REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4

GS - 2021 - AREAD – GRUCO – 17.2

Santiago de Cali,

INVITACIÓN PÚBLICA A PRESENTAR OFERTA AL PROCESO DE MÍNIMA CUANTÍA

PN RASES4 MIC 143/2021

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, invita a todas las personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras domiciliadas o con sucursal en Colombia en Consorcio o Unión Temporal existentes en el mercado Nacional, con capacidad de desarrollar el objeto del presente proceso **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD CON IPS DE ACUERDO AL PORTAFOLIO DE SERVICIOS, DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Y SERVICIO DE FISIOTERAPIA. PARA EL PERSONAL DE USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE DAGUA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA, EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 4"** de acuerdo a las condiciones técnicas mínimas establecidas y que cumplan con todos los requisitos exigidos para el mismo.

MODALIDAD DE SELECCIÓN

El presente proceso de contratación se adelantará por modalidad de selección de MÍNIMA CUANTÍA, según lo establecido en el artículo 274 de la Ley 1450 del 2011, 94 de la Ley 1474 del 2011 y acorde con lo estipulado en el capítulo 2 subsección 5 del Decreto 1082 de 2015 y la Resolución No. 00090 del 15 de enero de 2018 "Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional", metodología **SECOP II**, dispuesta por Colombia Compra Eficiente,

Las condiciones de la presente invitación son las siguientes:

1. DATOS DEL PROCESO

<table>
<tr><td>Objeto</td><td>PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD CON IPS DE ACUERDO AL PORTAFOLIO DE SERVICIOS, DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Y SERVICIO DE FISIOTERAPIA. PARA EL PERSONAL DE USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE DAGUA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA, EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 4.
<table>
<tr><th>CLASIFICACIÓN UNSPSC</th><th>SEGMENTO</th><th>FAMILIA</th><th>CLASE</th></tr>
<tr><td>85101500</td><td>Servicios de Salud</td><td>Servicios integrales de salud</td><td>Centros de salud</td></tr>
<tr><td>85121800</td><td>Servicios de Salud</td><td>Práctica médica</td><td>Laboratorios médicos</td></tr>
<tr><td>85121900</td><td>Servicios de Salud</td><td>Practica Medica</td><td>Farmacéuticos</td></tr>
<tr><td>85122101</td><td>Servicio de salud</td><td>Práctica médica</td><td>Servicios de rehabilitación</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>Presupuesto Oficial</td><td>El valor estimado en el presente proceso es de TREINTA Y SEIS MILLONES DE PESOS ($36'000.000) MONEDA LEGAL COLOMBIA. distribuidos de la siguiente manera TREINTA MILLONES DE PESOS (30.000.000) Moneda legal Colombiana amparado para la vigencia 2021 con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal SIIF No. 68721 Y 68621 de fecha 17-11-2021,expedido por la Líder de Presupuestos de la Regional de Aseguramiento en Salud No 4 y la suma de SEIS MILLONES DE PESOS (6.000.000) moneda legal colombiana para la vigencia 2022, respaldado con la autorización de cupo para vigencias futuras por parte del Director de Sanidad de la Policía Nacional, mediante Oficio N° GS-2021-025801-DISAN, en concordancia con la aprobación impartida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, mediante oficio N° S-2021-002713-REGI4 con número de autorización SIIF NACIÓN</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>II 18821 para la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4.

<table>
<tr><th>GRUPO</th><th>DESCRIPCION</th><th>CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL</th><th>PRESUPUESTO ASIGNADO 2021</th><th>PRESUPUESTO ASIGNADO 2022</th></tr>
<tr><td>1</td><td>SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD</td><td>68621</td><td>$ 6.000.000</td><td>24.000.000</td></tr>
<tr><td>2</td><td>APOYO TERAPEUTICO O REHABILITACION TERAPEUTICA (REHABILITACION)</td><td>68721</td><td>$ 1.000.000</td><td>$ 5000.000</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td rowspan="2">Forma y plazo de ejecución</td><td>La ejecución del presente proceso se requiere bajo la modalidad de TRACTO SUCESIVO en las condiciones, presentaciones y con las garantías exigidas por La Regional de Aseguramiento en Salud N°4 hasta agotar el presupuesto asignado al presente proceso, según corresponda la necesidad de los servicios asistenciales de La Regional de Aseguramiento en Salud N°4, según los estándares establecidos por el Ministerio de Salud en Colombia para la oportunidad en la atención. LOS OFERENTES DEBEN CEÑIRSE AL VALOR ASIGNADO SIN SOBREPASAR EL PRESUPUESTO ESTABLECIDO POR LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°4 EN EL PRESENTE PROCESO.
LOS OFERENTES DEBEN CEÑIRSE AL VALOR ASIGNADO SIN SOBREPASAR EL PRESUPUESTO ESTABLECIDO POR LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.4 PARA EL PRESENTE PROCESO.</td></tr>
<tr><td><u>PLAZO:</u> La ejecución del presente contrato será a partir de la fecha de expedición de la Carta de iniciación del mismo, hasta el 31 de mayo 2022, y la Vigencia (La vigencia se toma sólo para efectos de liquidación del contrato cuando aplique) igual al plazo y ciento veinte (120) días más. tiempo durante el cual deberá dar cumplimiento cabal a las prestaciones a que se obliga. Dicho plazo iniciará a partir de la Aprobación de la Garantía Única y entrega de la Carta de Iniciación de Ejecución del Contrato.</td></tr>
<tr><td>Forma y procedimiento de adjudicación</td><td>La adjudicación del presente proceso se realizará POR GRUPOS, es decir, la totalidad de los ítems que conforman el grupo a ofertar, esto teniendo en cuenta los aspectos técnicos y en aras de mejorar la oportunidad en la prestación de los servicios. Se podrá adjudicar parcialmente los grupos, entre las entidades participantes, cuando dentro de las ofertas presentadas en el proceso no se oferte la totalidad de los servicios que conforman el grupo.

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, podrá adjudicar el presupuesto asignado a los participantes de cada uno de los grupos que cumplan con los requisitos establecidos en el presente proceso, distribuyendo entre estos el 100% de los recursos disponibles, según las necesidades de la Institución; así mismo se podrán autorizar los servicios que inicialmente no queden contratados, pero si hayan sido ofertados por las Entidades, esto previa autorización del Jefe de Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 y/o supervisor de Contrato o a quien se delegue.

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 podrá adjudicar el presupuesto total asignado, de acuerdo a las necesidades presentadas por el servicio sobre la demanda proyectada para satisfacer las necesidades que presenta nuestra población atendida, la cual inicialmente se estableció con el presupuesto asignado por la DIRECCIÓN DE SANIDAD y no a la necesidad presentada por el servicio.

En virtud de que las entidades están ofreciendo servicios en la modalidad de paquetes y estos están codificados con CUPS propios o combinados, sus propuestas podrán hacer parte del proceso, cobijados por las mismas condiciones de la oferta final y los procedimientos respectivos, para ser autorizados por esta Regional, este último paso se efectuará siempre y cuando la autorización del servicio no constituya un riesgo para la salud y la integridad del usuario. <u>Estos deberán ser presentados como un archivo adicional a la propuesta, pero no serán evaluados dentro del presente proceso.</u></td></tr>
<tr><td>Lugar de prestación de servicios</td><td>El o los oferentes favorecidos deberán prestar sus servicios ofertados en el municipio de Dagua, donde se podrá efectuar las coordinaciones relacionadas con la ejecución del contrato con el coordinador designado por la Jefatura de la RASES 4 en esa localidad.

La prestación del servicio se centralizará en la sede principal de la empresa contratada, en caso de tener sucursales, deberá informarlo en su propuesta, donde</td></tr>
</table>

	atenderá y recepcionará todo lo pertinente a los usuarios de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA.Con el fin de evitar inconvenientes en la atención y desplazamiento de los usuarios. Este lugar debe reunir condiciones de accesibilidad y seguridad exigidas por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4
Forma de pago	La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 pagará al **CONTRATISTA** el valor del presente Contrato en la ciudad de Cali, después de la prestación del servicio de manera mensual dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario siguientes a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previa presentación de la factura dentro de los primeros cinco (5) días del mes junto con el Recibo a Satisfacción Técnico Económico expedido por el Supervisor del Contrato, acompañada de la acreditación del Contratista de encontrarse al día en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales, así como los aportes parafiscales al Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, documentos que deben ser tramitados en la Ventanilla Única – Central de Cuentas de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4.ubicada en la Avenida 10 norte No. 16N-21, barrio Granada de la ciudad de Santiago de Cali, donde de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1150 de 2007 *"Derecho a Turno"* se le asignará un número de radicación. En caso que el CONTRATISTA presente los documentos requeridos para el pago después del día veinte (20) del mes los pagos se realizarán dentro de los sesenta (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. En ningún momento la aprobación de cupos de PAC será impedimento para la ejecución del Contrato. **NOTA**: Las facturas que se radiquen por fuera del término anteriormente señalado se entenderán como radicadas en el mes siguiente. Para mayor información al respecto, se podrá comunicar a la línea telefónica No. 6605795, Oficina Central de Cuentas. **FACTURACIÓN – RADICACIÓN DE CUENTAS** La radicación de la facturación (Impresa y en medio magnético) 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: o Relación general de pacientes atendidos, detallando la pre-factura por cada uno de ellos discriminada en nombre completo, documento de identificación del paciente, fecha de atención al paciente, valor de la factura y firmada por el usuario o acudiente. o Requisitos establecidos por la DIAN. o Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, Anexo 5 de la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008 y demás normas que las aclaren o modifiquen. o La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja lapicero negro; para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias. o Presentar original de la autorización del servicio. o Si el Contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta el mes siguiente. o 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. o La radicación de la cuenta se debe hacer anexando el formato en Excel de radicación de IPS, debidamente diligenciado. o EL CONTRATANTE dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

En todo caso debe cumplir con los siguientes requisitos específicos:

Factura en original y dos copias que cumpla con los requerimientos de ley, a nombre de la Policía Nacional – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4.

- ✓ Discriminado de la factura.
- ✓ Anexar a la factura certificado de cumplimiento de aportes parafiscales, fotocopia del pago de parafiscales (Uno por cada mes independiente del número de facturas presentadas), documento del representante legal, certificación bancaria y relación de la información del medio magnético.
- ✓ Orden de prestación de los servicios expedida y autorizada por el Área de Referencia, Contra referencia y autorizaciones de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 debidamente firmada por el usuario o acudiente.
- ✓ Los servicios cobrados deben ser relacionados en los RIPs con la tarifa y el respectivo Código CUPS por cada procedimiento o servicio prestado y de conformidad al objeto del contrato.
- ✓ Soportes de los servicios facturados los cuales deben tener completamente diligenciado el certificado de atención del usuario con la firma del mismo, uno por toda la atención que corresponda con el documento de identificación del usuario o en su defecto la del acudiente.
- ✓ Resumen de la Historia Clínica y/o epicrisis, para procedimientos quirúrgicos y eventos de hospitalización con sus respectivos soportes.
- ✓ En los eventos de urgencias, aportar el registro de atención de URGENCIAS con sus respectivos soportes.

Los soportes que se requieren para desarrollar la actividad de auditoría médica de cuentas como son:

- ✓ Historias clínicas.
- ✓ Autorizaciones.
- ✓ documento de identificación.

Deben venir en CD debidamente marcado y en unidad de conservación plástica en polipropileno y otro polímero químicamente estable. El archivo de medios magnéticos como CD debe cumplir con las características descritas en el Acuerdo 049 del 5 de mayo de 2000 del Archivo General de la Nación.

OBJECIONES Y GLOSAS:

Para los conceptos de facturación que no tengan objeción, se dará trámite para pago.
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. Donde se encuentra estipulado que posterior a la notificación de la glosa el contratista tendrá quince (15) días hábiles para indicar aceptación o justificación de la no aceptación. Dentro de los diez (10) días siguientes a la recepción de la respuesta de glosa la auditoría de cuentas decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas, en aso tal de reiterarse la glosa se proceder a citar para conciliación de estas al contratista en los siguientes quince (15) días hábiles a la recepción de la misma por el contratante, la cual se hará por escrito. Si no se llegara a una conciliación efectiva en la RASES o Área de Sanidad, se puede apoyar en 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 USP.

