaciones Frente al Sistema de Seguridad Integral y parafiscal (Cajas de compensación familiar), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago. **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 Regional de Aseguramiento en Salud N° 2 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).** Designar de forma permanente un coordinador que, en concordancia con el supervisor del contrato, solucione los inconvenientes que se presenten durante el periodo contratado. **9).** Informar al supervisor del contrato cuando se haya ejecutado en un cincuenta 50% y en un ochenta 80% el valor del contrato. **10).** Notificar al supervisor del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato. **11).** Debe reportar al supervisor del contrato los indicadores de la Circular Externa Supersalud 056/2008, así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. **12).** Responder laboralmente por la vinculación del personal que contrate o que utilice para la ejecución del presente contrato.**13).** Prestar los servicios durante el plazo de ejecución del contrato, en las instalaciones del contratista, de acuerdo a los términos de referencia y a la oferta presentada, que no contravenga dichos términos. **14).** El CONTRATISTA deberá sostener los precios y tarifas ofrecidas para cada vigencia, durante el plazo de ejecución del contrato y sus adicciones. **15).** Presentar plan de contingencia en el evento de presentar falla los equipos, o casos de fuerza mayor con los profesionales. **16).** Entregar una estadística mensual de los pacientes

atendidos incluyendo el número del documento y nombres completos del paciente, la fecha de atención y el servicio prestado. **17).** El contratista debe disponer de por lo menos una línea telefónica, para poder tener comunicación constantemente con la entidad. **18).** En el caso de presentarse un evento adverso, el CONTRATISTA debe reportar a la Regional de aseguramiento en salud No2 para realizar el análisis en conjunto con el auditor de Garantía de Calidad para la implementación de acciones de mejora, con el fin de evitar la ocurrencia de nuevos eventos. **19).** 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 salud derivados del evento adverso. (Dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-006 Reporte de Incidentes y Eventos Adversos que se adjunta a la presente minuta contractual. **20).** El contratista debe dar a conocer a la Unidad Prestadora de Salud Tolima las Guías de manejo institucionales. **21).** Las tarifas institucionales y SOAT ofertadas, se ajustarán al inicio de cada vigencia anual de acuerdo con el incremento del Salario Mínimo Mensual Legal Vigente (SMMLV) definido por el Gobierno Nacional para la vigencia. **22).** El CONTRATISTA se compromete a prestar los servicios de acuerdo con el plan de beneficios definido por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional CSSMP, así: Acuerdos 052 de 2013 (Manual de medicamentos y terapéutica) y Acuerdo 002 de 2001(Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial). **23).** 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, si discriminación frente a otro tipo de pacientes que atienda. **24).** 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. **25).** Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias. **26).** Contratista se compromete a no continuar prestando los servicios objeto del contrato una vez agotado el valor del contrato, SALVO que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con la normatividad vigente o que en su efecto se hubiera otorgado autorización de servicio y/o que se trate de atención hospitalaria o para continuidad de un tratamiento en curso; los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el CONTRATANTE. **27).** El contratista debe verificar derechos al afiliado y beneficiario (cónyuge, compañero (a) permanente, padres e hijos) en la oficina de referencia y Contrareferencia de la Unidad Prestadora de Salud Tolima. Si el usuario se encuentra activo en otra EPS no será autorizado por la Policía, hasta tanto legalice en Talento Humano del DETOL su estado de afiliación o desafiliación en otra EPS. **28).** En caso de presentarse glosas transitorias, estas deberán ser resueltas dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes, contados a partir de la fecha de notificación por el auditor médico. Si el contratista no cumple con la obligación de aclarar las glosas notificadas, se entenderá que acepta la reclamación y en consecuencia se convierte en glosa definitiva. **29).** Cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, las normas de habilitación y las condiciones sanitarias que fijen las autoridades competentes. **30).** Atender al Usuario de acuerdo con la autorización generada por referencia y Contrarreferencia de la orden generada por el profesional tratante. **31).** Realizar la Contra-referencia de los servicios prestados para ser presentado a su médico tratante y dar continuidad al tratamiento, las cuales deben ser diligenciadas en letra legible. **32).** La radicación de la facturación (Impresa) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación, la cual como mínimo debe cumplir con: Relación general de pacientes atendidos, detallando la pre-factura por cada uno de ellos discriminada y firmada por el usuario o acudiente. Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, Anexo 5 de la Resolución 4331 MINPROTECCIÓN de 2012 y demás normas que las aclaren o modifiquen. Presentar original de la autorización del servicio. **33).** La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta días (30) posteriores a la prestación de los servicios. **34).** Efectuar los reportes de la ejecución del contrato al supervisor del contrato, Informando: Número de contrato, valor del contrato ejecutado, saldo por ejecutar y observaciones dentro de los cinco (5) primeros días hábiles de cada mes. (Puede

ser enviado mediante correo electrónico al supervisor del contrato). **35).** Aceptar y facilitar las visitas de los Auditores médicos de la Unidad Prestadora de Salud Tolima, en lo referente a Revisión de historias clínicas, seguimiento a quejas y reclamos de nuestros usuarios, verificación de la existencia de procesos que garanticen la calidad del servicio prestado a nuestros usuarios. **36).** El contratista debe tener disponibilidad de oficina de atención al usuario, y en todo caso cualquier queja interpuesta deber dársele el tramite respectivo, del cual se enviará copia al supervisor del contrato, o en su defecto a la oficina de garantía y calidad de la Unidad Prestadora de Salud Tolima. **37).** Aceptar, apoyar y facilitar las visitas del supervisor del contrato, régimen interno, médico auditor, personal de enfermería a efecto de cumplir actividades legalmente establecidas. **38).** Cumplir con la totalidad de los Servicios solicitados en los tiempos ofertados en la presente contratación, salvo la imposibilidad por caso fortuito o fuerza o mayor. **39).** Suministrar a la Unidad Prestadora de Salud Tolima el modelo de prestación de servicios definido por el contratista. **40).** Dar estricta aplicación a los procedimientos establecidos por la normatividad legal vigente respecto de la cadena de custodia, a saber, el artículo 255 de la Ley 906 de 2004 y demás normas que las modifiquen, adicionen, aclaren o sustituyan. **41).** El servicio farmacéutico debe manejarse de acuerdo a lo prescrito por el Decreto 2200 de 2005 y la Resolución 1403 de 2007 y demás normas que lo modifiquen, sustituyan o complementen. **42).** Someterse a la codificación estipulada por la norma vigente, código único de medicamentos (CUM), es decir los medicamentos deben ser identificados de esta manera, desde el momento de la oferta hasta el pago de la factura. **43).** Todas las actuaciones del PRESTADOR deben sujetarse a las normas de regulación de precios de medicamentos expedidas por el Gobierno Nacional. **44).** En caso que durante la vigencia del contrato se expida norma regulatoria para la elaboración, manejo y dispensación de insumos, el contratista deberá acogerse a dicha normatividad, sin que sea necesario modificar el presente contrato. **45).** Diligenciar el consentimiento informado para cada paciente, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley y en la jurisprudencia. **46).** Brindar atención preferencial a las gestantes, recién nacidos, niños, niñas, adolescentes, discapacitados y adulto mayor en todos los servicios asistenciales y administrativos. Así mismo, proteger en todo momento los derechos constitucionales de las niñas, niños y adolescentes, en especial, los referentes a la salud y a la vida en condiciones de calidad y de dignidad. **47).** Permitir a LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA la consulta de la información relacionada con el estado de salud y la prestación de los servicios a los afiliados de LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA, facilitando copia de la historia clínica y anexos de ésta, en medio magnético o físico, con el fin de dar trámite a requerimientos judiciales y prejudiciales, requerimientos de autoridades administrativas y labores de auditoría médica efectuada por LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA. Así mismo, el PRESTADOR se compromete a suministrar la copia de la historia clínica a LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA, dentro de los plazos impuestos por la autoridad Judicial o Administrativa. **48).** Cumplir con las exigencias legales y éticas del manejo de la Historia Clínica de los pacientes. **49).** Cumplir con las disposiciones en materia de gestión de la Salud y la Seguridad en el Trabajo SG-SS, según lo establecido en la Resolución 0312 de 2019 "por la cual se definen los estándares mínimos del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo SG-SST". **50).** Los medicamentos que sean prescritos a los afiliados y beneficiarios de LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA por parte de los profesionales de la salud del PRESTADOR, deberán cumplir con los requisitos establecidos en el artículo 17 del Decreto 2200 de 2005 que regula la prestación del servicio farmacéutico, incorporando en cada formulación como mínimo los siguientes datos: 1. Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica. 2. Lugar y fecha de la prescripción. 3. Nombre del paciente y documento de identificación. 4. Número de la historia clínica. 5. Tipo de usuario (subsidiado) 6. Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico). 7. Concentración y forma farmacéutica. 8. Vía de administración. 9. Dosis y frecuencia de administración. 10. Período de duración del tratamiento. 11. Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras. 12. Indicaciones que a su juicio considere el prescriptor. 13. Vigencia de la prescripción. 14. Nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional, así como la norma que adicione, modifique, aclare o sustituya la normatividad aquí señalada.**51).** EL PRESTADOR garantizará que los servicios contratados en el presente contrato, sean acordes y complementarios con el nivel de complejidad que requiere cada