(Unidad de Sanidad Policial).
Toda urgencia, que no cuente con código de notificación, por parte de la central de autorización de la USP salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 4747 MINPROTECCIÓN de 2007 y Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008.

Prestaciones en los servicios de urgencias más allá del servicio de clasificación de triage y de consulta médica, cuando no superen las pautas de auditoría de pertinencia para ser consideradas como una urgencia

Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de notificación previstos en el Decreto 4747/2007.

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

La atención del evento adverso entendido como "el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente" corre por cuenta del prestador, no será cancelado por el SSPN siempre y cuando esto sea lo dispuesto por la autoridad competente después de agotar el debido proceso.

Servicio electivo, fuera del plan de beneficio del SSPN, que no haya sido diligenciado en el formato del Comité Técnico Científico CTC de la DISAN – Dirección de Sanidad 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 – Dirección de Sanidad (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.
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. EL CONTRATANTE dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.
Si el Contratista una vez iniciada la ejecución del presente contrato, requiere cambiar la información de la cuenta, éste debe presentar al Ordenador del Gasto solicitud por escrito acompañada de la nueva certificación bancaria y el formulario "datos básicos beneficiario cuenta". En cumplimiento a lo anterior, solo el Ordenador del Gasto autoriza el cambio de la cuenta bancaria, en la jefatura de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 VALLE DEL CAUCA.

En el caso que el contratista haya cambiado de representante legal, además de la documentación anterior, se debe anexar certificado de representación legal expedido por la autoridad correspondiente, donde esté estipulada la nueva representación, así como la fotocopia de la cédula de ciudadanía de éste.

El CONTRATISTA: informa mediante formato de información de terceros y certificación bancaria, que es titular de la Cuenta Corriente Nro: 000000000 del Banco XXXXXXXX en la cual se procederá a realizar las consignaciones correspondientes al pago del presente contrato.

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: XXXXXXXXX
BANCO: XXXXXXX
TIPO DE CUENTA: XXXXXXXXXXX
NUMERO DE CUENTA: XXXXXXXX

Dar cumplimiento a lo establecido en la CIRCULAR EXTERNA 016, del 09/03/2021, proferida por el Administrador del SIIF Nación - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION FINANCIERA SIIF NACION, asunto "*Proceso de Recepción de Facturas Electrónicas de Venta, Notas Débito y Notas Crédito*

Causales de rechazo de la propuesta o declaratoria desierta del proceso	**Son causales para el rechazo de la propuesta, las siguientes:** **a.** Cuando se compruebe que un proponente ha interferido, influenciado, u obtenida correspondencia interna, proyectos de concepto de evaluación o de respuesta a observaciones, no enviados oficialmente a los proponentes. **b.** Cuando se compruebe confabulación entre los proponentes que altere de cualquier manera la aplicación del principio de selección objetiva. **c.** Cuando el proponente o alguno de sus integrantes se encuentre incurso en las causales de inhabilidades o incompatibilidades fijadas por la Constitución y la Ley. **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 la firma oferente no haya realizado la renovación de la matricula mercantil en firme, reflejada en el certificado de existencia y representación legal o registro mercantil expedido por la cámara de comercio correspondiente. **f.** Cuando el oferente sea persona jurídica y se encuentre incurso en alguna de las causales de disolución o liquidación proferidas por Autoridad Competente. **g.** Cuando se presente más de una oferta 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. **h.** Cuando el valor de la propuesta contenga precios artificialmente bajos y al solicitar la justificación esta no sea coherente a la propuesta presentada. **i.** Cuando la oferta no cumpla con las especificaciones técnicas mínimas exigidas. **j.** En el evento en que la Regional De Aseguramiento En Salud No. 4 de la Policía Nacional haya solicitado al oferente por escrito con posterioridad a la presentación de la oferta, aclaraciones o explicaciones relacionadas con información de la misma y éste no dé respuesta hasta el vencimiento del término de traslado del informe de evaluación. **k.** Cuando la oferta se presente en forma extemporánea o en un lugar distinto al señalado en el presente proceso. **l.** No se aceptarán propuestas enviadas por un medio diferente al SECOP II, de hacerlo será causal de rechazo. **m.** Cuando la propuesta sea presentada por Consorcio o Unión Temporal o cualquier tipo de sociedad futura y no se constituya el documento legal que demuestre tal condición. **CAUSALES PARA DECLARAR DESIERTO EL PROCESO** La Regional De Aseguramiento En Salud No 4 declarará desierto el presente proceso al vencimiento del plazo previsto para adjudicar, cuando entre las propuestas presentadas no se logre adjudicar a ninguna el contrato ofrecido, ya sea porque las propuestas no cumplan con las condiciones para ser adjudicatarias, porque no se presenten propuestas, o por cualquier otra causa que impida la selección objetiva. **Oferta artificialmente baja.** 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 los oferentes en el presente proceso, la Entidad Estatal podrá descalificarlos o declarar desierto el proceso, caso en el cual podrá darse inicio a uno nuevo. La declaratoria de desierta del proceso se hará mediante comunicación motivada, que se publicará en el SECOP II.
Factores que se tendrán en cuenta para la evaluación	De conformidad con el **numeral 4 del artículo 2.2.1.2.1.5.2. del Decreto 1082 de 2015,** la entidad estatal procederá a revisar las ofertas económicas y a verificar los requisitos habilitantes y condiciones técnicas de la oferta con el ofrecimiento económico que no superen el valor estimado de cada ítem que conforma el proceso, que ofrezca la mayor cantidad de ítems con el menor valor ofertado, en caso de que esta no cumpla con los requisitos habilitantes exigidos, vencido el plazo para subsanar los mismos, se procederá a verificar la oferta del ofrecimiento económico siguiente. Si una vez verificadas todas las ofertas presentadas, no se logra la habilitación, el proceso se declarará desierto mediante comunicación motivada que se publicará en el SECOP según Resolución 00090 del 15 de enero de 2018 Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional".

Procedimiento en caso de empate a menor precio	De conformidad con el numeral 7 del artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 de 2015, la entidad adjudicará a quien haya entregado primero la oferta entre los empatados, según el orden de entrega de las mismas.
Información de aceptación de la oferta	Con la publicación de la comunicación de aceptación en el SECOP II el proponente seleccionado quedará informado de la aceptación de su oferta. (Según 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".
Análisis de garantías: tipificación, estimación y asignación del riesgo	Las contenidas en el **Anexo No. 2** de la presente Invitación.

2. REQUISITOS MÍNIMOS HABILITANTES

Los proponentes deberán presentar la integridad de su oferta en la plataforma del SECOP II, en letra imprenta legible, escaneada de forma consecutiva (Formato PDF) con los siguientes documentos así:

2.1 JURÍDICOS

- **Carta de Presentación de la Oferta:** De acuerdo al **formulario No. 1 adjunto,** firmada por el oferente (persona natural o Representante Legal de la persona jurídica).

- **Certificado de existencia y representación legal** para personas jurídicas y/o matricula mercantil de persona natural expedidos por la Cámara de Comercio respectiva, el cual debe haber sido expedido dentro de los treinta (30) días calendario anteriores a la fecha de presentación de la oferta.

- **CUANDO HUBIERE LUGAR A ELLO, AUTORIZACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA, JUNTA DE SOCIOS O ASAMBLEA GENERAL, AL REPRESENTANTE LEGAL PARA LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO.**

- **Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía** del Representante Legal y/o proponente.

- La Policía Nacional consultará el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República de la firma y del Representante Legal. (www.contraloriagen.gov.co – link, certificado antecedentes fiscales).

- La Policía Nacional consultará los antecedentes judiciales del oferente o su Representante Legal. (www.policia.gov.co – link, Enlaces de Interés)

- La Policía Nacional consultara el certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación del Representante Legal. (www.procuraduria.gov.co – link, Generar Certificado).

- **Certificación de Aportes Parafiscales y aportes al sistema de seguridad social integral** suscrito por el Representante Legal, o Revisor Fiscal, según corresponda. En este último evento, se deberá anexar fotocopia de la tarjeta profesional del revisor fiscal.

  -Persona Jurídica: Anexar certificación expedida por el representante legal o revisor fiscal por el término establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, aportando la planilla del último pago de los aportes de salud y pensiones, fecha de pago verificable acorde Decreto 1670 de 2007.

  -Persona Natural: Anexar declaración juramentada, en la cual el oferente a nombre propio certifique el pago de los aportes parafiscales e indique que se encuentra al día con dichos pagos (Caja de Compensación Familiar, SENA e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar). La información presentada en desarrollo del presente numeral se entiende suministrada bajo gravedad de juramento, respecto su fidelidad y veracidad

- **Copia del Formulario de Inscripción en el Registro Único Tributario (RUT).**

- **Compromiso Anticorrupción**: De acuerdo con el **Formulario No. 3 adjunto**, suscrito por el oferente (Persona Natural o Representante Legal de la persona jurídica).

- **Origen Lícito de Recursos**: El proponente mediante documento escrito deberá manifestar expresamente que los activos y recursos que conforman el patrimonio del proponente, y de cada uno de

sus integrantes (cuando sea el caso) que empleará para el desarrollo del contrato, provienen de actividades lícitas.

- **CERTIFICACIÓN DE NO ESTAR INCURSO EN CAUSALES DE CONFLICTO DE INTERESES, INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD. (***diligenciar el formulario 6, adjunto al presente documento).*

- **CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS (RNMC):** La Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, consultará y verificará en el Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas, si el representante legal de la entidad o la persona natural se encuentra vinculado como infractor de la Ley 1801 de 2016 por concepto del no pago de multas. Para lo cual ingresar al enlace: https://srvpsi.policia.gov.co/PSC/frm_cnp_consulta.aspx. Igual requisito deberá cumplir las personas naturales (nacionales o extranjeras), el representante legal de las personas jurídicas nacionales o extranjeras y el representante de los consorcios o uniones temporales.

2.2 TÉCNICOS

La prestación del servicio, deberá cumplir con las especificaciones técnicas mínimas señaladas en el Anexo N° 1, Anexo N° 2, de la presente invitación Publica, las cuales se verificarán como CUMPLE o NO CUMPLE

- **Anexo N° 1 adjunto:** Diligenciamiento del mismo "Especificaciones Técnicas Mínimas".

Experiencia Proponente en producir o comercializar el bien y/o ofrecer el servicio: Los oferentes deben cumplir las especificaciones técnicas establecidas, de acuerdo a lo estipulado en el presente estudio de conveniencia y oportunidad; con el fin, de garantizar la calidad en los servicios adquirir, se requiere que el oferente acredite experiencia durante los últimos tres años(2018, 2019 y/o 2020) en la prestación de servicios de salud de Baja y Mediana complejidad, La experiencia debe ser adecuada y proporcional a la naturaleza del contrato a suscribir y a su valor; para lo cual debe presentar **hasta tres (03) certificaciones de contratos ejecutados** cuyo objeto sea igual o guarde coherencia con el objeto de la presente contratación, y cuya sumatoria sea igua o supere el 50% del valor ofertado. Las certificaciones deben contener la siguiente información:

- Objeto del contrato
- No. Del contrato
- Valor
- Plazo
- Fechas de inicio y finalización del contrato
- Cumplimiento

Nombre y NIT del contratante y del contratista

- **Nivel De Educación o Nivel Académico:** Con el fin de garantizar la excelente prestación del servicio se requiere personal Técnico, Profesional y/o Especializado encargado de prestar los servicios, el proponente deberá certificar que este personal cuenta con el conocimiento y experiencia en Colombia relacionado con el objeto del presente contrato; el personal deberá acreditar estudios, profesionales o especializados en instituciones de educación aprobadas en Colombia, en cada una de las áreas de la salud objeto del contrato a suscribir. (diligenciar el Formato N° 3 y 4 adjunto).
- **Experiencia: Del Personal:** El proponente deberá certificar que el personal vinculado y que desarrollará los diferentes procesos relacionados con el objeto del contrato, cuenta con el conocimiento y experiencia en Colombia de mínimo un año en la práctica de los mismos. Ademas debe (diligenciar el Formato N° 1 adjunto).

- **CAPACIDAD OPERATIVA**

La Regional de Aseguramiento en Salud N° 4 establece desde el estudio de conveniencia y oportunidad que el Comité Técnico **podrá** realizar una visita a las instalaciones coordinando previamente con el oferente el día y la hora de la visita con el objeto de conocer las áreas físicas, sus características, capacidad de Instalaciones, equipos, logística, recurso humano y/o todos aquellos aspectos que deban ser verificados, previamente.

Nota: La visita tendría como fin que la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4, tenga más claridad sobre la institución donde opera el oferente al momento de evaluar la oferta, teniendo como referente que el proponente cumpla.

- **FORMA DE PAGO:** El oferente debe manifestar mediante documento escrito y firmado por el Representante Legal que se acoge a la forma de pago establecido en el presente proceso de contratación

OTRAS CONDICIONES TECNICAS VERIFICABLES

- **Materia ambiental**

  - ✓ Buenas prácticas ambientales, de acuerdo con la normatividad vigente.
  - ✓ El futuro contratista deberá adelantar todos y cada uno de los procesos en términos amigables con el medio ambiente.
  - ✓ El oferente anexará junto con su oferta la constancia de registro de generadores de residuos peligrosos RESPEL, que se tramita ante el IDEAM a través de la plataforma virtual, (si es mediano o grande generador).

- **LINEAMIENTOS EN MATERIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:** EL oferente deberá certificar que cumple con los lineamientos de la Resolución 0312 de 13 de febrero del año 2019 "Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) y la resolución N° 01956 del 25 de abril del año 2018, por lo cual se adoptan las directrices de evaluación al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, para los contratistas y subcontratistas. (diligenciar el Formato N° 1 adjunto).

2.3 ECONÓMICOS

- **Oferta Económica:** Para este proceso, la evaluación económica se realizará teniendo en cuenta el mayor porcentaje unico de descuento ofrecido por grupo, oferente deberá presentar su oferta económica conforme al **No 3 anexo** denominado **OFERTA ECONÓMICA**, establecido según la invitación Publica, con el porcentaje de descuento según la tarifa o precio techo correspondiente de acuerdo a los servicios incluidos dentro del grupo a ofertar.

- **Sostenibilidad de Precio:** El oferente deberá manifestar la sostenibilidad de los precios durante la vigencia del contrato (diligenciar el Formulario N° 4 adjunto).

2.4 OTROS DOCUMENTOS

- **Certificación Bancaria:** Se requiere en original y que se encuentre vigente, con el fin de realizar los pagos por parte de la Regional de aseguramiento en Salud No 4.

- **Datos Básicos Beneficiario Cuenta**: La información contenida en el formulario debe ser coherente con la contenida en la Certificación Bancaria. (*Diligenciar formulario N° 2 adjunto*).

3. CRONOGRAMA DEL PROCESO

Publicación de la invitación	Lugar: PORTAL ÚNICO DE CONTRATACIÓN SECOP II https://community.secop.gov.co/STS/Users/Login/Index?SkinName=CCE&currentLanguage=es-CO&Page=login&Country=CO Fecha: **17 de noviembre 2021**
Observaciones a la invitación	Los interesados podrán solicitar aclaraciones a la Invitación Pública a través de la **plataforma SECOP II, hasta las 18:00 horas del 18 de noviembre DE 2021.** **NOTA: NO SE TENDRÁN EN CUENTA OBSERVACIONES REALIZADAS DE FORMA VERBAL, NI TAMPOCO LAS REALIZADAS POSTERIORES A LA FECHA Y HORA ANTES DESCRITAS, NI LAS REALIZADAS EN SITIOS DIFERENTES A LOS SEÑALADOS ANTERIORMENTE.**
Entrega de propuestas	**Lugar:** La propuesta será recibida ÚNICAMENTE a través de la **plataforma SECOP II.** Para ello el interesado deberá estar registrado y contar con usuario y contraseña. No se aceptarán propuestas enviadas por correo electrónico, ni otro medio diferente al señalado en la invitación. **Fecha: 23 DE noviembre DE 2021** **Hora**: hasta las 18:00:00 horas
Evaluación de las Propuestas y Verificación de los Requisitos Habilitantes	Dentro de los Dos (02) días hábiles siguientes a la fecha de recibo de ofertas. En el evento que la propuesta a evaluar no cumpla con la verificación de los requisitos mínimos habilitantes, este mismo plazo aplicara para la propuesta en segundo orden de elegibilidad y así sucesivamente para las demás propuestas si se continúe con la misma situación.
Termino para la publicación del informe	Dentro del día hábil siguientes al vencimiento del término

de verificación de los requisitos habilitantes	anterior.
Publicación para observaciones y Presentación de documentos habilitantes	Dentro del día hábil siguiente la fecha de publicación del informe de resultados de evaluación de las propuestas.
Notificación de aceptación de oferta.	Dentro de los Tres (3) días hábiles siguiente al plazo otorgado a los proponentes para presentar observaciones a la evaluación.

NOTA: Se requiere obligatoriamente la presentación de una **OFERTA GLOBAL**.

- La validez de la oferta se requiere que sea por el tiempo de ejecución del contrato y contado a partir de la fecha de presentación de la oferta.

- De ser necesaria la modificación de las condiciones de la invitación, esta se efectuará mediante ADENDA, la cual será expedida y publicada en el portal único de contratación hasta el día hábil anterior a la fecha y hora establecida para la entrega de las propuestas.
- En caso de tener dificultades para presentar la oferta en la plataforma del SECOP II seguir el protocolo de Indisponibilidad establecido por Colombia Compra Eficiente, el correo de la Regional de Aseguramiento en Salud No 4, al cual puede comunicar la dificultad es: deval.rases-lic@policia.gov.co

4. SUPERVISOR DEL CONTRATO

El supervisor del contrato será el **JEFE DEL ESPRI NUESTRA SEÑORA DE FATIMA** o quien haga sus veces, o quien con posterioridad designe el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato, de acuerdo con las funciones de conformidad con lo previsto en el artículo 14 de la Ley 80 de 1993, en la Resolución No. 03049 del 30 de julio de 2014 por la cual se establece el Nuevo Manual de Contratación para la Policía Nacional, en la Resolución No. 00090 del 15 de enero de 2018, el Instructivo 0024 DISAN-ASJUR del 27 de marzo de 2009 de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, el Instructivo No. 016 del 24 de marzo de 2010 DIPON-DIRAF-70 "Por medio de los cuales se reglamenta la actividad de los Interventores, Supervisores y Coordinadores de los contratos y/o convenios en la Policía Nacional" y los artículos 82, 83 y 84 de la ley 1474 de 2011. Además, tendrán entre otras comprobar que el contratista mensualmente está cumpliendo con la obligación de afiliación y cotización a los Sistemas de Seguridad Social, Salud y Riesgos Profesionales de acuerdo con el artículo 282 de la Ley 100 de 1993, el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 en concordancia con el Decreto 1703 de 2002, Decreto 510 de 2003, Ley 797 de 2003, Ley 828 de 2003 y Ley 1122 de 2007.

"DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES 80/1993, 134/1994, 850/2003 Y DECRETO 1082 DE 2015, SE INVITA A LAS VEEDURÍAS CIUDADANAS PARA EJERCER CONTROL SOCIAL".

Atentamente,

LA POLICÍA NACIONAL

Coronel **HECTOR ALEJANDRO SANCHEZ TORRES**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 4

Proyectado por: PT JESSICA LORENA ANDRADE VALDES
Analista de Contratos Raes No 4
Revisado por: TE GUSTAVO ANDRES NARVAEZ ARTEAGA
Jefe Grupo Contratos Rases No 4
Revisado por: CT YURY LORENA RAMIREZ ZUÑIGA
Jefe Área Administrativa Raes No 4
Revisado por: CPS SULY AIDE CORTES GRAJALES
Abogada Esp. Asuntos Jurídicos
Aprobado por: IT DIEGO FERNANDO CARDONA ORTIZ
Asuntos Jurídicos Raes No 4

ANEXO No. 1

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

El oferente deberá diligenciar y presentar junto con la oferta el formato de Especificaciones Técnicas que se presenta a continuación debidamente firmado por el Representante Legal, en el que exprese su manifestación de cumplimiento o no cumplimiento con cada una de las especificaciones técnicas solicitadas, las cuales serán verificadas por el Comité Técnico aplicando el criterio de cumple o no cumple.

REQUISITOS GENERALES

a. Las especificaciones técnicas requeridas son de obligatorio cumplimiento, de no hacerlo la propuesta se considerará no apta técnicamente.
b. En la columna CUMPLE/NO CUMPLE, se evaluará las especificaciones técnicas ofertadas por la firma.

GRUPO 1 SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD				
MEDICINA GENERAL				
ITEM	**CUPS**	**DESCRIPCION**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
1	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL		
2	890301	CONSULTA CONTROL POR MEDICINA GENERAL		
3	890201	TELECONSULTA POR MEDICINA GENERAL		
4	890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA		
5	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA		
6	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA		
7	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA		
8	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA		
9	944002	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGIA		
ITEM	**CUPS**	**SERVICIO ODONTOLOGIA GENERAL**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
1	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL Incluye:ANAMNESIS, EXAMEN ORAL Y ELABORACION DEL ODONTOGRAMA O CARTA ODONTOLOGICA, PRESCRIPCION FARMACOLOGICA, ELABORACION DE UN PLAN DE TRATAMIENTO , REMISION AL ESPECIALISTA Excluye:PROCEDIMIENTOS QUIRURG		
2	890303	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGIA GENERAL		
3	890703	CONSULTA DE URGENCIAS (para solucion de problemas agudos dolorosos)		
4	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR		
5	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR		
6	232101	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA		
7	232101-1	obturacion de superficie adicional en amalgama		
8	232102	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO		
9	232103	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO		
10	237305	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR		
ITEM	**CUPS**	**APOYO DIAGNOSTICO ODONTOLOGIA GENEREAL**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
1	870451	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES		
2	870452	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES		
3	870453	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS		
4	870454	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES		
ITEM	**CUPS**	**SERVICIO ODONTOLOGIA PE Y DT**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
1	997106	Topicacion de Fluor en Barniz		
2	997310	CONTROL DE PLACA DENTAL NCOC		
3	997105	APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA		
4	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL SOD		
ITEM	**CUPS**	**PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**

1	895100	AFINAMIENTO DE LA TENSION ARTERIAL (MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL) cada toma		
2	990211	ASESORIA EN LACTANCIA MATERNA		
3	990211	ASESORIA EN PLANIFICACION FAMILIAR		
4	998601	CAMBIO APÓSITO O PROTECTOR OCULAR		
5	990211	CONSEJERIA PRE Y POST TEST DE VIH EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA		
6	869500	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD		
7	965202	CURACIÓN DE OIDO		
8	861101	DRENAJE DE COLECCIÓN SUPERFICIAL DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION		
9	990211	EVALUACIÓN Y EXAMEN DE SENO		
10	579401	INSERCIÓN DE CATETER URINARIO (VESICAL) SOD		
11	697101	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]		
12	965201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS SOD		
13	950601	MEDICION DE AGUDEZA VISUAL Incluye:AQUELLA PARA TAMIZAJE VISUAL EN LA POBLACION GENERAL COMO EN PROTECCION DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES		
14	939402	NEBULIZACION (Tarifa por cada una)		
15	862701	ONICECTOMÍA		
16	579501	REEMPLAZO DE CATETER URINARIO (VESICAL) SOD		
17	893812	REGISTRO DE OXIMETRIA CUTANEA		
18	869400	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO SOD		
19	5D5003	SALA BÁSICA DE PROCEDIMIENTOS		
20	5D5002	SALA DE CURACIONES		
ITEM	**CUPS**	**LABORATORIO CLINICO**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
1	903105	ACIDO FÓLICO [FOLATOS] EN SUERO		
2	905201	ACIDO VALPROICO AUTOMATIZADO		
3	903806	AMILASA EN ORINA DE 24 H		
4	902004	ANTICOAGULANTE CIRCULANTE [LÚPICO]		
5	906610	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PROSTATA [PSA]		
6	906304	ANTÍGENOS FEBRILES [VIDAL O WEIL FELIX]		
7	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES		
8	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA		
9	903811	CALCIO EN ORINA DE 24 H POR COLORIMETRÍA		
10	903873	CALCIO EN ORINA ESPONTANEA		
11	906802	CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA		
12	906205	Citomegalovirus, ANTICUERPOS Ig G [CMV-G] POR EIA		
13	906206	Citomegalovirus, ANTICUERPOS Ig M [CMV-M] POR EIA		
14	903813	CLORO [CLORURO]		
15	903814	CLORUROS EN ORINA 24 horas		
16	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]		
17	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMÁTICO		
18	903818	COLESTEROL TOTAL		
19	903420	COLINESTERASA SERICA		
20	901107	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA		
21	901101	COLORACIÓN PARA ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NIELSEN] Y LECTURA O BACILOSCOPIA		
22	911010	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO		
23	901206	COPROCULTIVO		
24	907002	COPROLÓGICO		
25	907004	COPROSCÓPICO Incluye:pH, SANGRE OCULTA, AZÚCARES REDUCTORES, ACTIVIDAD DE TRIPSINA Y PARÁSITOS		
26	903823	CREATININA DEPURACIÓN		
27	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 H		
28	903822	CREATININA EN ORINA ESPONTANEA **Creatinuria espontanea**		
29	903895	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS		
30	901213	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL		
31	901230	Mycobacterium tuberculosis CULTIVO		
32	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA ÓSEA ORINA Y HECES		