procedimiento. **52).** Los demás contenidos 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. **CLAUSULA DECIMA PRIMERA DERECHOS DE LA POLICÍA NACIONAL- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2, 1).** Supervisar el desarrollo y ejecución del presente contrato y acceder a los documentos e información que soportan la labor del contratista. El acceso a los documentos y a la información estará sujeta a las reglas de reserva de datos. **2)** Los demás contenidos en el artículo 4º de la Ley 80 de 1993. **CLAUSULA DECIMA SEGUNDA OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2: 1.)** Supervisar el desarrollo y ejecución del presente contrato y acceder a los documentos e información que soportan la labor del CONTRATISTA. El acceso a los documentos y a la información estará sujeta a las reglas de reserva de datos. **2.)** Solicitar y recibir información técnica respecto de los bienes y/o servicios y demás del CONTRATISTA en desarrollo del objeto del presente contrato. **3.)** Rechazar los bienes y/o servicios recibidos cuando no cumplan con los requerimientos técnicos exigidos. **2)** Los demás contenidos en el artículo 4º de la Ley 80 de 1993. **CLAUSULA DECIMA TERCERA OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2: 1).** Poner a disposición del **CONTRATISTA** los elementos que se requieran para la ejecución y prestación del servicio contratado. **2).** Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un supervisor, a través de quien la **POLICÍA NACIONAL** 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 POLICÍA NACIONAL, 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).** Incluir aquellas obligaciones propias de cada proceso que coadyuven al cumplimiento de las obligaciones contractuales. **10).** Rechazar los bienes y/o servicios cuando no cumplan con los requerimientos técnicos exigidos. **11).** Entregar al contratista la Guía para la Planificación del Servicio de Salud 2AR-GU-0004 de fecha 13/03/2019. **CLAUSULA DÉCIMA CUARTA RESERVA DEL PRESENTE CONTRATO:** El contratista se obliga para con **LA NACIÓN - POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2**, a no suministrar ninguna clase de información o detalle a terceros y a mantener como documentación reservada, todos los aspectos que conozca en el cumplimiento del presente contrato, así como los asuntos técnicos e instalaciones de la Policía Nacional, conocidos o que llegaren a ser conocidos por el contratista, durante el desarrollo con posterioridad a la ejecución del contrato. Igualmente y en virtud de lo previsto en el artículo 133 de la Ley 1474 de 2011, queda expresamente prohibida la promoción o recibimiento de cualquier tipo de prebendas, dádivas a trabajadores de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud y trabajadores independientes, sean estas en dinero o en especie, por parte de las Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud, empresas farmacéuticas productoras, distribuidoras, comercializadoras u otros de medicamentos, insumos, dispositivos y equipos, que no esté vinculado al cumplimiento de una relación laboral contractual o laboral formalmente establecida entre la institución y el trabajador de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud. **CLAUSULA DÉCIMA QUINTA INDEMNIDAD** El CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a la **POLICÍA NACIONAL- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2**, de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa sus actuaciones. **CLAUSULA DÉCIMA SEXTA MONEDA DEL CONTRATO:** La moneda del presente contrato es la indicada en el anexo No.1 DATOS DEL CONTRATO. **CLAUSULA DÉCIMA SEPTIMA INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** El CONTRATISTA declara bajo la gravedad del juramento, la cual se entenderá cumplida con la suscripción del presente contrato, que

no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad señaladas en el artículo 127 de la Constitución Política de Colombia, en los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, artículo 18 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 90 de la Ley 1474 de 2011. **CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA SUSPENSIÓN TEMPORAL:** Las partes podrán suspender temporalmente el plazo de ejecución del contrato, cuando se presenten causas que impidan la ejecución temporal o transitoria, por ocurrencia de un imprevisto o hecho inevitable, una vez establecida en debida forma la causal, se suscribirá un acta entre las partes, donde conste el evento, su causa, el término de la suspensión y aquellas previsiones que se consideren necesario consignar. El tiempo de suspensión no se computará para los efectos del plazo extintivo del presente contrato. Para el reinicio de la ejecución y, superada la situación que originó la suspensión del plazo de ejecución, se suscribirá la correspondiente acta de reinicio. **CLAUSULA DECIMA NOVENA INEXISTENCIA DEL VÍNCULO LABORAL:** El presente contrato no genera relación laboral alguna entre la **POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2** y los empleados que el **CONTRATISTA** ocupe en el cumplimiento del objeto contractual. Por lo tanto, los salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones del personal del **CONTRATISTA**, son de responsabilidad exclusiva del mismo. **CLAUSULA VIGESIMA SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** Si con ocasión del desarrollo y ejecución del contrato sugieren diferencias o discrepancias entre las partes, estas se comprometen a utilizar los mecanismos de solución directa previstos en el artículo 68 de la Ley 80 de 1993. **CLAUSULA VIGESIMA PRIMERA PERFECCIONAMIENTO, LEGALIZACIÓN Y EJECUCIÓN:** Para el perfeccionamiento del presente contrato se requiere de las firmas de las partes, el correspondiente registró presupuestal. Para su legalización se requiere de la presentación de la certificación de cumplimiento de pagos al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales y con los aportes parafiscales, de conformidad a lo establecido en los Decretos No. 780 de 2016 y 1273 de 2018 emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, y para su ejecución se requiere de la carta de inicio del presente contrato expedida por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2. **CLAUSULA VIGESIMA SEGUNDA DOCUMENTOS:** Entre otros, los documentos que a continuación se relacionan se consideran para todos los efectos parte integrante del presente contrato y en consecuencia producen sus mismos efectos u obligaciones jurídicas y contractuales: **1.)** El estudio de conveniencia y oportunidad, la invitación pública y adendas. **2.)** Propuesta del contratista en aquellas partes aceptadas por la **POLICIA NACIONAL- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2. 3).** Anexos del contrato. **4.)** Documentos que suscriban las partes. **CLAUSULA VIGÉSIMA TERCERA IMPUESTOS: El CONTRATISTA** pagará todos los impuestos, tasas, contribuciones y similares que se deriven de la ejecución del contrato que le sean aplicables conforme a la Ley Colombiana. **CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO:** Dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la terminación del mismo, se liquidará el presente contrato de común acuerdo, conforme al artículo 11 de la Ley 1150 de 2007, de lo contrario se liquidará unilateralmente por parte del CONTRATANTE dentro de los dos (2) meses siguientes, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 136 de la Ley 1437 de 2011. Para tal efecto se requerirá la presentación del certificado de recibido a satisfacción, en que conste que el servicio fue prestado a satisfacción y ciñéndose a las estipulaciones contractuales, y el cumplimiento de los aportes de que trata el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007. El Acta de Liquidación de mutuo acuerdo será suscrita por las partes contratantes. **PARÁGRAFO PRIMERO: El CONTRATANTE** al momento de liquidar el presente Contrato, en cumplimiento del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 en concordancia con lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, y por intermedio de los encargados de controlar la ejecución del mismo, deberá verificar y dejar constancia del cumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA frente a los aportes a los Sistemas de Salud, Riesgos Laborales, Pensiones y Aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (I.C.B.F.) y Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, durante la vigencia de este Contrato. **PARÁGRAFO SEGUNDO**: Para efectos de la liquidación del contrato de común acuerdo entre las partes se agotará el siguiente procedimiento dentro del término antes estipulado. El contratante invitará al CONTRATISTA a liquidar el contrato de común acuerdo. En caso de desacuerdo, el contratante mediante acto administrativo motivado dentro de los cuatro (4) meses previstos para la liquidación procederá a liquidarlo unilateralmente. **PARÁGRAFO TERCERO:** Los pagos contractuales pendientes que arroje la liquidación del contrato y que no sean materia de controversia entre los contratantes serán realizados

dentro de los treinta (30) días calendario, siguientes a la fecha de suscripción del Acta de Liquidación de común acuerdo, previo cumplimiento de los trámites administrativos y fiscales vigentes. Los valores controvertidos se pagarán una vez dirimida la controversia. **CLÁUSULA VIGESIMA QUINTA VEEDURÍAS CIUDADANAS:** El presente contrato está sujeto a la vigilancia y control ciudadano, en los términos que señala el artículo 66 de la Ley 80 de 1993. **CLAUSULA VIGÉSIMA SEXTA RÉGIMEN LEGAL:** Este contrato se regirá por el Estatuto General de Contratación Administrativa vigente y sus decretos reglamentarios, las leyes de presupuesto, en general las normas civiles y comerciales vigentes, las demás normas concordantes que rijan o lleguen a regir los aspectos del presente contrato y las disposiciones de la Policía Nacional que apliquen. **CLAUSULA VIGÉSIMA SEPTIMA DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para todos los efectos, las partes acuerdan como domicilio contractual la ciudad de Neiva, para constancia de lo anterior, se firma en un (1) original en Neiva a los_____

NOTA: Los anexos 1, 2, 3, 4, el listado de insumos y medicamentos, así como los servicios adicionales ofertados por el hospital, hacen parte integral del presente contrato y son de estricto cumplimiento.

LA POLICÍA NACIONAL

Ordenador del Gasto

EL CONTRATISTA

Representante Legal Entidad Contratista

(De Carácter informativo)
"DATO DEL CONTRATO"

CONTRATO	No.
CONTRATANTE	POLICÍA NACIONAL-REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 NIT: 900.419.719-1
REPRESENTANTE LEGAL Y/O DELEGADO	Mayor CRISTIAN HERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO
CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	CC: 7.318.436 de Chiquinquirá Boyacá
CARGO	JEFE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2
DISPOSICIÓN DE NOMBRAMIENTO	Resolución N° 092 de fecha 09/06/2020 debidamente facultado para celebrar contratos según Resolución N° 00277 del 27 de enero del 2020.
CONTRATISTA	**NOMBRE:** xxxxxxxxx **NIT**: xxxxxxxxxxxxxxx **GERENTE:** xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx **DOC. IDENTIDAD**: xxxxxxxxxxxxxxx **CIUDAD NOTIFICACIÓN**: xxxxxxxxxxxxxxxx **DIRECCIÓN:** xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx **TELÉFONO:** xxxxxxxxxxxxxxxxx **CORREO:** xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
CONSIDERANDOS	Que el presente contrato se deriva del PROCESO DE CONTRATACION DIRECTA No. **PN RASES CD 052 2021.**
SUPERVISOR DEL CONTRATO	La supervisión de los contratos que llegaren a celebrarse, quedaran cargo del funcionario que designe cada jefe de la UPRES TOLIMA, quien (es) hagan sus veces o quien (es) con posteridad designe el ordenador del gasto, quien (es) verificará (n) la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo con lo descrito para el efecto en la Resolución No. 00090 de 2018 "*por la cual se actualiza, modifica, y complementa el Manual de contratación de la Policía Nacional,* instructivo 016 de la Dirección Administrativa y Financiera, el instructivo 024 de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y la ley 1474 de 2011. El supervisor deberá dar pleno cumplimiento a la normativa legal vigente, así como también, deberá realizar el cargue de las supervisiones en la plataforma SECOP II. La notificación del supervisor la realizará el analista de contratos de la Unidad Prestadora de Salud Tolima mediante acta.
CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO	***PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, SEGÚN LOS ACUERDOS 002 DE 2001 Y 052 DE 2013 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2 EN LOS MUNICIPIOS DE ALPUJARRA, CASABIANCA, DOLORES, FALAN, LA VICTORIA-CALDAS,MARIQUITA, NATAGAIMA, RIOBLANCO,ROVIRA, SAN ANTONIO, SAN LUIS, SANTA ISABEL Y VILLAHERMOSA.***
CLAUSULA TERCERA.- VALOR	El valor estimado para el presente proceso de contratación es la suma de ciento cincuenta millones novecientos mil pesos M/CTE $ 150.900.000,00 distribuidos así: **PARA LA VIGENCIA ACTUAL 2021:** La suma de treinta millones setecientos ochenta mil pesos M/CTE $ 30.780.000,00. **PARA LA VIGENCIA FUTURA 2022**: La suma de ciento veinte millones ciento veinte mil pesos M/CTE $ 120.120.000,00 **GRUPO I "MUNICIPIO DE ALPUJARRA**": por valor de cuatro millones quinientos mil pesos M/CTE $4.500.000,00 distribuidos así: para la vigencia actual 2021 la suma de novecientos mil pesos M/CTE $ 900.000,00, y para la vigencia futura 2022 la suma de tres millones seiscientos mil pesos M/CTE $ 3.600.000,00.