33	906207	Dengue, ANTICUERPOS Ig G		
34	906208	Dengue, ANTICUERPOS Ig M		
35	906209	Dengue, ANTICUERPOS TOTALES		
36	903828	DESHIDROGENASA LÁCTICA [LDH]		
37	902205	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA		
38	902204	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL		
39	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA Incluye: SECRECIÓN NASAL, OCULAR, OTICA, VAGINAL, URETRAL O RECTAL		
40	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]		
41	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA, ESTUDIO DE MORFOLOGÍA		
42	906911	FACTOR REMATOIDEO [R.A.] SEMICUANTITATIVO POR LÁTEX		
43	903830	FOSFATASA ACIDA		
44	903833	FOSFATASA ALCALINA		
45	903835	FÓSFORO INORGÁNICO [FOSFATOS]		
46	3201320	Hisopado Nasofaringeo para COVID-19 **(Solo toma de la Muestra y envio al Laboratorio de referencia con el que tenga convenio y que la Policia Nacional Sanidad Valle Indique a la IPS, La IPS no se hace responsable de la lectura de la muestra)**		
47	903836	FÓSFORO INORGÁNICO [FOSFATOS] EN ORINA DE 24 H		
48	903841	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
49	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA Incluye:CARGA DE GLUCOSA		
50	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL		
51	903844	GLUCOSA, CURVA DE TOLERANCIA (POR MUESTRA) (115)		
52	903845	GLUCOSA, TEST O' SULLIVAN		
53	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA, SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA, [BHCG] PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO		
54	906625	GONADOTROPINA CORIÓNICA, SUBUNIDAD BETA CUANTITATIVA [BHCG]		
55	902211	HEMATOCRITO		
56	911016	HEMOCLASIFICACIÓN GRUPO ABO Y FACTOR Rh		
57	911018	HEMOCLASIFICACIÓN GRUPO ABO, DIRECTA O GLOBULAR EN TUBO		
58	902213	HEMOGLOBINA		
59	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR ANTICUERPOS MONOCLONALES		
60	902210	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS,INDICES ERITROCITARIOS,LEUCOGRAMA,RECUENTO DE PLAQUETAS,INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
61	902214	HEMOPARASITOS, EXTENDIDO DE GOTA GRUESA		
62	906219	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
63	906218	HEPATITIS A Acs IgM (HVAM) EIA		
64	906220	HEPATITIS B Acs c IgM (HBcM) EIA		
65	906221	HEPATITIS B Acs c TOTALES (anti -HBc) EIA		
66	906222	HEPATITIS B Acs e (anti HBe) EIA		
67	906223	HEPATITIS B Acs s(ANTI HBs) Inmunocromatografia		
68	906318	HEPATITIS B ANTIGENO e(Ag HBe) EIA		
69	906317	Hepatitis B, ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBS]		
70	906225	HEPATITIS C Acs HVC Inmunocromatografia		
71	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]		
72	904105	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE [FSH]		
73	904107	HORMONA LUTEINIZANTE [LH]		
74	903855	MAGNESIO EN ORINA DE 24H		
75	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
76	903026	MICROALBUMINURIA POR EIA		
77	903028	MICROALBUMINURIA POR RIA		
78	903856	NITROGENO UREICO [BUN		

79	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
80	904510	PROGESTERONA		
81	904108	PROLACTINA [BASAL]		
82	906914	PROTEÍNA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
83	902217	PRUEBA DE TORNIQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]		
84	906039	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA (Prueba Rapida RPS)		
85	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO		
86	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS, METODO MANUAL		
87	906241	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO		
88	906243	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO		
89	907009	SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA POR EIA		
90	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]		
91	906915	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR &		
92	903864	SODIO		
93	903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS		
94	904601	TESTOSTERONA LIBRE		
95	904602	TESTOSTERONA TOTAL		
96	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]		
97	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]		
98	904921	TIROXINA LIBRE T4L		
99	904922	TIROXINA TOTAL [T4]		
100	906127	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig G POR EIA		
101	906128	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig G POR IFI		
102	906129	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig M POR EIA		
103	903867	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST]		
104	903866	TRANSAMINASA GLUTÁMICOPIRÚVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA [TGP-ALT]		
105	903868	TRIGLICÉRIDOS		
106	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE [T3L]		
107	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL [T3]		
108	907107	UROANÁLISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA		
109	901236	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA MIC AUTOMATICO] (112)		
110	906247	Varicela zoster, ANTICUERPOS Ig G		
111	906248	Varicela zoster, ANTICUERPOS Ig M		
112	906249	VIH 1 Y 2, ANTICUERPOS &		
ITEM	**CUPS**	**ELECTROCARDIOGRAMA**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
1	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO (CON UNA A TRES DERIVACIONES)		
ITEM	**CUPS**	**CITOLOGIA CERVICAL**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
1	892901	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO		
2	898001	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL Y/O FUNCIONAL		
ITEM	**CUPS**	**OTROS SERVICIOS**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
1	S31309	Domicilio entrega de Medicamentos según Resolucion 521/2020		
2	908711	Domicilio Toma de Muestras de Laboratorio Clinico		

MEDICAMENTOS					
ITEM	**DESCRIPCION**	**Concentracion**	**Presentacion**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
1	ACEITE DE RICINO SOLUCIONES ORAL	1.	SOL.		
2	ACETAMINOFEN + CODEINA 325+30 MG TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/ PERLA	(325+30)mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
3	ACETAMINOFEN + TRAMADOL TAB/CAP/GRAG/COMP (325+37)	(325+37)	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
4	ACETAMINOFEN 100MG GOT.	100mg	GOT.		
5	ACETAMINOFEN 150MG/ML JBE.	150mg/5ml	JBE.		
6	ACETAMINOFEN 500 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	500 mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		

7	ACETILCISTEINA 100MG GRANULADO	100mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
8	ACETILCISTEINA 600MG GRANULADO	600 mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
9	ACETILCISTEINA	2g/75ml	JBE.		
10	ACICLOVIR 200MG TAB/CAP/GRAG/COMP	200mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
11	ACICLOVIR DE 800 MG TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/ PERLA ORAL	800mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
12	ACICLOVIR UNGÜENTO AL (TOPICA)	0,05	UNG.		
13	ACIDO ACETIL SALICILICO 100MG/ML TAB/CAP/GRAG/COMP	100mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
14	ACIDO ASCORBICO FCO GOT.	100 mg / ml	GOT.		
15	AGUA ESTÉRIL PARA INYECCIÓNAMP Ó BOL5 ML	5 ml	AMP/VIAL		
16	ALBENDAZOL 200MG TAB/CAP/GRAG/COMP	200mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
17	ALBENDAZOL	400mg/20ml	SUSP.		
18	ALENDRONATO SODICO TAB/CAP/GRAG/COMP	70mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
19	ALFAMETILDOPA 250 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	250 mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
20	ALOPURINOL TAB/CAP/GRAG/COMP 300MG	300mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
21	ALOPURINOL TAB/CAP/GRAG/COMP 100MG	100 mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
22	ALUMINIO ACETATO		LOC.		
23	ALUMINIO+MAGNESIO HIDROXIDO SUSP 200+200 MG	500mg/5ml	SUSP.		
24	AMANTADINA 100MG TAB/CAP/GRAG/COMP	100mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
25	AMITRIPTILINA HCL 25MG TAB/CAP/GRAG/COMP	25mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
26	AMLODIPINO 5MG TAB/CAP/GRAG/COMP	5mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
27	AMLODIPINO 10MG TAB/CAP/GRAG/COMP	10mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
28	AMOXICILINA 500MG TAB/CAP/GRAG/COMP	500mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
29	AMOXICILINAFCO250 MG / 5 ML DE BASE (5%) 100 ML	250mg/100ml	SUSP.		
30	AMOXICILINAFCO250 MG / 5 ML DE BASE (5%) 60 ML	250mg/60ml	SUSP.		
31	AMOXICILINA+ACIDO CLAVULANICO-CAP (500+125)MG	500+125mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
32	AMPICILINA ANHIDRA Ó TRIHIDRATOFCO 250MG/5ML	250 mg / 5 ml	FCO		
33	AMPICILINA 500 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	500 mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
34	ASCORBICO ACIDO 500MG TAB/CAP/GRAG/COMP	500mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
35	ATORVASTATINA TAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
36	ATORVASTATINA TAB/CAP/GRAG/COMP 40 MG	40mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
37	ATORVASTATINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG	10 mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
38	AZATIOPRINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG	50 mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
39	AZITROMICINA 500-600MG TAB/CAP/GRAG/COMP	500-600mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
40	AZITROMICINA SUSPENSION X 200 MG/5 ML	200mg	SUSP.		
41	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 250 MCG AEROSOL ORAL	250MVG	AER.		
42	BECLOMETASONA DIPROPIONATO AEROSOL NASAL 50 MCG	50mcg	AER.		
43	BECLOMETASONA DIPROPIONATO AEROSOL ORAL 50MCG	50mcg	AER.		
44	BENCILO BENZOATOFCO 0.25	0,25	FCO		
45	BETAME.0.4%+CLOTRIMA.1.0%+NEOMI.0.5% TUBO X	20mg	CRE.		
46	BETAMETASONA 4MG/ML	4mg/ml	AMP/VIAL		
47	BETAMETASONA 0.0005 CREMA	0,0005	CRE.		
48	BETAMETILDIGOXINA 0.1MG	0.1mg	TAB/CAP/GRAG/		