	GRUPO II "MUNICIPIO DE CASABIANCA": por valor de cuatro millones quinientos mil pesos M/CTE $4.500.000,00 distribuidos así: para la vigencia actual 2021 la suma de novecientos mil pesos M/CTE $ 900.000,00, y para la vigencia futura 2022 la suma de tres millones seiscientos mil pesos M/CTE $ 3.600.000,00. **GRUPO III "MUNICIPIO DE DOLORES":** por valor de cuatro millones quinientos mil pesos M/CTE $4.500.000,00 distribuidos así: para la vigencia actual 2021 la suma de novecientos mil pesos M/CTE $ 900.000,00, y para la vigencia futura 2022 la suma de tres millones seiscientos mil pesos M/CTE $ 3.600.000,00. **GRUPO IV "MUNICIPIO DE FALAN":** por valor de once millones setecientos mil pesos M/CTE $11.700.000,00 distribuidos así: para la vigencia actual 2021 la suma de dos millones trecientos cuarenta mil pesos M/CTE $ 2.340.000,00, y para la vigencia futura 2022 la suma de nueve millones trecientos sesenta mil pesos M/CTE $ 9.360.000,00. **GRUPO V "MUNICIPIO DE LA VICTORIA – CALDAS":** por valor de siete millones doscientos mil pesos M/CTE $7.200.000,00 distribuidos así: para la vigencia actual 2021 la suma de un millón cuatrocientos cuarenta mil pesos M/CTE $ 1.440.000,00, y para la vigencia futura 2022 la suma de cinco millones setecientos sesenta mil pesos M/CTE $ 5.760.000,00. **GRUPO VI "MUNICIPIO DE MARIQUITA":** por valor de sesenta millones de pesos M/CTE $60.000.000,00 distribuidos así: para la vigencia actual 2021 la suma de doce millones de pesos M/CTE $ 12.000.000,00, y para la vigencia futura 2022 la suma de cuarenta y ocho millones de pesos M/CTE $ 48.000.000,00. **GRUPO VII "MUNICIPIO DE NATAGAIMA":** por valor de nueve millones cuatrocientos cincuenta mil pesos M/CTE $9.450.000,00 distribuidos así: para la vigencia actual 2021 la suma de un millón ochocientos noventa mil pesos M/CTE $ 1.890.000,00, y para la vigencia futura 2022 la suma de siete millones quinientos sesenta mil pesos M/CTE $ 7.560.000,00. **GRUPO VIII "MUNICIPIO DE RIOBLANCO":** por valor de cuatro millones quinientos mil pesos M/CTE $4.500.000,00 distribuidos así: para la vigencia actual 2021 la suma de novecientos mil pesos M/CTE $ 900.000,00, y para la vigencia futura 2022 la suma de tres millones seiscientos mil pesos M/CTE $ 3.600.000,00. **GRUPO IX "MUNICIPIO DE ROVIRA":** por valor de quince millones setecientos cincuenta mil pesos M/CTE $15.750.000,00 distribuidos así: para la vigencia actual 2021 la suma de tres millones setecientos cincuenta mil pesos M/CTE $ 3.750.000,00, y para la vigencia futura 2022 la suma de doce millones de pesos M/CTE $ 12.000.000,00. **GRUPO X "MUNICIPIO DE SAN ANTONIO":** por valor de seis millones trescientos mil pesos M/CTE $6.300.000,00 distribuidos así: para la vigencia actual 2021 la suma de un millón doscientos sesenta mil pesos M/CTE $ 1.260.000,00, y para la vigencia futura 2022 la suma de cinco millones cuarenta mil pesos M/CTE $ 5.040.000,00. **GRUPO XI "MUNICIPIO DE SAN LUIS":** por valor de nueve millones de pesos M/CTE $9.000.000,00 distribuidos así: para la vigencia actual 2021 la suma de un millón ochocientos mil pesos M/CTE $ 1.800.000,00, y para la vigencia futura 2022 la suma de siete millones doscientos mil pesos M/CTE $ 7.200.000,00. **GRUPO XII "MUNICIPIO DE SANTA ISABEL":** por valor de seis millones trecientos mil pesos M/CTE $6.300.000,00 distribuidos así: para la vigencia actual 2021 la suma de un millón doscientos sesenta mil pesos M/CTE $ 1.260.000,00, y para la vigencia futura 2022 la suma de cinco millones cuarenta mil pesos M/CTE $ 5.040.000,00. **GRUPO XIII "MUNICIPIO DE VILLAHERMOSA":** por valor de siete millones doscientos mil pesos M/CTE $7.200.000,00 distribuidos así: para la vigencia actual 2021 la suma de un millón cuatrocientos cuarenta mil pesos M/CTE $ 1.440.000,00, y para la vigencia futura 2022 la suma de cinco millones setecientos sesenta mil pesos M/CTE $ 5.760.000,00.

CLAUSULA CUARTA. - FORMA DE PAGO	Se pagará al **CONTRATISTA** el valor del contrato que resulte del presente proceso de manera mensual, dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la radicación de la factura comercial en la Ventanilla Única - Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Tolima, y asignación del turno para pago respectivo, acompañada de constancia de recibo a satisfacción de los servicios prestados, expedida por parte del supervisor del contrato junto con la acreditación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales. Respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016 y demás normatividad vigente. En el evento en el que la facturación la efectúe el consorcio o unión temporal bajo su propio NIT, de conformidad con lo establecido en el artículo 11 del Decreto 3050 de 1997 y demás normas que lo complementen, modifiquen o adicionen; la factura, además de señalar el porcentaje o valor del ingreso que corresponda a cada uno de los miembros del consorcio o unión temporal, indicará el nombre o razón social y el NIT de cada uno de ellos. Estas facturas deberán cumplir los requisitos señalados en las disposiciones legales y reglamentarias. Los documentos deben ser tramitados en la Ventanilla Única - Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Tolima, de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1150 de 2007, se asignará turno y número de radicación. En caso que el CONTRATISTA presente los documentos requeridos para el pago después del día seis (6) hábil del mes, los pagos se realizarán dentro de los (60) días hábiles siguientes a la fecha de la radicación. En todo caso, los pagos están sujetos a la disponibilidad de PAC y ubicación de los recursos por parte del Nivel Central. La factura debe cumplir con los requisitos establecidos en el Anexo No. 5 de la Resolución 4331 de 2012 del Ministerio de Salud y de la Protección Social. **Los soportes de las facturas se presentarán legajados en carpeta 4 aletas en cartulina blanca tipo propalcote máximo 250 folios por carpeta, legajado a tamaño oficio, sin documentos en formato fax, dando cumplimiento a la Ley de Archivo Documental del Archivo General de la Nación, anexando copia del contrato.** Los pagos previstos se acreditarán a la cuenta a favor del CONTRATISTA, o en otro banco o cuenta que éste designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias, por medio de aviso escrito con no menos de sesenta (60) días de anticipación, acompañado de certificación bancaria original con fecha de expedición no superior a treinta (30) días calendario, a nombre de la firma contratista. Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de Ley. **PROCEDIMIENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA EMISIÓN DEL RAS** El contratista debe allegar durante los primeros cinco (5) días hábiles del mes subsiguiente a la emisión de la factura, esta con los soportes RIPS, formato en Excel de la siguiente información en el siguiente orden: número de factura, fecha de la factura, fecha de prestación del servicio, nombre del usuario, documento de identificación, diagnóstico, procedimiento y valor facturado, el RAS técnico económico, con el fin de radicar la factura en la ventanilla única de radicación. Todas las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del CONTRATISTA, quien no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. Lo mismo se predicará en el caso de que el CONTRATISTA no elabore y presente el recibo a satisfacción en la Unidad Prestadora de Salud Tolima. **REQUISITOS QUE DEBE CUMPLIR LA FACTURA:**

Las facturas a entregar por parte del prestador del servicio deben cumplir con lo dispuesto en las Resoluciones 000042 y 000094 de 2020 de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN).

Las Facturas deben estar sistematizadas en el módulo SISAP WEB de la Policía Nacional, el cual generara un número pre radicado presentar impreso (código de verificación), la entidad ingresara al módulo de validación en la dirección; URL para el ingreso de las IPS al módulo de cuentas médicas SISAP WEB. https://recum.policia.gov.co:8080/cm/recum/Vista/frLogin.aspx con usuario y contraseña suministrado por parte de la Unidad Prestadora de Salud Tolima, Oficina Central de cuentas; se anexa guía de instrucción para el manejo técnico. La entidad que aún no cuente con usuario y contraseña para el ingreso a la plataforma deberá enviar la siguiente información al correo electrónico detol.upres-ccu@policia.gov.co en el caso de Tolima y la Dorada - Caldas con los datos del funcionario encargado de facturar y validar los RIPS.

MUNICIPIO	ENTIDAD	CC	RESPONSABLE RIPS	USUARIO	CONTRASEÑA	TEL FIJO	CELULAR	COD HABILITACION	CORREO ELECTRONICO

Las facturas deben estar dirigidas a la Regional De Aseguramiento en Salud Número 2, con NIT: 900.419.719-1

1. El CD con la información de los RIPS de igual forma debe llegar anexo a la factura.
2. Una vez estén radicadas en el módulo, las facturas físicas deben traer el pre-radicado impreso como tapa de las facturas a entregar.
3. El correo para recibir la facturación electrónica es detol.upres-ccu@policia.gov.co.
4. Las fechas establecidas para recibir facturación estas definidas en el archivo adjunto.
5. Las entidades que son sin ánimo de lucro deben anexar copia del acto administrativo.
6. Siempre se debe anexar el certificado de parafiscales.
7. Denominación: la factura debe denominarse expresamente factura de venta y debe estar pre-impreso.
8. Identificación del prestador de Servicios: debe indicarse claramente apellidos, nombre o razón social y NIT del prestador debe estar pre-impreso.
9. Numeración consecutiva: numeración consecutiva pre-impreso que debe corresponder a la numeración autorizada por la Dirección General de Impuestos y aduanas nacionales (algunos prestadores para diferenciar las facturas por rubros emplean prefijos alfabéticos, pero estos no deben exceder las cuatro letras).
10. Fecha de su expedición: que corresponda a la prestación del servicio.
11. Descripción detallada de los servicios prestados: relación pormenorizada de los servicios prestados al usuario, discriminando el valor unitario de los servicios y la cantidad de los mismos.
12. Valor total de los Servicios: sumatoria de los valores totales por servicio.

SOPORTES DE FACTURAS SEGÚN TIPO DE SERVICIO PRESTADO

1. Consultas ambulatorias:

a. Factura o documento equivalente.
b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
c. Autorización. Si aplica
d. Comprobante de recibido del usuario.

e. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades
f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

2. Servicios odontológicos ambulatorios:

a. Factura o documento equivalente.
b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
c. Autorización. Si aplica.
d. Comprobante de recibido del usuario.
e. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
f. Odontograma.
g. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

3. Exámenes de laboratorio, imágenes y otras ayudas diagnósticas ambulatorias:

a. Factura o documento equivalente.
b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
c. Autorización. Si aplica.
d. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico. Excepto en aquellos exámenes contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.
e. Comprobante de recibido del usuario.
f. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
g. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

4. Procedimientos terapéuticos ambulatorios:

a. Factura o documento equivalente.
b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
c. Autorización. Si aplica.
d. Comprobante de recibido del usuario.
e. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

5. Medicamentos de uso ambulatorio:

a. Factura o documento equivalente.
b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
c. Autorización. Si aplica
d. Comprobante de recibido del usuario.
e. Fotocopia de la fórmula médica.
f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

6. Insumos, oxígeno y arrendamiento de equipos de uso ambulatorio:

a. Factura o documento equivalente.
b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
c. Autorización. Si aplica
d. Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
e. Comprobante de recibido del usuario.

f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

7. Atención inicial de urgencias:

a. Factura o documento equivalente.
b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
c. Autorización. Si aplica.
d. Copia de la hoja de atención de urgencias o epicrisis en caso de haber estado en observación.
e. Copia de la hoja de administración de medicamentos.
f. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.
g. Comprobante de recibido del usuario.
h. Lista de precios si se trata insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.
i. Copia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito.
j. Copia del informe patronal de accidente de trabajo (IPAT) o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente. En caso de accidente de trabajo.
k. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

Adicionalmente, se solicita los siguientes soportes en las cuentas de URGENCIAS MÉDICAS:

- Formato de información a terceros.
- Certificación bancaria.
- Fotocopia del RUT.
- Fotocopia cédula representante legal.
- Código de la atención inicial de urgencias generado por la central de referencia de la Dirección de Sanidad Nacional y/o autorización de servicios posteriores por parte de referencia y contra referencia de la los cuales se solicitan a los correos disan.refer-nal@policia.gov.co; y disan.refer-griss@policia.gov.co;
- Listado adicional de soportes según el tipo de servicio facturado, conforme al anexo No.5 de la Resolución 3047 de 2008.

8. Servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria):

a. Factura o documento equivalente.
b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
c. Autorización. Si aplica.
d. Resumen de atención o epicrisis.
e. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos.
f. Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis.
g. Descripción quirúrgica.
h. Registro de anestesia.
i. Comprobante de recibido del usuario.
j. Lista de precios si se trata de insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.
k. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.
l. Fotocopia del informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.
m. Fotocopia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito

9. Ambulancia:

a. Factura o documento equivalente.
b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
c. Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos. Si aplica
d. Autorización. Si aplica
e. Hoja de traslado.
f. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

10. Honorarios profesionales:

a. Factura o documento equivalente.
b. Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
c. Autorización. Si aplica
d. Comprobante de recibido del usuario.
e. Descripción quirúrgica. Si aplica.
f. Registro de anestesia. Si aplica.
g. Recibo de pago compartido. No se requiere en caso de que a la entidad responsable del pago sólo se le facture el valor a pagar por ella.

DOCUMENTOS ADICIONALES A LA CUENTA DE COBRO.

- Acreditación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, pensiones y riesgos profesionales; respecto al pago de parafiscales se aplicará lo establecido en la normatividad vigente.
- Copia del contrato
- Certificación bancaria

Si los documentos en referencia son devueltos por la Regional de Aseguramiento en Salud N° 2 por inconsistencias como la falta de información o mal diligenciamiento de los mismos, la Regional de Aseguramiento en Salud N° 2, se obliga a la asignación nuevamente del turno, siempre y cuando se hubieren subsanado las observaciones y se haya cumplido con el trámite documental dentro del plazo indicado.

Una vez radicada la factura por parte del contratista, el supervisor del contrato dentro de los (2) días hábiles siguientes a su recepción, deberá revisar los documentos y soportes para expedir el Recibo a Satisfacción Técnico-Económico y devolver la cuenta junto con los soportes a la Central de Cuentas para continuar con el trámite de pago respectivo.

El recibo a satisfacción, aunque se encuentre suscrito por el supervisor del contrato, no implica el recibo o aprobación definitiva por parte de la POLICIA NACIONAL y por consiguiente, no exime al CONTRATISTA de su responsabilidad en cuanto a la calidad del servicio prestado o de cualquier otra obligación contractual o de responsabilidad civil.

Es importante mencionar que de conformidad con el sistema de tributación en Colombia cuyos principios y preceptos normativos son exigidos por el Estatuto Tributario, el cual por tratarse de una norma procedimental, tiene aplicabilidad en todos los impuestos (nacionales, departamentales y municipales); así mismo hay que tener en cuenta que es deber del estado actuar como agente retenedor en el recaudo de los impuestos a título de anticipo por intermedio de los establecimientos públicos del orden nacional. Por lo anterior es importante mencionar la responsabilidad del Unidad prestadora de salud Tolima en la aplicabilidad de estos gravámenes a las tarifas establecidas según cada concepto de retención y de acuerdo con la clasificación o tipo de contribuyente. (Retención en la fuente, Retención en la fuente por IVA, Retención del impuesto de industria y comercio y Sobretasa bomberíl).

PARÁGRAFO 1: AUDITORIA DE CUENTAS

La facturación presentada estará sujeta a la auditoría de cuentas, para lo cual el responsable de la ventanilla única – central de cuentas UPRES Tolima, tramitará la cuenta acompañada del

recibo a satisfacción técnico, para que se realice la auditoria, según los tiempos estipulados en el Artículo 57 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011.

PARÁGRAFO 2: TRAMITE DE GLOSAS

En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad con los tiempos establecidos en el Artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

PARÀGRAFO 3: CONCILIACION DE GLOSAS

En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitarán de conformidad con lo establecido en el ARTÍCULO 57 de la ley 1438 del 19 de enero de 2011 el cual a la letra expresa:

"*Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.*

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas.

Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley."

Si no se llegara a una conciliación efectiva en la Regional de Aseguramiento en Salud No. 2, la siguiente instancia será el Grupo de Auditoría de Cuentas Médicas y Concurrencia de la Dirección de Sanidad.

AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS A LAS FACTURAS RADICADAS MANUALMENTE

Una vez se realicen las actividades estipuladas en la guía de lineamientos para la radicación y obligación de cuentas medicas definido por el Central de Cuentas de la DISAN, las facturas deben ser entregadas al médico auditor, con el fin de iniciar el proceso de auditoría.

El médico auditor, verificará 100% de las cuentas médicas con los soportes correspondientes, según lo regula el Decreto 4747 de 2007 "*Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago del os servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones*" o la norma que lo adicione, modifique o sustituya; y la Resolución 3047 de 2008 "*Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de evio, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables de pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007*".

Si una vez verificada la cuenta, el auditor médico determina que hay una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, actuara dentro de los tiempos establecidos según la Ley 1438 de 2011 "*Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*" en su artículo 57 "*tramite de glosas*":

- Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

- El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

- Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas nuevamente a la entidad responsable del pago.

RESPUESTA Y CONCILIACION DE GLOSA

El auditor médico de cuentas procede a revisar los soportes enviados por el prestador en relación a la objeción presentada en la revisión inicial, verificando se haya subsanado la novedad objetada, se anexen los soportes correspondientes o se acepte por parte del prestador la glosa, la respuesta del prestador deberá corresponder a las siguientes explicaciones de acuerdo a la Resolución 3047 del 2008:

CÓDIGO	CAUSA	EXPLICACION
996	Glosa o devolución injustificada	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la Unidad de Sanidad Policial que la glosa o devolución es injustificada al 100%.
997	No subsanada (Glosa o devolución Totalmente aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la Unidad de Sanidad Policial que la glosa o devolución ha sido aceptada al 100%.
998	Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la Unidad de Sanidad Policial que la glosa o devolución ha sido aceptada parcialmente.
999	Subsanada (Glosa o Devolución No Aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la Unidad de Sanidad Policial que la glosa o devolución siendo justificada ha podido ser subsanada totalmente.

En caso que la novedad sea subsanada por el prestador, el auditor levantara la glosa y se procede a realizar la Certificación de auditoria para el pago del valor correspondiente, la cual debe realizarse en el formato código 1AR-FR-0026 Certificación de Cuentas Médicas.

En caso de que la objeción no sea subsanada, que los soportes sean insuficientes o no exista pertinencia demostrada a la objeción, se procederá a la citación por escrito al prestador de los

servicios, con el fin de realizar conciliación de la objeción presentada, dicha citación se realizará mediante oficio que firma el Jefe de la Unidad Prestadora de Salud, en el cual se relacionara la fecha de la citación a conciliar, facturas a conciliar y novedades no subsanadas en cada una de ellas.

El día de la citación, se procede a sustentar ante el prestador los motivos por los cuales no se subsano la novedad, tienen presente la normatividad que ampara el proceso y los contratos existentes. Posteriormente se escuchan los argumentos del prestador y se realizara conciliaciones de las novedades, en caso de existir consenso, dejando constancia por escrito en el formato Código 1AR-FR-0026 procedimiento "administrar cuentas por pagar: Certificación de auditor médica", de las decisiones tomadas en la conciliación.

En caso de que no se llegue a un acuerdo conciliatorio entre las partes, para alguna de las objeciones, se dejara constancia en el acta de conciliación de esta novedad, explicando el desacuerdo, con el fin de obrar como antecedente ante futuras solicitudes de la Súper Salud. Posteriormente, se remitirá los soportes a nivel central para realizar conciliación de segunda instancia y en caso de continuar el desacuerdo, se debe continuar el proceso ante la Superintendencia Nacional de Salud.