	TAB/CAP/GRAG/COMP		COMP		
49	BIPERIDENO TABLETAS 2 MG	2mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
50	BISACODILO TAB/CAP/GRAG/COMP 5 MG	5 mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
51	BROMOCRIPTINA TABLETAS 2.5 MG	2.5mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
52	CALAMINA LOCION 8%	8%	LOC.		
53	CALCIO CARBONATO TABLETAS 600MG	(500-1000)mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
54	CALCIO CARBONATO+VITAMINA D TABLETAS (500-600MG +	500+600mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
55	CALCITRIOL 0.25 MCG TAB/CAP/GRAG/COMP	0.25 mcg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
56	CALCITRIOL 0.50 MCG TAB/CAP/GRAG/COMP	0.50 mcg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
57	CAPTOPRIL 25 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	25 mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
58	CAPTOPRIL 50 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	50 mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
59	CARBAMAZEPINA	20mg/ml (2%)	SUSP.		
60	CARBAMAZEPINA TAB/CAP/GRAG/COMP 200MG	200 mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
61	CARBOXIMETILCELULOSA SODICA 180MG COL.	180mg	COL.		
62	CARVEDILOL 6.25MG TAB/CAP/GRAG/COMP	6.25 mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
63	CARVEDILOL-TAB/CAP/GRAG/COMP-25MG	25mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
64	CEFALEXINA 500MG/ML TAB/CAP/GRAG/COMP	500mg/ml	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
65	CEFALEXINA SUSPENSION 250 MG / 5 ML(5%)	250mg/5ml	SUSP.		
66	CEFUROXIMA - TAB/CAP/GRAG/COMP - 500MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
67	CEFRADINA 500MG TAB/CAP/GRAG/COMP	500 mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
68	CEFTRIAXONA SÓDICA	1 gr	AMP/VIAL		
69	CETIRIZINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
70	CETIRIZINA	15 ml	GOT.		
71	CETIRIZINA JARABE 1MG/ML	5mg	JBE.		
72	CEFUROZIMA TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
73	CIANOCOBALAMINA (VITAMINA B12)-AMP/VIAL-1000MCG/ML	(1+100)mg	AMP/VIAL		
74	CIPROFLOXACINA COLIRIO 0.3% OTICA	0.3%	COL.		
75	CIPROFLOXACINA TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG	500 mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
76	CLORHEXIDINA DIACETATO TABLETAS MASTICABLES	4 mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
77	CLORHEXIDINA DIACETATO ENJUAGUE ANTICEPTICO BUCAL	180ml	FCO		
78	CLOBAZAM TAB/CAP/GRAG/COMP 20MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
79	CLOBAZAM TAB/CAP/GRAG/COMP 10MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
80	CLARITROMICINA X 250 MG /5ML POLVO PARA SUSPENSION	50mg/15ml	SUSP.		
81	CLARITROMICINA X 100 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	100mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
82	CLINDAMICINA CREMA VAGINAL AL 2%	2%	CRE.		
83	CLINDAMICINA TAB/CAP/GRAG/COMP X 300 MG	300mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
84	CLINDAMICINA-TAB VAG OVULOS-100 MG	100mg	TAB VAG OVULOS		
85	CLOBETASOL PROPIONATO-CRE.-0.05%	0.05%	CRE.		
86	CLONIDINA TAB/CAP/GRAG/COMP X 0.150 MG	0.150mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
87	CLOPIDOGREL-TAB/CAP/GRAG/COMP-75MG	75mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
88	CLORANFENICOL TAB/CAP/GRAG/COMP 250 MG	250mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
89	CLORFENIRAMINA MALEATO TAB/CAP/GRAG/COMP 4 MG	4 mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		

90	CLORFENIRAMINAFCO 2 MG / 5 ML	2 mg / 5 ml	FCO		
91	CLOROQUINA (DIFOSFATO Ó SULFATO)TAB Ó CAP250 MG DE	250mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
92	CLOTRIMAZOL CREMA TOPICA 1%	1%	CRE.		
93	CLOTRIMAZOL CREMA VAGINAL AL 1%	125mg/5ml	CRE.		
94	CLOTRIMAZOL OVULO Ó TAB VAGINAL AL 2%	200mg	TAB VAG OVULOS		
95	CLOTRIMAZOLFCO 10 MG / ML (1%)	10 mg / ml (1%)	FCO		
96	COLAGENASA 125MG/ML CRE.	125mg/ml	CRE.		
97	COLCHICINA TAB 0.5 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	0,5mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
98	COLESTIRAMINA ANHIDRA-POLV.-4G	4g	POLV.		
99	COLISTINA+NEOMICINA+HIDROCORTISONA	(1.53+5+0)	GOT.		
100	COMPLEJO B TAB/CAP/GRAG/COMP	B1 10mg B2 3 mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
101	COMPLEJO B 100MG/10 ML	100mg/10 ml	AMP/VIAL		
102	CORTICOIDE + LIDOCAINA CREMA RECTAL	0.25mg/ml	CRE.		
103	CORTICOIDE + LIDOCAINA SUPOSITORIOS RECTALES	(5+60)mg	SUSP.		
104	CORTICOIDE+NEOMICINA+POLIMIXINA SOLUCION OFTALMICA	(1mg+3.5mg(3500UI) +(6000-6600UI))/ml	SUSP.		
105	CORTICOIDE+NEOMICINA+POLIMIXINA - UNG-1MG +(3500+600)	20mg	UNG.		
106	CROMOGLICATO DE SODIOFCO	20 mg / ml (2%)	GOT.		
107	CROTAMITON FCO10%	10%	FCO		
108	DESLORATADINA TAB/CAP/GRAG/COMP	5mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
109	DESLORATADINA-JBE.-0.5MG/ML	0,5mg	JBE.		
110	DESONIDA 0.05% CREMA	0,05%	CRE.		
111	DEXAMETASONA AMP/VIAL AL 0.4%	0.4%	AMP/VIAL		
112	DEXAMETASONA (ACETATO)DE BASE	8 mg/ 2 ml	AMP/VIAL		
113	DICLOFENACO 75MG/3ML INTRAMUSCULAR AMPOLLA / VIAL	75mg/3ml	AMP/VIAL		
114	DICLOFENACO 50 GEL	50g	GEL.		
115	DICLOFENACO SÓDICOTAB50 MG	50mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
116	DICLOFENACO + CODEINA 10MG TAB/CAP/COMP	10mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
117	DICLOFENACO COLESTIRAMINA TAB/CAP/GRAG/COMP 75 MG	75mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
118	DICLOXACILINA CAP 500 MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
119	DICLOXACILINA 250MG/5ML SUSP.	250mg/5ml	SUSP.		
120	DIFENHIDRAMINACAP 50 MG	50 mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
121	DIFENHIDRAMINA FCO 12.5 MG / 5 ML	12.5 mg / 5 ml	FCO		
122	DIHIDROCODEINA BITARTRATOFCO2.	42 mg / ml (0.242%)	FCO		
123	DILTIAZEM TAB/CAP/GRAG/COMP X 60 MG	60mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
124	DILTIAZEM TAB/CAP/GRAG/COMP X 180 MG	180mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
125	DIMENHIDRINATO 50MG S.M.N.F. TAB/CAP/GRAG/COMP	50mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
126	DIOSMINA + HESPERIDINA 450+50MG	450+50mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
127	DIPIRONA AMP 1 G/ML AMP 2 ML	1g/2ml	AMP/VIAL		
128	DIPIRONA AMP 2 G/5 ML AMP 5 ML	2 g/5 ml	AMP/VIAL		
129	DIPIRONA TAB/CAP/GRAG/COMP X 500 MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
130	DOMPERIDONA SUS. 1MG/ML	1mg/ml	SUSP.		
131	DOXAZOCINA TAB/CAP/GRAG/COMP 4MG	4mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
132	DOXICICLINA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	100mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
133	ENALAPRIL TAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
134	ENALAPRIL TAB/CAP/GRAG/COMP 5 MG	5mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
135	ENZIMAS PANCREATICAS- TAB/CAP/GRAG/COMP-25000 U.I.	25000UI	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
136	ERGOTAMINA + CAFEINA TAB/CAP/COM (1+100)MG	1+100mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		

137	ESOMEPRASOL 20MG TAB/CAP/GRAG/COMP	20mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
138	ESOMEPRASOL 40MG TAB/CAP/GRAG/COMP	40mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
139	ESPIRONOLACTONA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	100mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
140	ESPIRONOLACTONA TAB/CAP/GRAG/COMP 25 MG	25mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
141	ESTRÓGENOS CONJUGADOS 0.0625%	0,0625%	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
142	ESTROGENOS NATURAL CONJUG Ó ASOC 0.625 MG	0.625 mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
143	ETINILESTRADIOL+LEVONORGESTREL (30+150)MC	(30+150)mc	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
144	FENITOINA SODICA 100MG TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/ PERLA ORAL	100mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
145	FITOBREMG CREMA TOPICA (TRITICUM VULGARE 15%)	32 G	CRE.		
146	FLUCONAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 200 MG	200mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
147	FLUCONAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 50 MG	50mg/5ml	SUSP.		
148	FLUNARIZINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
149	FLUNARIZINA 5MG TAB/CAP/GRAG/COMP	5mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
150	FLUOXETINA 20 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	20 mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
151	FOLICO ACIDO TAB/CAP/GRAG/COMP 1MG	1mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
152	FURAZOLIDONA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	100 mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
153	FURAZOLIDONA COMP 50/ML JARABE/SUSPENSIÓN/EMULSION/ELIXIR/GO TASSOLUCION ORAL ORAL	10-15%	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
154	FUROSEMIDA 20 MG / 2 ML	20 mg / 2 ml	AMP/VIAL		
155	FUROSEMIDA TAB/CAP/GRAG/COMP 40 MG	40mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
156	FUSIDICO ACIDO CREMA 2%	2%	CRE.		
157	GEMFIBROZILO TAB/CAP/GRAG/COMP 600 MG	600mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
158	GEMFIBROZILO TAB/CAP/GRAG/COMP 900 MG	900mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
159	GENTAMICINA AMP/VIAL 160 MG / 2 ML	160mg/2ml	AMP/VIAL		
160	GENTAMICINA AMP/VIAL 80 MG / 2 ML	80mg/2ml	AMP/VIAL		
161	GENTAMICINA CREMA 1MG/G	1mg/g	CRE.		
162	GENTAMICINA COLIRIO 3 MG / ML (0FTALMICA)	(160+800)mg	COL.		
163	GINKGO BILOBA EXTRACTO TBL/COMP X 40 MG	40mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
164	GLIBENCLAMIDA TAB/COM/GRAG 5 MG	40+200mg/5ml	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
165	GLICERINA ADULTOS SUPOSITORIOS RECTAL		SUSP.		
166	GLICERILO GUAYACOLATO JARABE AL 2%	2%	JBE.		
167	GLICERINA CARBONATADA- GOTAS.-0*01 (1%)	1%	GOT.		
168	HIDROCLOROTIAZIDA TAB/CAP/GRAG/COMP 25 MG	25mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
169	HIDROCORTISONA (ACETATO) CREMA 1%	1%	CRE.		
170	HIDROCORTISONA (SUCCINATO SÓDICO)FCO AMP100 MG	100mg	FCO		
171	HIDROCORTISONA(ACETATO) SOL 0*5%	0*5%	LOC.		
172	HIDROXICINA TAB/CAP/GRAG/COMP 25 MG	25mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
173	HIDROXICINA JARABE 250MG/10ML (0.25 %)	250mg/10ml	JBE.		
174	HIERRO SULFATO JARABE 125MG/5ML	125mg/5ml	JBE.		
175	HIERRO SULFATO -TAB/CAP/GRAG/COMP 200MG	200mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
176	HIOSCINA BUTIL BROMURO 20MG AMP/VIAL	20mg	AMP/VIAL		
177	HIOSCINA BUTIL BROMURO TAB/GRA/COM 10 MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
178	HIOSCINA BUTIL BROMURO+DIPIRONA AMP(20 +2.5/5ML)	(0.02 + 2.5)	AMP/VIAL		