CONCILIACION DE GLOSA EN SEGUNDA INSTANCIA

Enviar un comunicado de solicitud al Jefe del Área Gestión de Aseguramiento en Salud, especificando los datos de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, la cantidad de facturas, el número de radicado, los número de facturas, el valor a conciliar, el número de folios adjuntos en PDF al comunicado y exponer puntualmente el motivo por el cuál no se llegó a un acuerdo con la entidad. El médico auditor de cuentas de la unidad que determinó la segunda instancia, debe aportar todos los soportes, los cuales deben estar escaneados de manera ordenada, foliados y con buena calidad de imagen, además deben adjuntar las actas de conciliación y soportes de las gestiones realizadas para el acercamiento a conciliar con la IPS.

El médico auditor de cuentas de la unidad que determinó la segunda instancia debe estar disponible para aportar los soportes y la información necesaria que requiera el médico auditor asignado para la conciliación por el ámbito central. Por lo anterior, relacionaran el nombre del médico de la unidad con el número de contacto y correo electrónico. En el caso en que el médico ya no se encuentre laborando con la unidad o presente alguna novedad, deben relacionarse el nombre de la persona que queda a cargo de esta actividad.

El Grupo Auditoría Cuentas Médicas y Concurrencia tomará contacto con la unidad, con el fin de informar el nombre y los datos de contacto del auditor del ámbito central asignado, para realizar la conciliación por segunda instancia.

Antes de llegar a conciliación por segunda instancia se deben agotar todas las posibilidades de conciliación con las IPS, de acuerdo a la normatividad vigente y a las directrices establecidas en el instructivo 019 de 2020 "*Componente Auditoría de la Facturación de los Eventos en Salud de la Dirección de Sanidad",*

IMPUTABILIDAD Y COMPLICACIONES POR PARTE DEL PRESTADOR

De acuerdo a la **RESOLUCION 5261 DE 1994 "***Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*", se define en su artículo 22 la calidad en la prestación de los servicios y su respectiva evaluación tal y como se presenta a continuación:

- Calidad de la atención es el conjunto de características técnico- científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludables y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados. Sus características son: oportunidad, agilidad, accesibilidad, continuidad, suficiencia, seguridad, integralidad e integridad, racionalidad lógico-científica, costo-

efectividad, eficiencia, humanidad, información, transparencia, consentimiento y grado de satisfacción de los usuarios.

- Evaluación de calidad de la atención es la medición del nivel de calidad de una actividad, procedimiento o guía de atención integral de salud.

De acuerdo a lo anterior, el SOGCS adoptó el sistema de información para la calidad que en su anexo técnico establece los lineamientos para la vigilancia de los eventos adversos (entendidos como lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, los cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la propagación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos de no calidad), así las cosas el prestador involucrado en la prestación de un evento adverso debe adelantar el respectivo análisis causal (Protocolo de Londres) que permita establecer las responsabilidades frente al hecho, para adoptar los correctivos y acciones preventivas pertinentes.

Lo anterior, sin perjuicio de las investigaciones que se adelanten para establecer las causas y consecuencias de la complicación e inicie las acciones civiles o penales a que hubiere lugar.

Si de los resultados de las investigaciones, la responsabilidad es imputable al contratista, se formulara la respectiva cuenta de cobro con el objeto que se efectué el reembolso del valor de los servicios médicos y/o quirúrgicos que demando el tratamiento integral de las complicaciones y que la entidad responsable de pago hubiere pagado por tal concepto al contratista u otro proveedor.

Desde el punto de vista jurídico para establecer cuándo, bajo el articulado de los manuales tarifarios vigentes, se puede negar un pago o recobrar una atención prestada por la IPS derivada de un hecho relacionada con una complicación inherente al prestador, se debe primero definir claramente por parte de un comité evaluador (revisión por pares) la imputabilidad del prestador en el hecho, para lo cual debe demostrarse la existencia de impericia, negligencia o imprudencia en la casualidad del hecho, para determinar si se trata de daño, culpa o dolo. Esta imputabilidad muy seguramente puede derivar en situaciones que conduzcan a acciones civiles o penales.

Si no se llegara a una conciliación efectiva en la REGIONAL O UPRES, la siguiente instancia es el Grupo de Auditoría Médica de la Dirección de Sanidad.

CAUSALES DE NO PAGO

- Todo servicio ambulatorio (primera vez o control) u hospitalario que no cuente con formato de autorización por parte de la central de autorizaciones de la Unidad Prestadora de Salud Tolima.

- Todo procedimiento adicional no autorizado, salvo que se haya prestado atendiendo un riesgo inminente para la vida del paciente.

- *Atención del evento adverso prevenible*; El contratista debe reportar dentro de los cinco (5) días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados en la ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora al supervisor del contrato y al ordenador del gasto, asumiendo los costos de atención del evento adverso" dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS - FR - 0006 " reporte de incidentes y eventos adversos" el cual se adjuntará a la minuta contractual.

- 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.

- 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

<table>
<tr><td></td><td>DISAN (El concepto de favorabilidad para estos casos que emita el CTC, obrará como herramienta de mejoramiento y supervisión, más no como causal de no pago).

• Las contempladas en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen.

Los servicios de <u>ALTO COSTO, TUTELAS Y CTC,</u> 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 Forma de pago del presente contrato incluidas las lecturas de apoyo diagnóstico (Imagenología) y anexo un cuadro en EXCEL con la siguiente información:

<table>
<tr><th>Nombre del Usuario</th><th>Tipo de documento</th><th>No. De identificación</th><th>Edad</th><th>Valor de factura</th><th>Fecha de ingreso</th><th>Fecha de Egreso</th><th>Diagnostico</th><th>No. De factura</th><th>Fecha de factura</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

NOTA: La facturación debe ser cargada al sistema SECOP II con el fin de que se ejecute dentro de la misma y que posibilité su pago y futura liquidación una vez terminado, teniendo en cuenta que por defecto la Plataforma está configurada para debitar de la cuantía total los pagos parciales radicados.</td></tr>
<tr><td>CLAUSULA QUINTA. - APROPIACIÓN PRESUPUESTAL</td><td>El presente contrato está respaldado por el certificado de disponibilidad presupuestal N° _____ de fecha _____ emitido por el jefe de presupuesto de la Regional de Aseguramiento en salud No. 2</td></tr>
<tr><td>CLAUSULA SEXTA. - PLAZO DE EJECUCIÓN</td><td>El plazo de ejecución de los contratos que se suscriban como resultado del proceso de contratación, será hasta el 30 de junio de 2022 y/o hasta agotar el presupuesto por parte del contratista, tiempo durante el cual el CONTRATISTA deberá dar cumplimiento a la prestación que se obliga. Dicho plazo iniciará a partir de la entrega de la carta de inicio de ejecución del contrato.</td></tr>
<tr><td>CLAUSULA OCTAVA: LUGAR DE ENTREGA</td><td>El servicio será prestado en la sede o sedes ofrecidas por los oferentes en los municipios de ESPINAL, HONDA, LIBANO, LERIDA, CHAPARRAL, PURIFICACION EN EL TOLIMA Y LA DORADA CALDAS", los cuales deben encontrarse debidamente habilitados e inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de la Secretaria de Salud Departamental.</td></tr>
<tr><td>CLAUSULA DECIMA OCTAVA- MONEDA DEL CONTRATO</td><td>Pesos colombianos</td></tr>
</table>

LA POLICÍA NACIONAL

Ordenador Del Gasto

EL CONTRATISTA

Representante Legal de la entidad

ANEXO N° 6

OFERTA ECONÓMICA

GRUPO	DESCRIPCION	PRECIO Y/O TARIFA TECHO	PRECIO Y/O TARIFA OFERTADO
I HOSPITAL SAN ISIDRO DE ALPUJARRA	*servicios ambulatorios e intrahospitalarios de baja complejidad que incluye hospitalización, apoyo diagnóstico y terapéutico, servicio de urgencias médicas que esten habilitados e inscritos en el REPS.*	SOAT VIGENTE	

DESCRIPCIÓN	TARIFA Y/O PRECIO OFERTADO
Suministro de Medicamentos	Tarifas institucionales
Insumos	Tarifas institucionales
Servicios de ambulancias	Tarifas institucionales

GRUPO	DESCRIPCION	PRECIO Y/O TARIFA TECHO	PRECIO Y/O TARIFA OFERTADO
II HOSPITAL SANTO DOMINGO DE CASABIANCA	*servicios ambulatorios e intrahospitalarios de baja complejidad que incluye hospitalización, apoyo diagnóstico y terapéutico, servicio de urgencias médicas que esten habilitados e inscritos en el REPS.*	SOAT VIGENTE	

DESCRIPCIÓN	TARIFA Y/O PRECIO OFERTADO
Suministro de Medicamentos	Tarifas institucionales
Insumos	Tarifas institucionales
Servicios de ambulancias	Tarifas institucionales

GRUPO	DESCRIPCION	PRECIO Y/O TARIFA TECHO	PRECIO Y/O TARIFA OFERTADO
III HOSPITAL SAN RAFAEL DE DOLORES	*servicios ambulatorios e intrahospitalarios de baja complejidad que incluye hospitalización, apoyo diagnóstico y terapéutico, servicio de urgencias médicas que esten habilitados e inscritos en el REPS.*	SOAT VIGENTE	

DESCRIPCIÓN	TARIFA Y/O PRECIO OFERTADO
Suministro de Medicamentos	Tarifas institucionales
Insumos	Tarifas institucionales
Servicios de ambulancias	Tarifas institucionales

GRUPO	DESCRIPCION	PRECIO Y/O TARIFA TECHO	PRECIO Y/O TARIFA OFERTADO
IV HOSPITAL SANTA ANA DE FALAN	*servicios ambulatorios e intrahospitalarios de baja complejidad que incluye hospitalización, apoyo diagnóstico y terapéutico, servicio de urgencias médicas que esten habilitados e inscritos en el REPS.*	SOAT VIGENTE	

DESCRIPCIÓN	TARIFA Y/O PRECIO OFERTADO
Suministro de Medicamentos	Tarifas institucionales
Insumos	Tarifas institucionales
Servicios de ambulancias	Tarifas institucionales

GRUPO	DESCRIPCION	PRECIO Y/O TARIFA TECHO	PRECIO Y/O TARIFA OFERTADO
V HOSPITAL SAN SIMON DE LA VICTORIA-CALDAS	*servicios ambulatorios e intrahospitalarios de baja complejidad que incluye hospitalización, apoyo diagnóstico y terapéutico, servicio de urgencias médicas que esten habilitados e inscritos en el REPS.*	SOAT VIGENTE	