179	IBUPROFENO SUSPENSION 100MG/5ML	100mg/5ml	SUSP.		
180	IBUPROFENO TAB/GRAG/COMP 400 MG	400mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
181	IMIPRAMINA CLORHIDRATOTAB/CAP/GRAG/COMP10 MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
182	IMIPRAMINA HCL-TAB/CAP/GRAG/COMP-25MG	25mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
183	INSULINA HUMANA N NPH 6MG AMP/VIAL	6mg	AMP/VIAL		
184	INSULINA ZINC CRISTALINAFCO -VIAL80 - 100 U.I. / M	100 ui	AMP/VIAL		
185	IPRATROPIO BROMURO 20MG/ML AER.	0.02mg/Pulverizacion	AER.		
186	ISOCONAZOL CREMA TOPICA X 20 G	20G	CRE.		
187	ISOCONAZOL SOLUCION TOPICA 10MG/ML	10mg/ml	SOL.		
188	ISOSORBIDE DINITRATO TAB SUBLINGUAL 5 MG	5mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
189	ISOSORBIDE DINITRATOTAB10 MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
190	IVERMECTINA SOLUCION ORAL 0.6%	0,63%	GOT.		
191	KETOCONAZOL-CHAM.-0.02 NP	0.02 NP	CHAMPU		
192	KETOCONAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 200MG	200mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
193	KETOCONAZOL CREM. 2%	2%	CRE.		
194	KETOPROFENO 100MG AMP/VIAL	100mg	AMP/VIAL		
195	KETOPROFENO 2.5% GEL.	2.5%	GEL.		
196	KETOPROFENO TAB/COM/GRA X 100 MG	100mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
197	KETOTIFENOFCO1 MG / 5 ML (0.02%)	1 mg / 5 ml (0.02%)	FCO		
198	LANSOPRAZOL 30MG TAB/CAP/GRAG/COMP	30mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
199	LATANOPROST 0.005%	0,005%	COL.		
200	LEVODOPA + CARBIDOPATAB250 MG + 25 MG	250mg+25mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
201	LEVODOPA + CARBIDOPATAB100MG+25MG	100mg+25mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
202	LEVOTIROXINA (SÓDICA) TABLETAS 100 MCG	100mcg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
203	LEVOTIROXINA (SÓDICA) TAB/CAP/GRAG/COMP 50 MCG	50MCG	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
204	LIDOCAINA HCL (CLORHIDRATO) JALEA 2%	2%	FCO		
205	LITIO CARBONATO-TAB/CAP/GRAG/COMP-300MG	300mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
206	LOPERAMIDA(CLORHIDRATO) TABLETA 2 MG	2mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
207	LORATADINA JARABE 1MG/ML (0.1%)	1mg/ml	JBE.		
208	LORATADINA TAB/COM/GRA 10 MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
209	LOSARTAN TAB/CAP/GRAG/COMP X 100 MG	100mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
210	LOSARTAN TAB/CAP/GRAG/COMP X 50 MG	50mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
211	LOVASTATINATAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
212	MEBENDAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	100mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
213	MEDROXIPROGESTERONA (ACETATO) AMP/VIAL 50MG/ML	50mg/ml	AMP/VIAL		
214	MEDROXIPROGESTERONA (ACETATO) TABLETA 5 MG	5mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
215	MELOXICAM-TAB/CAP/GRAG/COMP-7.5MG	7.5mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
216	METFORMINA TBL/COM/GRAG 850 MG	850mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
217	METIMAZOL TAB/COM/GRA 5 MG	5mg%	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
218	METOCARBAMOL TAB/GRAG/COMP 750 MG	750mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
219	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) GOTAS 4 MG/ML (0*4%)	4 mg/ml (0*4%)	GOT.		
220	METOCLOPRAMIDA(CLORHIDRATO) AMP/VIAL 10MG/2 ML	10mg/2ml	AMP/VIAL		
221	METOCLOPRAMIDA(CLORHIDRATO) TAB/COM 10 MG	10mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
222	METOPROLOL TARTRATO TAB/COMP/GRAG 100 MG	100mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		

223	METOPROLOL TARTRATO TAB/COMP/GRAG 50 MG	50mg/ml	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
224	METOTREXATO SÓDICO TAB/CAP/GRAG/COMP 2.5 MG DE BASE	2.5mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
225	METRONIDAZOL OVULO/TABLETA VAGINAL 500 MG	500mg	TAB VAG OVULOS		
226	METRONIDAZOL SUSPENSION 250MG/5ML	250mg/ml	SUSP.		
227	METRONIDAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
228	METRONIDAZOL/NISTATINA OVUL/TBL VAGINALES (500/100	25mcg/Dia	TAB VAG OVULOS		
229	MIRTAZAPINA TAB/CAP/GRAG/COMP 30MG	30mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
230	MONTELUKAST-TAB/CAP/GRAG/COMP-5MG	5mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
231	MOXIFLOXACINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-400MG	400mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
232	MULTIVITAMINAS+MINERALES TAB/CAP/COMP (S.M.N.F)	0	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
233	MULTIVITAMINAS+MINERALES JARABE (S.M.N.F)	0%	JBE.		
234	NAPROXENO SUSPENSION 125MG/5ML	125mg	SUSP.		
235	NAPROXENO TAB/CAP/GRAG/COMP 250 MG	250mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
236	NIFEDIPINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG (HTA)	10mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
237	NIFEDIPINA(LIB. CONTROLADA) CAP/COMP 30 MG (HTA)	30 mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
238	NIMODIPINO TAB/CAP/GRAG/COMP Ó CAP30 MG	30mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
239	NISTATINA CREMA 100.000 U.I./G	100.000UI	CRE.		
240	NISTATINA OVUL/TBL VAGINALES 100.000 U.I.	100.000UI	TAB VAG OVULOS		
241	NISTATINA SUSPENSION 100.000 U.I./ML	20mg/2ml	SUSP.		
242	NITAZOXANIDA-SUSP.-2G	400mg	SUSP.		
243	NITAZOXANIDA-TAB/CAP/GRAG/COMP-500MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
244	NITROFURANTOINA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	100mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
245	NORFLOXACINA TAB/CAP/GRAG/COMP 400 MG	400mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
246	OMEPRAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
247	OXIMETAZOLINA SOLUCION NASAL 0*5 MG/ML (0*05%)	0*5 mg/ml (0*05%)	SOL.		
248	OXIMETAZOLINA SOLUCION NASAL 0.25MG/ML (0.025%)	0.025%	GOT.		
249	PARCHE OCULAR ADULTO	-	PARCHE		
250	PENICILINA G BENZATINICA AMP/VIAL 1.200.000 U.I.	1200000UI	AMP/VIAL		
251	PENICILINA G BENZATINICA AMP/VIAL 2.400.000 U.I.	2400000UI	AMP/VIAL		
252	PENTOXIFILINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-400MG	400mg%	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
253	PIRANTEL/OXANTEL-SUSP.-(250/250)MG/5ML	250/250mg/5ml	SUSP.		
254	PIROXICAM GEL X 30 G	30 g	GEL.		
255	PIROXICAM TAB/CAP/GRAG/COMP X 20 MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
256	PLATA SULFADIACINA CREMA 1%	0,01	CRE.		
257	PODOFILINA LOCION 20 %	20%	LOC.		
258	PRAZOCIN-TAB/CAP/GRAG/COMP-1MG	1mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
259	PREDNISOLONA TAB/GRAG/COMP 5 MG	5mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
260	PREDNISOLONA + FENILEFRINA FCO GOT 1 % + 0.12 %	Got 1 % + 0.12 %	FCO		
261	PREDNISOLONA-SUSP.-OFTALMICA(1%/5ML)	(1%/5ml)	SUSP.		
262	PREDNISOLONA-TAB/CAP/GRAG/COMP-50MG	50mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
263	PRESERVATIVO "CONDON"	-	-		
264	PRIMAQUINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-15MG	15mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
265	PROPRANOLOL CLORHIDRATOTAB40 MG	40mg	TAB/CAP/GRAG/		

			COMP		
266	PROPRANOLOL CLORHIDRATOTAB80 MG	80mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
267	QUINAPRIL-TAB/CAP/GRAG/COMP-20MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
268	RETINOICO ACIDO CREMA 0.05%	0,05%	CRE.		
269	RISPERIDONA-TAB/CAP/GRAG/COMP-3MG	3mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
270	SALBUTAMOL (SULFATO)FCO2 MG / 5 ML (0.04%)	2mg/ml	SOL.		
271	SALBUTAMOL(SULFATO) AEROSOL 100 MCG/INHALACIÓN	100mcg	AER.		
272	SALES DE REHIDRATACION ORL SOBRE FÓRMULA OMS	5g/100ml	POLV.		
273	SALES DE REHIDRATACION ORL-FCO-	400mg	FCO		
274	SECNIDAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
275	SECNIDAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG	500mg	SUSP.		
276	SERTRALINA TAB/CAP/GRAG/COMP 50 MG	50mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
277	SUCRALFATE TAB/CAP/GRAG/COMP 1 G	0.1%	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
278	SULFATO DE ZINC SUSP FCO 120ML	120ml	FCO		
279	SULFATO DE ZINC TAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG	20mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
280	TEOFILINA ELIXIR 80 MG/15 ML	80mg/15ml	ELIX.		
281	TEOFILINA LIBERACION LENTA TAB/CAP/COMP 300 MG	300mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
282	TERBINAFINA 1% CREMA TOPICA TUB20G	20g	CRE.		
283	TERAZOSIN TAB/CAP/GRAG/COMP 5MG	5mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
284	TERBINAFINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-250MG	25mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
285	TETRACICLINA(CLORHIDRATO) CAP/COM/TAB 500 MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
286	TIAMINA (VITAMINA B1) AMP/VIAL 100 MG/ML	100mg/ml	AMP/VIAL		
287	TIAMINA (VITAMINA B1) CAP/TBL/COM 300 MG	300mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
288	TIMOLOL MALEATO COLIRIO 5 MG/ML (0.5%)	5 mg/ml (0.5%)	GOT.		
289	TINIDAZOL TAB/GRAG/COMP 500 MG	500mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
290	TIZANIDINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-2MG	2mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
291	TIZANIDINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-4MG	4mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
292	TOBRAMICINA + DEXAMETASONA-COL.-0*03	0.3mg	COL.		
293	TRAMADOL (CLORHIDRATO) SOLUCION ORAL 100 MG/ML(10%)	100 mg/ml(10%)	SOL.		
294	TRAMADOL(CLORHIDRATO) AMP/VIAL 100 MG/ML	100mg/ml	AMP/VIAL		
295	TRAMADOL(CLORHIDRATO) AMP/VIAL 50 MG/ML	50 mg/ml	AMP/VIAL		
296	TRAZODONA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	100mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
297	TRAZODONA TAB/CAP/GRAG/COMP 50 MG	50mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
298	TRIMEBUTINA MALEATO TAB/CAP/GRAG/COMP 200 MG	200mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
299	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL SUSP (40+200)MG 120ML	40+200mg/5ml	SUSP.		
300	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL TAB/COMP (160+800)MG	160+800mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
301	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL(F) SUSP (80MG/400)MG	80+400mg	SUSP.		
302	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOLFCO(40+200) 60ML	(40+200) 60ml	FCO		
303	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 80 + 400) MG	(80+400)mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
304	UREA-CREMA.-(10-40)%	10-40)%	CRE.		
305	VALPROICO ACIDO JAREBE 250 MG/5 ML	250mg/ml	JBE.		
306	VALPROICO ACIDO TAB/CAP/GRAG/COMP 250 MG	250mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
307	VALSARTAN-TAB/CAP/GRAG/COMP-160MG	160mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		

308	VALSARTAN-TAB/CAP/GRAG/COMP-80MG	80mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
309	VERAPAMILO CLORHIDRATOTAB 240MG	240mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
310	VERAPAMILO CLORHIDRATOTAB120 MG	120mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
311	VERAPAMILO RETARD-TAB/CAP/GRAG/COMP-80MG	80mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
312	VITAMINA A (ACETATO Ó PALMITATO) CAP 100.000 U.I.	100000UI	PER.		
313	VITAMINA A (ACETATO Ó PALMITATO) CAP 50.000 U.I.	50000UI	PER.		
314	VITAMINA B12 AMP 1ML/1MG 1ML	1ml/1mg	AMP/VIAL		
315	VITAMINA D3 TAB/CAP/GRAG/COMP 0.25MCG	0.25mcg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
316	VITAMINA E CAPSULA 400 UI	400UI	PER.		
317	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) AMP/VIAL 10MG/ML	10mg	AMP/VIAL		
318	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) AMP/VIAL 1MG/ML	1mg/ml	AMP/VIAL		
319	WARFARINA(SÓDICA) TAB/COM/GRAG 5 MG	5mg	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
320	YODOPOVIDONA SOLUCION BUCOFARINGEOX 120 ML	120 ml	SOL.		
321	YODOPOVIDONAFCO10%	10%	FCO		
322	ZINC + MULTIVITAMINAS-TAB/CAP/GRAG/COMP-S.M.N.F.	0	TAB/CAP/GRAG/ COMP		
323	ZINC OXIDO+NISTATINA CREMA TOPICA 5%+100.000 U.I	5%+100.000 U.I	CRE.		
324	ZINC+MULTIVITAMINAS-GRANULADO-S.M.N.F	0	TAB/CAP/GRAG/ COMP		

INSUMOS				
ITEM	**DESCRIPCION**	**CONCENTRACION**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
1	Bistury # 10	10		
2	Bistury # 15 VENTA	15		
3	jeringa x 3 cc Niño	3cc		
4	jeringa x 3 cc Adulto	3cc		
5	jeringa x 5 cc	5cc		
6	jeringa x 10 cc	10cc		
7	Mascara de NEBULIZAR Pediatrico	Pediatrico		
8	Mascara de NEBULIZAR Adulto	Adulto		
9	Recolector de Materia Fecal	unidad		
10	Recolector de Orina	unidad		
11	Sonda Folley 18 x 30 2 vias	18 x 30		
12	Sonda Folley 20 x 30 2 vias	20 x 30		
13	Especulo SENCILLO	sencillo		
14	Especulo KIT	Kit		
15	Suero fisiologico (cL de s al 0.90%) 500c ARB1323	bolsa		
16	Aguja Vacutainer ADULTO	unidad		
17	Aguja Vacutainer PEDIATRICO	unidad		
18	Bata sechable	unidad		
19	Gasas Esteriles	unidad		