DESCRIPCIÓN	TARIFA Y/O PRECIO OFERTADO
Suministro de Medicamentos	Tarifas institucionales
Insumos	Tarifas institucionales
Servicios de ambulancias	Tarifas institucionales

GRUPO	DESCRIPCION	PRECIO Y/O TARIFA TECHO	PRECIO Y/O TARIFA OFERTADO
VI HOSPITAL SAN JOSE DE MARIQUITA	*servicios ambulatorios e intrahospitalarios de baja complejidad que incluye hospitalización, apoyo diagnóstico y terapéutico, servicio de urgencias médicas que esten habilitados e inscritos en el REPS.*	SOAT VIGENTE	

DESCRIPCIÓN	TARIFA Y/O PRECIO OFERTADO
Suministro de Medicamentos	Tarifas institucionales
Insumos	Tarifas institucionales
Servicios de ambulancias	Tarifas institucionales

GRUPO	DESCRIPCION	PRECIO Y/O TARIFA TECHO	PRECIO Y/O TARIFA OFERTADO
VII HOSPITAL SAN ANTONIO DE NATAGAIMA	*servicios ambulatorios e intrahospitalarios de baja complejidad que incluye hospitalización, apoyo diagnóstico y terapéutico, servicio de urgencias médicas que esten habilitados e inscritos en el REPS.*	SOAT VIGENTE	

DESCRIPCIÓN	TARIFA Y/O PRECIO OFERTADO
Suministro de Medicamentos	Tarifas institucionales
Insumos	Tarifas institucionales
Servicios de ambulancias	Tarifas institucionales

GRUPO	DESCRIPCION	PRECIO Y/O TARIFA TECHO	PRECIO Y/O TARIFA OFERTADO
VIII HOSPITAL MARIA INMACULADA DE RIOBLANCO	*servicios ambulatorios e intrahospitalarios de baja complejidad que incluye hospitalización, apoyo diagnóstico y terapéutico, servicio de urgencias médicas que esten habilitados e inscritos en el REPS.*	SOAT VIGENTE	

DESCRIPCIÓN	TARIFA Y/O PRECIO OFERTADO
Suministro de Medicamentos	Tarifas institucionales
Insumos	Tarifas institucionales
Servicios de ambulancias	Tarifas institucionales

GRUPO	DESCRIPCION	PRECIO Y/O TARIFA TECHO	PRECIO Y/O TARIFA OFERTADO
IX HOSPITAL SAN VICENTE DE ROVIRA	*servicios ambulatorios e intrahospitalarios de baja complejidad que incluye hospitalización, apoyo diagnóstico y terapéutico, servicio de urgencias médicas que esten habilitados e inscritos en el REPS.*	SOAT VIGENTE	

DESCRIPCIÓN	TARIFA Y/O PRECIO OFERTADO
Suministro de Medicamentos	Tarifas institucionales
Insumos	Tarifas institucionales
Servicios de ambulancias	Tarifas institucionales

GRUPO	DESCRIPCION	PRECIO Y/O TARIFA TECHO	PRECIO Y/O TARIFA OFERTADO
X HOSPITAL LA MISERICORDIA DE SAN ANTONIO	*servicios ambulatorios e intrahospitalarios de baja complejidad que incluye hospitalización, apoyo diagnóstico y terapéutico, servicio de urgencias médicas que esten habilitados e inscritos en el REPS.*	SOAT VIGENTE	

DESCRIPCIÓN	TARIFA Y/O PRECIO OFERTADO
Suministro de Medicamentos	Tarifas institucionales
Insumos	Tarifas institucionales
Servicios de ambulancias	Tarifas institucionales

GRUPO	DESCRIPCION	PRECIO Y/O TARIFA TECHO	PRECIO Y/O TARIFA OFERTADO
XI HOSPITAL SERAFIN MONTAÑA CUELLAR DE SAN LUIS	*servicios ambulatorios e intrahospitalarios de baja complejidad que incluye hospitalización, apoyo diagnóstico y terapéutico, servicio de urgencias médicas que esten habilitados e inscritos en el REPS.*	SOAT VIGENTE	

DESCRIPCIÓN	TARIFA Y/O PRECIO OFERTADO
Suministro de Medicamentos	Tarifas institucionales
Insumos	Tarifas institucionales
Servicios de ambulancias	Tarifas institucionales

GRUPO	DESCRIPCION	PRECIO Y/O TARIFA TECHO	PRECIO Y/O TARIFA OFERTADO
XII HOSPITAL CARLOS TORRENTE LLANO DE SANTA ISABEL	*servicios ambulatorios e intrahospitalarios de baja complejidad que incluye hospitalización, apoyo diagnóstico y terapéutico, servicio de urgencias médicas que esten habilitados e inscritos en el REPS.*	SOAT VIGENTE	

DESCRIPCIÓN	TARIFA Y/O PRECIO OFERTADO
Suministro de Medicamentos	Tarifas institucionales
Insumos	Tarifas institucionales
Servicios de ambulancias	Tarifas institucionales

GRUPO	DESCRIPCION	PRECIO Y/O TARIFA TECHO	PRECIO Y/O TARIFA OFERTADO
XIII HOSPITAL ISMAEL PERDOMO DE VILLAHERMOSA	*servicios ambulatorios e intrahospitalarios de baja complejidad que incluye hospitalización, apoyo diagnóstico y terapéutico, servicio de urgencias médicas que esten habilitados e inscritos en el REPS.*	SOAT VIGENTE	

DESCRIPCIÓN	TARIFA Y/O PRECIO OFERTADO
Suministro de Medicamentos	Tarifas institucionales
Insumos	Tarifas institucionales
Servicios de ambulancias	Tarifas institucionales

ANEXO N° 7

ACREDITACIONES

El oferente debe certificar mediante documento escrito dirigido al Jefe de la Regional de Aseguramiento N° 2 firmado por el representante legal y/o apoderado lo siguiente:

- El sostenimiento de precios y/o tarifas los cuales bajo ninguna circunstancia deben ser objeto de modificación o reajuste.

- Que tiene la capacidad en instalaciones, maquinaria, equipos, vehículos, recurso humano y/o todos aquellos aspectos que le que le permitirán cumplir a cabalidad con el objeto contractual. Además, que podrá prestar de manera oportuna los servicios objeto del presente proceso de contratación.

- Que realizó la verificación de la autenticidad del título de cada uno de los profesionales con los cuales cumplirá con el objeto contractual del proceso de contratación en referencia.

- Que garantizará que acepta y facilitará las visitas de los auditores médicos para la realización de AUDITORIAS CONCURRENTES que incluyen:

  -Visitas a pacientes hospitalizados
  - Revisión de historias clínicas
  - Revisión de hojas de descripción quirúrgica o de procedimientos
  - Revisión de hojas de gasto. - Verificación del nivel de satisfacción de los usuarios de la Policía Nacional

- Que presentará Informe mensual que contenga como mínimo el servicio prestado al usuario, la clase y numero de estudio realizado, reclamado y no reclamado por los usuarios, nombre e identificación del usuario REPS.

- Que dispondrá de una persona encargada de la Coordinación y una línea telefónica directa para garantizar el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre procedimientos, quejas, asignación de citas y en general para la atención del paciente.

- Que dispone de los dispositivos médicos y biomédicos necesarios para la prestación de los servicios de salud, infraestructura y recurso humano.

- Que informará oportunamente cuando prescinda del servicio de alguno de los funcionarios relacionados para la prestación del servicio y en el evento de contratar a otra persona, esta deberá cumplir con la misma idoneidad.

- La prestación del servicio a todos los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional sin discriminación alguna, siempre y cuando presenten carné o constancia vigentes expedidas en afiliaciones de la Unidad Prestadora de Salud Tolima de la Policía Nacional y autorización del servicio emitida por referencia y contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Salud Tolima, excepto la atención en el servicio de urgencias.

- La accesibilidad y oportunidad a los usuarios de la Policía en la atención de los servicios ofertados y que en caso de que la institución prestadora de servicios de salud no cuente con un servicio de salud que se haya contratado, es responsable de efectuar los trámites y

coordinaciones necesarias para garantizar la atención oportuna y la atención del paciente sin que constituya costos adicionales para la Unidad Prestadora de Salud Tolima y siendo cobrados a las tarifas o precios pactados en el contrato que se llegare a celebrar.

- La oportunidad máxima para consulta especializada ambulatoria será conforme al estándar máximo permitido por la Superintendencia Nacional de Salud, de igual manera para la cirugía ambulatoria esta no será superior a 30 días calendario.

- Que autoriza realizar actividades de auditoria médica y de cuentas en su IPS cuando la Unidad Prestadora de Salud Tolima lo considere necesario.

- Que todo bien o servicio fuera del plan de beneficios del SSPN, deberá ser tramitado para estudio de aprobación ante el Comité Técnico Científico (CTC del nivel central DISAN), para lo cual el especialista tratante deberá diligenciar completamente el formato de justificación diseñado para tal fin por parte del SSPN y remitirlo a la central de autorización de la Unidad Prestadora de Salud Tolima, para que se adelante el trámite ante el CTC del nivel central.

- Que, en caso de resultar adjudicatario, dentro de los tres días hábiles siguientes a la firma del contrato, presentará todos los precios para cada uno de los servicios adquiridos con código CUPS en hoja de cálculo de acuerdo a la tarifa y/o precios que se llegaren a pactar.

- La oportunidad en los servicios de urgencias corresponderá a la atención del Triage I de manera inmediata, Triage II dentro de los siguientes 15 minutos a la llegada del paciente y en el caso de atender Triage III máximo 60 minutos posteriores al ingreso del paciente y para Triage IV será direccionado a consulta externa.

- Que el personal asistencial que preste los servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencias, se base en el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial (Acuerdo 002 CSSMP de 2001) y el Manual único de Medicamentos y Terapéutica del SSPN (Acuerdo 052 del 1 de abril de 2013 del CSSMP, Resolución 438 del 28 de noviembre de 2017 y demás normas que lo complementen o modifiquen) que se pueden consultar en la página www.mindefensa.gov.co.