CONDICIONES TECNICAS MÍNIMAS HABILITANTES

ITEM	CONDICIONES DEL SERVICIO GRUPO I	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Se requiere que el contratista ofrezca los servicios de consulta externa en horarios comprendidos entre el lunes al sábado, así: de lunes a viernes entre las 07:00 a las 18:00 horas y los días sábados de 08:00 a 12:00 horas.		
2	Se requiere que el contratista ofrezca los servicios de laboratorio, citología cervical y electrocardiograma en horarios comprendidos entre 07:00 a 18:00 horas y los sabados de 08:00 a 12:00M		
3	Prestar los servicios durante el tiempo de duración del contrato y el horario de prestación del servicio los 365 días del año y de acuerdo con la oferta presentada, la cual forma parte integral del mismo.		
4	El servicio deberá prestarse previa autorización del supervisor del contrato o con el facilitador del ESPRI Dagua ademas de la (AUTORIZACION DEL SERVICIO, LA CUAL DEBE GENERAL EL AREA DE REFERENCIA Y CONTRATEFERENCIA), o		

	de la manera en que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 Lo estime.		
5	La entidad deberá contemplar buenas prácticas ambientales, es decir sus procesos serán amigables con el medio ambiente.		
6	El oferente deberá prestar sus servicios ofertados, en el municipio de DAGUA, Departamento del Valle del Cauca.		
7	El contratista deberá contar con formato formula seriada para la prescripción de medicamentos ambulatorios		
8	Se requiere que el contratista ofrezca los servicios de DISPENSACION DE MEDICAMENTOS en horarios comprendidos entre el lunes a sábado, así: de lunes a viernes entre las 07:00 a las 18:00 horas y los días sábados de 08:00 a 12:00 horas.		
9	El contratista deberá abstenerse de programar servicios que No estén descritos en el **GRUPO I** sin previa autorización del jede del ESPRI de Dagua o por el jefe la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4.		
10	La prestación de los servicios ofertados en el **GRUPO I** están sujetos a la previa consideración de la viabilidad y autorización por parte del líder supervisor del contrato o del área que designe la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 Para soporte de la ODP. Dado que algunos servicios se consideran de Nivel II y son prestados por la Red Propia de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4		
11	El contratista dispondrá de una persona encargada de las novedades del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre procedimientos, tratamientos, quejas, programaciones y en general para la atención de los usuarios; esta comunicación deberá tener como fin el enlace con la coordinación ESPRI de Dagua		
12	El contratista solo prestará los servicios objeto del contrato a los usuarios y beneficiarios de la Policía Nacional presentando los siguientes documentos: ➢ Documento de identidad original a la Vista ➢ Orden de servicio autorizada por Regional de Aseguramiento en Salud N°4 Formato del grupo regional redes integrales de servicios de salud. Diligenciado		
13	La entidad debe verificar que la orden de servicio este diligenciada en su totalidad con nombre del usuario, documento de identificación, diagnóstico, servicio solicitado y por último la firma y el sello del profesional		
14	**Capacidad operativa:** La Regional de Aseguramiento en Salud N° 4 establece desde el estudio de conveniencia y oportunidad que el Comité Técnico **podrá** realizar una visita a las instalaciones coordinando previamente con el oferente el día y la hora de la visita con el objeto de conocer las áreas físicas, sus características, capacidad de Instalaciones, equipos, logística, recurso humano y/o todos aquellos aspectos que deban ser verificados, previamente. Nota: La visita tendría como fin que la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4, tenga más claridad sobre la institución donde opera el oferente al momento de evaluar la oferta, teniendo como referente que el proponente cumpla.		
15	Según corresponda, el oferente y futuro contratista deberá cumplir las obligaciones fijadas por los distribuidores y comercializadores en la **Resolución** número **0371 de 2009**, por la cual se establecen los elementos que deben ser considerados en los Planes de Gestión de Devolución de Productos Posconsumo de Fármacos o Medicamentos Vencidos.4 mar. 2009 expedida por el Ministerio de Ambiente, o aquella norma que la modifique, adicione o sistituya, presentando la aprobación ante la autoridad ambiental competente del Sistema de Recolección Selectiva y Gestión Ambiental de Fármacos o Medicamentos Vencidos que posea o este participando y enviar a la respectiva unidad policial, los lineamientos y procedimientos para su participación como consumidores.		
16	**NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO** Con el fin de garantizar la excelente prestación del servicio se requiere personal Técnico, Profesional y/o Especializado encargado de prestar los servicios, el proponente deberá certificar que este personal cuenta con el conocimiento y experiencia en Colombia relacionado con el objeto del presente contrato; el personal deberá acreditar estudios, profesionales o especializados en instituciones de educación aprobadas en Colombia, en cada una de las áreas de la salud objeto del contrato a suscribir.		
17	**EXPERIENCIA EN TIEMPO DEL MERCADO** El Oferente deberá acreditar como mínimo un año de experiencia en el mercado y sus servicios deberán estar habilitados ante la Secretaria Departamental de Salud, de acuerdo a la **Resolución 003100 de 2019**		
18	**EXPERIENCIA DEL PERSONAL** El proponente deberá certificar que el personal vinculado y que desarrollará los		

	diferentes procesos relacionados con el objeto del contrato, cuenta con el conocimiento y experiencia en Colombia de mínimo un año en la práctica de los mismos.		
19	**EXPERIENCIA PROPONENTE EN PRODUCIR O COMERCIALIZAR EL BIEN Y/O OFRECER EL SERVICIO** Los oferentes deben cumplir las especificaciones técnicas establecidas, de acuerdo a lo estipulado en el presente estudio de conveniencia y oportunidad; con el fin, de garantizar la calidad en los servicios adquirir, se requiere que el oferente acredite experiencia durante los últimos tres años(2018, 2019 y/o 2020) en la prestación de servicios de salud de Baja y Mediana complejidad, La experiencia debe ser adecuada y proporcional a la naturaleza del contrato a suscribir y a su valor; para lo cual debe presentar **hasta tres (03) certificaciones de contratos ejecutados** cuyo objeto sea igual o guarde coherencia con el objeto de la presente contratación, y cuya sumatoria sea igua o supere el 50% del valor ofertado. Las certificaciones deben contener la siguiente información: • Objeto del contrato • No. Del contrato • Valor • Plazo • Fechas de inicio y finalización del contrato • Cumplimiento Nombre y NIT del contratante y del contratista		
20	**FORMAS DE DISPENSACION Y DISTRIBUCION MEDICAMENTOS:** Para el suministro de los medicamentos objeto de este Contrato se establecen dos modalidades de entrega como son: **A. Dispensación Exclusiva:** Son aquellos puntos de dispensación de medicamentos directamente al usuario, en los que el proveedor solo podrá suministrar los medicamentos al personal del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Todo punto en instalaciones policiales funcionará como exclusivo, aunque los puntos fuera de ESP (Establecimiento de Sanidad Policial) también pueden funcionar como exclusivos. **B. Dispensación Compartida:** Son aquellos puntos de dispensación de medicamentos directamente al usuario, en los que el proveedor podrá atender también al público general, es decir no perteneciente al Subsistema de Salud de la Policía Nacional.		
21	Dispensar medicamentos en denominación genérica		
22	Cuando se trate de medicamentos o procedimientos no contemplados en el plan de beneficios, la entidad y el profesional deberá utilizar y diligenciar los formatos de Comité técnico Científico (CTC) de la Policía Nacional modelo adjunto a este pliego de condiciones, establecidos para tal fin con el objetivo de agilizar la autorización de los mismos		
23	Conforme a los estándares de habilitación es importante que cuente con un servicio de ambulancia ya sea propio o contratado que permita responder de manera oportuna a cualquier emergencia que se pueda presentar, cuando un usuario requiere un nivel de atención más complejo del que se encuentra.		
24	Aquellas ayudas diagnosticas en relación del objeto del contrato que no queden pactadas pero que, en cumplimiento a sentencias judiciales o necesidad de pacientes de enfermedades catastróficas, se podrán solicitar bajo cotización basada en los precios de mercado actual, bajo el visto bueno del supervisor del contrato y previa autorización del jefe de la **Regional De Aseguramiento En Salud N°4**		
25	Disponer de una línea telefónica y/o correo electrónico para solicitar el Agendamiento para las consultas y procedimientos autorizados a los usuarios.		
26	**Materia ambiental:** ✓ Buenas prácticas ambientales, de acuerdo con la normatividad vigente. ✓ El futuro contratista deberá adelantar todos y cada uno de los procesos en términos amigables con el medio ambiente. El oferente anexará junto con su oferta la constancia de registro de generadores de residuos peligrosos RESPEL, que se tramita ante el IDEAM a través de la plataforma virtual.		

OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES

Lineamientos para la implementación del SG-SST que se deben cumplir.

La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 solicita a los oferentes presentar junto con la propuesta los siguientes documentos

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	OFERTA	
		SI	NO
1	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 que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) 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 total de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.		
2	Presentar junto a la oferta el Certificado de Accidentalidad de la ARL (Sura, Colmena, Colpatria, Positiva, entre otras), donde se acredite la no ocurrencia accidentes mortales durante el periodo anterior a la contratación, no obstante si no se cuenta con el documento al momento de la presentación de la oferta, se deberá anexar una constancia donde se indique que se encuentra en trámite; así mismo deberá anexar carta firmada por el Representante Legal y Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad donde certifiquen que no se han presentado sucesos mortales.		
3	Presentar junto a la oferta el Certificado de la ARL o SENA, que la persona responsable del diseño y ejecución del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, cursó y aprobó el curso de las 50 horas SG-SST.		
4	Presentar junto a la oferta la constancia donde se certifique que los integrantes de la empresa (en todos sus niéveles) tienen pleno conocimiento y especificación de los peligros/riesgos, así como los medios de control de los mismos, al momento de ejecutar el servicio en la Unidad Prestadora de Salud Valle del Cauca.		
5	Presentar junto a la oferta la Matriz de identificación de peligros y riesgos con sus respectivas medidas preventivas, controles generales y específicos.		

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

RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Firma Representante Legal: _____

C.C. N°: _____

GRUPO II
APOYO TERAPEUTICO O REHABILITACION TERAPEUTICA (REHABILITACION)

El oferente deberá diligenciar y presentar junto con la oferta el formato de Especificaciones Técnicas que se presenta a continuación debidamente firmado por el Representante Legal, en el que exprese su manifestación de cumplimiento o no cumplimiento con cada una de las especificaciones técnicas solicitadas, las cuales serán verificadas por el Comité Técnico aplicando el criterio de cumple o no cumple.

REQUISITOS GENERALES

c. Las especificaciones técnicas requeridas son de obligatorio cumplimiento, de no hacerlo la propuesta se considerará no apta técnicamente.
d. En la columna CUMPLE/NO CUMPLE, se evaluará las especificaciones técnicas ofertadas por la firma.