- Que dará cumplimiento a lo establecido en la ley 594 de 2000 ***"...POR MEDIO DE LA CUAL SE DICTA LA LEY GENERAL DE ARCHIVOS Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES..."*** *por lo cual presentara la documentación en carpeta 4 aletas en cartulina blanca tipo propalcote máximo 200 folios por carpeta, foliada a lápiz en la parte inferior derecha, sin ganchos grapados, sin hojas sueltas, documentos que estén a media hoja deben venir pegados en otra hoja tamaño carta u oficio.*

- Que socializará el instructivo 018 "proceso de referencia y contrarreferencia" de la Policía Nacional, con el fin de ser aplicado por el personal del proceso de atención al usuario y personal de referencia y contrarreferencia de la IPS.

- Que informará oportunamente cuando prescinda del servicio de alguno de los funcionarios relacionados para la prestación del servicio y en el evento de contratar a otra persona, esta deberá cumplir con la misma idoneidad y deberá anexar los soportes que la acrediten.

- Que reportará al supervisor del contrato los indicadores de la Circular UNICA indicadores de alerta temprana, 056 y 058 de 2009, indicadores de la Resolución 256 de 2015, Resolución 1552 de 2013 así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la

Atención en Salud en físico o mediante correo electrónico que contenga la información solicitada al correo institucional detol.upres@policia.gov.co.

- Que los servicios que se presten con posteridad al plazo de ejecución o a la terminación del presupuesto asignado no serán asumidos por la Unidad Prestadora de Salud Tolima, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con la normatividad vigente.

- Que cuenta y cumple con el Manual de Gestión de Insumos y medicamentos el cual establece, define y regula: la Selección, Adquisición, Transporte, Recepción, Almacenamiento, Conservación, Control de fechas de vencimiento, Control de cadena de frio, Distribución, Dispensación, Devolución, Disposición final Seguimiento al uso de los medicamentos e insumos necesarios para la prestación del servicio a los usuarios del subsistema de la Policía Nacional.

- Que presentará el Cronograma general de mantenimiento de la dotación según clasificación del riesgo (Decreto 4725 de 2005) y las recomendaciones de los fabricantes.

NOMBRE DEL PROPONENTE :
NIT o C.C. :
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL :
C.C. :
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL :
DIRECCIÓN :
TELÉFONO

ANEXO No. 08

DOCUMENTO INFORMATIVO

FORMULARIO REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

Código: 3SS-FR-0006 Fecha: 24/10/2018 Versión: 3	PROCESO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS	POLICÍA NACIONAL

El reporte de eventos que usted va a realizar nos permite identificar riesgos y situaciones que ayudarán a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes dentro del Programa de Seguridad del Paciente

ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD POLICIAL:

FECHA DE NOTIFICACIÓN: DD | MM | AA — CÓDIGO DE REPORTE:

ATENCIÓN: Los campos identificados con el PUNTO NEGRO corresponden a la mínima información necesaria para que el evento pueda ser evaluado y por tanto deben ser diligenciados en su totalidad

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

1. NOMBRES Y APELLIDOS	•	2. HISTORIA CLÍNICA	•
3. DIAGNÓSTICO	4. EDAD	5. SEXO: F / M	6. HABITACIÓN
7. MÉDICO TRATANTE:			

II. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

8. FECHA OCURRENCIA	9. HORA		10. ÁMBITO DE OCURRENCIA			
DD / MM / AA	am	pm	Ambulatorio	Hospitalario	Urgencias	Procedimientos diagnósticos
11. NOMBRE DEL SERVICIO:						

12. DESCRIPCIÓN

13. TIPO DE EVENTO	ADVERSO	INCIDENTE	COMPLICACIÓN	14. SEVERIDAD DEL EVENTO	SEVERO	MODERADO	LEVE	NO DAÑO

Evento adverso: Todo daño al paciente que se produce de manera no intencional y es atribuible a la atención en salud.

Incidente: Es un evento o circunstancia que sucede en la atención de salud de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los

Complicacion: Daño o resultado clínico no esperado, no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad, o a las condiciones propias del paciente.

III. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS: (Diligencie este campo cuando el evento este relacionado con los medicamentos o dispositivos médicos. Marque **M** para el caso de Medicamentos y **DM** para el caso de dispositivo médico)

M	DM	15. NOMBRE	•	16. DOSIS/REGIMEN/VÍA	17. LOTE	18. REFERENCIA/MOD	19. SERIE	20. FABRICANTE

IV. INFORMACIÓN DEL REPORTANTE

21. NOMBRES Y APELLIDOS	22. CARGO	23. SERVICIO

V. ANÁLISIS DE CAUSAS

PACIENTE Y FAMILIA

* Condiciones anatómicas y psicológicas del paciente.
* No acatamiento de normas de seguridad del hospital.
* Poca colaboración del paciente
* Suministro de información insuficiente sobre

MÉTODOS Y PROCESOS

* No existen procesos para el desarrollo de la tarea.
* Etapas del proceso poco claras o definidas.
* No se dispone de protocolos o estándares.

MEDIO AMBIENTE ENTORNO HOSPITALARIO

* Congestión, desorden, falta de espacio.
* Temperatura, luz, humedad, ruido
* Falta de suministro de agua, energía, aire, etc.
* Estructura y diseño de

EVENTO PRESENTADO

MEDICOS (MÉDICO QUIRÚRGICO, EQUIPOS BIOMÉDICOS, REACTIVOS DE DIAGNÓSTICO)

* Preparación o acondicionamiento
*Productos defectuosos
*Claridad en etiquetas o instructivos.
*Falta de funcionamiento.
*No disponibilidad

MANO DE OBRA (FACTOR HUMANO)

*Decisiones erradas
*Personal insuficiente
*Lapusu o distracciones
*Falta de conocimiento y entrenamiento
*Incumplimiento de normas y procedimientos de trabajo
*Errores en el manejo del sistema de información
*Exceso de confianza

Página 2

OTRAS CAUSAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

VI. PLAN DE INTERVENCIÓN

CAUSA IDENTIFICADA	QUÉ HACER	QUIÉN	CUÁNDO			VERIFICACIÓN		
			DD	MM	AAAA	DD		AAAA
			DD	MM	AAAA	DD		AAAA
			DD	MM	AAAA	DD		AAAA
			DD	MM	AAAA	DD		AAAA

VII. VERIFICACIÓN DE LAS ACCIONES DE INTERVENCIÓN Y CIERRE DEL REPORTE

Fecha de verificación			Jefe del área	Responsable Seguridad del Paciente
DD	MM	AAAA		

FORMULARIO No. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Señores
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2
Ciudad

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Contratación Directa **PN RASES CD 061 2021** cuyo objeto es la ***"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, SEGÚN LOS ACUERDOS 002 DE 2001 Y 052 DE 2013 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2 EN LOS MUNICIPIOS DE ALPUJARRA, CASABIANCA, DOLORES, FALAN, LA VICTORIA-CALDAS,MARIQUITA, NATAGAIMA, RIOBLANCO,ROVIRA, SAN ANTONIO, SAN LUIS, SANTA ISABEL Y VILLAHERMOSA"***

Yo (Nombre) (s) de la(s) persona(s) que está(n) suscribiendo la propuesta, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de (Calidad en la que actúa el(los) firmante(s) de la propuesta; si el(los) oferente(s) actúa(n) en su propio nombre, éste (éstos) deberá(n) suscribirlo. Si la oferta se presenta bajo la modalidad de representación ya sea de una Unión Temporal o de un Consorcio, deberá firmarla la persona a la cual se le otorgó el correspondiente poder para suscribir la propuesta y adjuntarlo a la misma. Si la oferta se presenta por persona jurídica, deberá firmarla el Representante Legal de la misma), de conformidad con lo establecido en el (En el evento de que la propuesta sea presentada por varias personas y el suscriptor de la carta sea una sola persona, deberá indicarse en este aparte el poder o el compromiso de asociación, o el convenio de Unión Temporal o Consorcio, o el documento pertinente en donde conste la designación de tal persona para presentar oferta en nombre de los demás), me permito presentar, en nombre de (Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), propuesta seria y formal para participar en el proceso de Contratación Directa **PN RASES CD 061 2021,** convocado por la RAGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2, cuyo objeto es la ***"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, SEGÚN LOS ACUERDOS 002 DE 2001 Y 052 DE 2013 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2 EN LOS MUNICIPIOS DE ALPUJARRA, CASABIANCA, DOLORES, FALAN, LA VICTORIA-CALDAS,MARIQUITA, NATAGAIMA, RIOBLANCO,ROVIRA, SAN ANTONIO, SAN LUIS, SANTA ISABEL Y VILLAHERMOSA"*** conforme a la información suministrada en los términos establecidos en la invitación que rige el proceso, en las Leyes de la República de Colombia y en particular de la Ley 80 de 1993, sus Decretos reglamentarios, los Códigos Civil y de Comercio, y las demás normas que conforman el régimen legal del presente proceso de contratación, o que llegaren a regular algún aspecto concerniente a él.

Las características se encuentran detalladamente enunciadas en la invitación y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a las mismas, teniendo en cuenta su descripción.

En relación con la propuesta que presento, manifiesto lo siguiente:

1. Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de la invitación y de sus Anexos y Formularios.
2. Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.

3. Que ni el representante legal ó apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidades determinadas por la Constitución Política y la ley aplicable.
4. Que el proponente, en este caso (Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), está compuesto por las siguientes personas, y que el nombre de su representante legal, dirección, teléfono y fax son los siguientes: (Información de cada uno de los integrantes que componen al proponente, si son varias personas; Si se tratara de un proponente persona jurídica, se puede adaptar la declaración, para suministrar la información allí requerida respecto de la sociedad proponente y su representante legal únicamente)
5. Que nuestra propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en la invitación y en la Ley, y cualquier omisión, contradicción ó declaración debe interpretarse de la manera que resulte compatible con los términos y condiciones del proceso de contratación dentro del cual se presenta la misma, y aceptamos expresa y explícitamente que así se interprete nuestra propuesta.
6. Que nos comprometemos a proveer a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2, en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de contratación, los bienes ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados por la invitación para la Contratación Directa, con las especificaciones y en los términos, condiciones y plazos establecidos en la invitación, y en las condiciones allegada a esa entidad a través de la presente carta de presentación.
7. Declaramos bajo nuestra responsabilidad, que los bienes que se entregarán a LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2, en el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias de la invitación, sus Anexos y sus Formularios.
8. En todo caso, aceptamos y reconocemos que cualquier omisión en la que hayamos podido incurrir en la investigación de la información que pueda influir para la determinación de nuestra propuesta, no nos eximirá de la obligación de asumir las responsabilidades que nos lleguen a corresponder como contratistas, y renunciamos a cualquier reclamación, reembolso o ajuste de cualquier naturaleza por cualquier situación que surja y no haya sido contemplada por nosotros en razón de nuestra falta de diligencia en la obtención de la información.
9. Reconocemos que ni LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2, ni el personal interno o externo al mismo que haya intervenido en la contratación que se promueve por medio del presente proceso de selección y contratación, han manifestado declaración o garantía alguna expresa o implícita en cuanto a la exactitud, confiabilidad o integridad de la información contenida en las fuentes de información analizadas y conocidas por el proponente, en los materiales proporcionados o en las declaraciones realizadas durante el transcurso de cualquier audiencia ó visita efectuada a las instalaciones en las cuales se llevarán a cabo las labores para la ejecución del contrato, ya sea por escrito o en forma verbal, y que nada de lo contenido en cualquiera de los documentos a los que hemos tenido acceso ha sido considerado como una promesa o declaración en cuanto al pasado o al futuro.
10. Reconocemos que ni la invitación a presentar ofertar del proceso de contratación, ni la información contenida en este documento o proporcionada en conjunto con el mismo o comunicada posteriormente a cualquier persona, ya sea en forma verbal o escrita con respecto a cualquiera de los aspectos del contrato ofrecido, se ha considerado como una asesoría en materia de inversiones, legal, tributaria, fiscal o de otra naturaleza, y declaramos que para la preparación de nuestra propuesta hemos obtenido asesoría independiente en materia financiera, legal, fiscal, tributaria, y técnica, y que nos hemos informado plena y adecuadamente sobre los requisitos legales aplicables en la jurisdicción del presente proceso de selección y contratación y del contrato que se suscriba.
11. Manifestamos y declaramos que nuestra propuesta no contiene ningún tipo de información confidencial o privada de acuerdo con la ley colombiana, y, en consecuencia, consideramos que LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 se encuentra facultado para revelar dicha información sin reserva alguna, a partir de la fecha de apertura de las propuestas, a sus agentes o asesores, a los demás proponentes ó participantes en el proceso de selección y contratación impulsado, y al público en general (Esta declaración puede ser suprimida y sustituida por una en la que se declare que la propuesta contiene información confidencial, en el caso de ser ello así, debiendo indicar de manera explícita los folios en los cuales obra tal información, y la justificación

legal y técnica que ampara los documentos que sean citados con la confidencialidad invocada, mencionando las normas, disposiciones, decisiones de organismos competentes y actos administrativos que le confieran tal confidencialidad a los mismos).

12. Los suscritos (Integrantes del proponente en el caso de proponente plural; nombre del proponente, en caso de persona jurídica, adaptando la redacción del párrafo a tal circunstancia), quienes nos presentamos en calidad de proponentes al presente proceso de selección y contratación bajo (Forma o título bajo el cual se presenta la propuesta), declaramos y aceptamos, explícitamente, que asumimos la responsabilidad plena por los resultados y obligaciones del contrato ofrecido, según los términos del Reglamento que rige el proceso de contratación, y reconocemos que nos encontramos vinculados o comprometidos de manera ilimitada, incondicional, insubordinada y solidaria respecto de todas y cada una de las obligaciones o responsabilidades derivadas de la presentación de la propuesta, de la correspondiente adjudicación, y de la suscripción del contrato respectivo, conforme a las condiciones de responsabilidad previstas en la Ley.
13. Declaramos bajo juramento, el que se entiende prestado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.
14. Que me obligo a suministrar a solicitud de LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.
15. Que la presente propuesta consta de _____ (Número de folios de la propuesta) folios distribuidos en... (Número de fólderes en los que es presentada la propuesta) fólderes.
16. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su Despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección(es): (Dirección para notificaciones): Teléfono (os): Fax
17. Que, en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro del contrato respectivo, deberán consignarse en la cuenta No. (Indicar clase de cuenta, número, banco, sucursal, ciudad, país y cualquier otro dato necesario).
18. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).
19. Que el plazo de ejecución del contrato será _____
20. Que la vigencia de la presente oferta es de _____, contados a partir de la presentación de la oferta.

NOMBRE DEL PROPONENTE :
NIT o C.C. :
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL :
C.C. :
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL :
DIRECCIÓN :
TELÉFONO

FORMULARIO No. 2

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____ FECHA _____

Me permito certificar la siguiente información con el objeto de ser incluida/terminada en el Sistema Integrado de Información Financiera SIIF.

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____NIT _____C.C. _____

Dirección: _____ Teléfono_____

Fax_____

Departamento _____ Ciudad_____ Municipio_____

Denominación de la cuenta Corriente _____

Ahorros _____

II. DATOS DE LA ENTIDAD DE CREDITO:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____Código _____Ciudad_____

Dirección _____Teléfono _____ Fax _____

Número de la cuenta _____

(Adjuntar original de certificación bancaria con destino a la Dirección Administrativa y Financiera)

NOMBRE DEL PROPONENTE :
NIT o C.C. :
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL :
C.C. :
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL :
DIRECCIÓN :
TELÉFONO

FORMULARIO No. 3

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

El (los) suscrito(s) a saber: (Nombre del representante legal de la sociedad, asociación o persona jurídica proponente, o nombre del representante legal del consorcio o Unión Temporal proponente) domiciliado en (Domicilio de la persona firmante), identificado con (Documento de Identificación de la persona firmante. y lugar de expedición), quien obra en calidad de (Representante legal de la Sociedad, del Consorcio, de la Unión Temporal, o de la Asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha Sociedad, Consorcio, Unión Temporal, o Asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la Cámara de Comercio del domicilio de la persona jurídica), que en adelante se denominará EL PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, la presente invitación, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA adelanta un proceso de Contratación Directa para la celebración de un contrato estatal.

SEGUNDO: Que es interés de EL PROPONENTE apoyar la acción del Estado colombiano, y de la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

TERCERO: Que siendo del interés de EL PROPONENTE participar en el proceso de Contratación Directa aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.

EL PROPONENTE, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

1. EL PROPONENTE no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta,

2. EL PROPONENTE se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre;

3. EL PROPONENTE se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de Contratación Directa y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

a) No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que, por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta;

b) No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

4. EL PROPONENTE se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de Contratación Directa.

5. EL PROPONENTE asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en la solicitud de oferta del proceso de contratación, si se verificare el incumplimiento de los compromisos anticorrupción.

6. En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de (Ciudad donde se firma el presente documento) a los (Día del mes en letras y números, días del mes de del año).

NOMBRE DEL PROPONENTE :
NIT o C.C. :
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL :
C.C. :
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL :
DIRECCIÓN :
TELÉFONO

FORMULARIO No. 4

POLICIA NACIONAL

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO

Este anexo debe ser diligenciado para todo el personal que conforma el Recurso Humano ofertado.

Para cada funcionario se deberá diligenciar un formato.

La unidad prestadora de salud Tolima se reserva el derecho de verificar la información plasmada en este formato.

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO
Ciudad y Fecha
Nombres y Apellidos
Cédula de Ciudadanía
Fecha de Nacimiento
Cursos Realizados
Tiempo de Experiencia en la Profesión
Tiempo de Servicio en la Institución Oferente:
Firma del Profesional Firma del Representante Legal

FORMULARIO Nº 5

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.

El OFERENTE 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"*.

Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.

Formulario de compromiso con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

Referencia: compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para el proceso cuyo objeto es la ***"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, SEGÚN LOS ACUERDOS 002 DE 2001 Y 052 DE 2013 DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA, CON EL FIN DE GARANTIZAR LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2 EN LOS MUNICIPIOS DE ALPUJARRA, CASABIANCA, DOLORES, FALAN, LA VICTORIA-CALDAS,MARIQUITA, NATAGAIMA, RIOBLANCO,ROVIRA, SAN ANTONIO, SAN LUIS, SANTA ISABEL Y VILLAHERMOSA",*** El (los) suscrito (s) a saber (nombre del representante legal de la sociedad, asociación o persona jurídica proponente, o nombre del representante legal del consorcio o unión temporal proponente) domiciliado en (domicilio de la persona firmante), identificado con (documento de identificación de la persona firmante y lugar de expedición), quien obra en calidad de (representante legal de la sociedad, del consorcio, de la unión temporal, o de la asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), quien en adelante se denominará el PROPONENTE, manifiesta (n) su voluntad de asumir de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones: Certifico que la empresa a la cual represento cumple con la afiliación a seguridad social de sus empleados, que tiene implementado el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo conforme a los establecido en título 4, capítulo 6 del Decreto 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", así mismo, que cuenta con el Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial de acuerdo al Código Sustantivo del Trabajo.

Declaramos, bajo nuestra responsabilidad personal y comprometiendo la responsabilidad Institucional de las personas jurídicas que representamos, que la información antes consignada es totalmente cierta y puede ser verificada.

NOMBRE DEL PROPONENTE :
NIT o C.C. :
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL :
C.C. :
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL :
DIRECCIÓN :
TELÉFONO

FORMULARIO No. 6

DECLARACION ORIGEN DE FONDOS Y DE ACTIVIDADES LICITAS

YO, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, identificado con cédula de ciudadanía No. **XXXXXXXXXXXXXXXXXX expedida** en XXXXXXXXXXXX obrando en nombre propio según certificado de matrícula mercantil que se anexa, manifiesto que la información para la convocatoria del proceso de contratación **PN RASES CD 061 2021** como es cierta, y que realizo las siguientes declaraciones de fuentes u origen de fondos y actividades licitas:

1. Declaro que los recursos o bienes descritos en la propuesta de prestación de servicios, provienen de actividades licitas, de conformidad con la normatividad colombiana.
2. Que no admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo adicione; ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
3. Que todas las actividades e ingresos que se perciben provienen de actividades lícitas.
4. Que no me encuentro en ninguna lista de reporte internacional o bloqueo por actividades de narcotráfico, lavado de activos o delitos de terrorismo. Que en mi contra no se adelanta ningún proceso en instancias nacionales o internacionales por ninguno de los aspectos anteriores.
5. Autorizo a la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 -** Unidad Prestadora De Salud Tolima, si lo considera necesario para que consulte mi información crediticia en las centrales de riesgo, vigilancia y control y ante las entidades que estime necesarias.

Bajo la gravedad de juramento manifiesto que los datos aquí consignados obedecen a la realidad, por lo que declaro haber leído, entendido y aceptado el presente documento.

En constancia firmo a los _____ del año _____, en el _____ de _____ Tolima.

(En caso de consorcio o unión temporal, debe ser diligenciada por cada uno de los integrantes).

NOMBRE DEL PROPONENTE :
NIT o C.C. :
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL :
C.C. :
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL :
DIRECCIÓN :
TELÉFONO