ITEM	Codigos CUPS	SERVICIO	CUMPLE	NO CUMPLE
1	890211	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FISIOTERAPIA - VALORACION		
2	890212	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA RESPIRATORIA - VALORACION		
3	890411	INTERCONSULTA POR SESION DE TERAPIA FISICA. 1 SESION		
4	890412	INTERCONSULTA POR SESION TERAPIA RESPIRATORIA. 1 SESION		
5	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL. 1 SESION		
6	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL. 1 SESION		

ITEM	CONDICIONES DEL SERVICIO DEL GRUPO II FISIOTERAPIA	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Se requiere tener activos los centros de rehabilitación El horario será comprendido así: de lunes a viernes entre las 08:00 a las 18:00 Y los días sábados de 08:00 a 12:00 horas.		
2	El servicio de rehabilitación deberá prestarse previa autorización del supervisor del contrato o con el facilitador del ESP Dagua previa (ODP), o de la manera en que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 lo estime.		
3	La entidad deberá contemplar buenas prácticas ambientales, es decir sus procesos serán amigables con el medio ambiente.		
4	El servicio deberá prestarse previa autorización del supervisor del contrato o con el facilitador del ESPRI Dagua además de la (AUTORIZACION DEL SERVICIO, LA CUAL DEBE GENERAL EL AREA DE REFERENCIA Y CONTRATEFERENCIA), o de la manera en que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 Lo estime.		
5	Prestar los servicios durante el tiempo de duración del contrato y el horario de prestación del servicio los 365 días del año y de acuerdo con la oferta presentada, la cual forma parte integral del mismo.		
6	El contratista deberá abstenerse de programar servicios que No estén descritos en el **GRUPO II** sin previa autorización del jede del ESPRI de Dagua o por el jefe la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4.		
7	La prestación de los servicios ofertados en el **GRUPO II** están sujetos a la previa consideración de la viabilidad y autorización por parte del líder supervisor del contrato o del área que designe la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 Para soporte de la ODP. Dado que algunos servicios se consideran de Nivel II y son prestados por la Red Propia de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4		
8	El contratista dispondrá de una persona encargada de las novedades del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre procedimientos, tratamientos, quejas, programaciones y en general para la atención de los usuarios; esta comunicación deberá tener como fin el enlace con la coordinación ESPRI de Dagua		
9	El contratista solo prestará los servicios objeto del contrato a los usuarios y beneficiarios de la Policía Nacional presentando los siguientes documentos:		

	➢ Documento de identidad original a la Vista ➢ Orden de servicio autorizada por Regional de Aseguramiento en Salud N°4 Formato del grupo regional redes integrales de servicios de salud. Diligenciado		
10	**Capacidad operativa:** La Regional de Aseguramiento en Salud N° 4 establece desde el estudio de conveniencia y oportunidad que el Comité Técnico **podrá** realizar una visita a las instalaciones coordinando previamente con el oferente el día y la hora de la visita con el objeto de conocer las áreas físicas, sus características, capacidad de Instalaciones, equipos, logística, recurso humano y/o todos aquellos aspectos que deban ser verificados, previamente. Nota: La visita tendría como fin que la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4, tenga más claridad sobre la institución donde opera el oferente al momento de evaluar la oferta, teniendo como referente que el proponente cumpla		
11	**NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO** Con el fin de garantizar la excelente prestación del servicio se requiere personal Técnico, Profesional y/o Especializado encargado de prestar los servicios, el proponente deberá certificar que este personal cuenta con el conocimiento y experiencia en Colombia relacionado con el objeto del presente contrato; el personal deberá acreditar estudios, profesionales o especializados en instituciones de educación aprobadas en Colombia, en cada una de las áreas de la salud objeto del contrato a suscribir.		
12	**Capacidad Instalada** el oferente deberá contar con los recursos suficientes para prestar los servicios en sus propias instalaciones.		
13	**EXPERIENCIA DEL PERSONAL** El proponente deberá certificar que el personal vinculado y que desarrollará los diferentes procesos relacionados con el objeto del contrato, cuenta con el conocimiento y experiencia en Colombia de mínimo un año en la práctica de los mismos.		
14	**EXPERIENCIA PROPONENTE EN PRODUCIR O COMERCIALIZAR EL BIEN Y/O OFRECER EL SERVICIO** Los oferentes deben cumplir las especificaciones técnicas establecidas, de acuerdo a lo estipulado en el presente estudio de conveniencia y oportunidad; con el fin, de garantizar la calidad en los servicios adquirir, se requiere que el oferente acredite experiencia durante los últimos tres años(2018, 2019 y/o 2020) en la prestación de servicios de salud de Baja y Mediana complejidad, La experiencia debe ser adecuada y proporcional a la naturaleza del contrato a suscribir y a su valor; para lo cual presentará **hasta tres (03) certificaciones de contratos ejecutados** cuyo objeto sea igual o guarde coherencia con el objeto de la presente contratación, y cuya sumatoria sea igua o supere el 50% del valor ofertado. Las certificaciones deben contener la siguiente información: • Objeto del contrato • No. Del contrato • Valor • Plazo • Fechas de inicio y finalización del contrato • Cumplimiento Nombre y NIT del contratante y del contratista		
15	Disponer de una línea telefónica y/o correo electrónico para solicitar el Agendamiento para las consultas y procedimientos autorizados a los usuarios.		
16	**Materia ambiental:** ✓ Buenas prácticas ambientales, de acuerdo con la normatividad vigente. ✓ El futuro contratista deberá adelantar todos y cada uno de los procesos en términos amigables con el medio ambiente. El oferente anexará junto con su oferta la constancia de registro de generadores de residuos peligrosos RESPEL, que se tramita ante el IDEAM a través de la plataforma virtual.		

OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES

Lineamientos para la implementación del SG-SST que se deben cumplir.

La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 solicita a los oferentes presentar junto con la propuesta los siguientes documentos

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	OFERTA	
		SI	NO
1	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 que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) 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 total de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.		
2	Presentar junto a la oferta el Certificado de Accidentalidad de la ARL (Sura, Colmena, Colpatria, Positiva, entre otras), donde se acredite la no ocurrencia accidentes mortales durante el periodo anterior a la contratación, no obstante si no se cuenta con el documento al momento de la presentación de la oferta, se deberá anexar una constancia donde se indique que se encuentra en trámite; así mismo deberá anexar carta firmada por el Representante Legal y Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad donde certifiquen que no se han presentado sucesos mortales.		
3	Presentar junto a la oferta el Certificado de la ARL o SENA, que la persona responsable del diseño y ejecución del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, cursó y aprobó el curso de las 50 horas SG-SST.		
4	Presentar junto a la oferta la constancia donde se certifique que los integrantes de la empresa (en todos sus niéveles) tienen pleno conocimiento y especificación de los peligros/riesgos, así como los medios de control de los mismos, al momento de ejecutar el servicio en la Unidad Prestadora de Salud Valle del Cauca.		
5	Presentar junto a la oferta la Matriz de identificación de peligros y riesgos con sus respectivas medidas preventivas, controles generales y específicos.		

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

RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Firma Representante Legal: _____

C.C. N°: _____

OTRAS CONDICIONES TECNICAS VERIFICABLES

- **Materia ambiental**

  - ✓ Buenas prácticas ambientales, de acuerdo con la normatividad vigente.
  - ✓ El futuro contratista deberá adelantar todos y cada uno de los procesos en términos amigables con el medio ambiente.
  - ✓ El oferente anexará junto con su oferta la constancia de registro de generadores de residuos peligrosos RESPEL, que se tramita ante el IDEAM a través de la plataforma virtual, (si es mediano o grande generador).

- **LINEAMIENTOS EN MATERIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:** EL oferente deberá certificar que cumple con los lineamientos de la Resolución 0312 de 13 de febrero del año 2019 "Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) y la resolución N° 01956 del 25 de abril del año 2018, por lo cual se adoptan las directrices de evaluación al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, para los contratistas y subcontratistas. (diligenciar el Formato Nº 1 adjunto).

2.3 ECONÓMICOS

- **Oferta Económica:** Para este proceso, la evaluación económica se realizará teniendo en cuenta el mayor porcentaje unico de descuento ofrecido por grupo, oferente deberá presentar su oferta económica conforme al **No 3 anexo** denominado **OFERTA ECONÓMICA**, establecido según la invitación Publica, con el porcentaje de descuento según la tarifa o precio techo correspondiente de acuerdo a los servicios incluidos dentro del grupo a ofertar.

- **Sostenibilidad de Precio:** El oferente deberá manifestar la sostenibilidad de los precios durante la vigencia del contrato (diligenciar el Formulario Nº 4 adjunto).

2.4 OTROS DOCUMENTOS

- **Certificación Bancaria:** Se requiere en original y que se encuentre vigente, con el fin de realizar los pagos por parte de la Regional de aseguramiento en Salud No 4.

- **Datos Básicos Beneficiario Cuenta**: La información contenida en el formulario debe ser coherente con la contenida en la Certificación Bancaria. (*Diligenciar formulario N° 2 adjunto*).

3. CRONOGRAMA DEL PROCESO

Publicación de la invitación	Lugar: PORTAL ÚNICO DE CONTRATACIÓN SECOP II https://community.secop.gov.co/STS/Users/Login/Index?SkinName=CCE&currentLanguage=es-CO&Page=login&Country=CO Fecha: **17 de noviembre 2021**
Observaciones a la invitación	Los interesados podrán solicitar aclaraciones a la Invitación Pública a través de la **plataforma SECOP II, hasta las 18:00 horas del 18 de noviembre DE 2021.** **NOTA: NO SE TENDRÁN EN CUENTA OBSERVACIONES REALIZADAS DE FORMA VERBAL, NI TAMPOCO LAS REALIZADAS POSTERIORES A LA FECHA Y HORA ANTES DESCRITAS, NI LAS REALIZADAS EN SITIOS DIFERENTES A LOS SEÑALADOS ANTERIORMENTE.**
Entrega de propuestas	**Lugar:** La propuesta será recibida ÚNICAMENTE a través de la **plataforma SECOP II**. Para ello el interesado deberá estar registrado y contar con usuario y contraseña. No se aceptarán propuestas enviadas por correo electrónico, ni otro medio diferente al señalado en la invitación. **Fecha: 23 DE noviembre DE 2021** **Hora**: hasta las 18:00:00 horas
Evaluación de las Propuestas y Verificación de los Requisitos Habilitantes	Dentro de los Dos (02) días hábiles siguientes a la fecha de recibo de ofertas. En el evento que la propuesta a evaluar no cumpla con la verificación de los requisitos mínimos habilitantes, este mismo plazo aplicara para la propuesta en segundo orden de elegibilidad y así sucesivamente para las demás propuestas si se continúe con la misma situación.
Termino para la publicación del informe	Dentro del día hábil siguientes al vencimiento del término

de verificación de los requisitos habilitantes	anterior.
Publicación para observaciones y Presentación de documentos habilitantes	Dentro del día hábil siguiente la fecha de publicación del informe de resultados de evaluación de las propuestas.
Notificación de aceptación de oferta.	Dentro de los Tres (3) días hábiles siguiente al plazo otorgado a los proponentes para presentar observaciones a la evaluación.

NOTA: Se requiere obligatoriamente la presentación de una **OFERTA GLOBAL**.

- La validez de la oferta se requiere que sea por el tiempo de ejecución del contrato y contado a partir de la fecha de presentación de la oferta.

- De ser necesaria la modificación de las condiciones de la invitación, esta se efectuará mediante ADENDA, la cual será expedida y publicada en el portal único de contratación hasta el día hábil anterior a la fecha y hora establecida para la entrega de las propuestas.
- En caso de tener dificultades para presentar la oferta en la plataforma del SECOP II seguir el protocolo de Indisponibilidad establecido por Colombia Compra Eficiente, el correo de la Regional de Aseguramiento en Salud No 4, al cual puede comunicar la dificultad es: deval.rases-lic@policia.gov.co

4. SUPERVISOR DEL CONTRATO

El supervisor del contrato será el **ESPRI NUESTRA SEÑORA DE FATIMA** o quien haga sus veces, o quien con posterioridad designe el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato, de acuerdo con las funciones de conformidad con lo previsto en el artículo 14 de la Ley 80 de 1993, en la Resolución No. 03049 del 30 de julio de 2014 por la cual se establece el Nuevo Manual de Contratación para la Policía Nacional, en la Resolución No. 00090 del 15 de enero de 2018, el Instructivo 0024 DISAN-ASJUR del 27 de marzo de 2009 de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, el Instructivo No. 016 del 24 de marzo de 2010 DIPON-DIRAF-70 "Por medio de los cuales se reglamenta la actividad de los Interventores, Supervisores y Coordinadores de los contratos y/o convenios en la Policía Nacional" y los artículos 82, 83 y 84 de la ley 1474 de 2011. Además, tendrán entre otras comprobar que el contratista mensualmente está cumpliendo con la obligación de afiliación y cotización a los Sistemas de Seguridad Social, Salud y Riesgos Profesionales de acuerdo con el artículo 282 de la Ley 100 de 1993, el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 en concordancia con el Decreto 1703 de 2002, Decreto 510 de 2003, Ley 797 de 2003, Ley 828 de 2003 y Ley 1122 de 2007.

"DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES 80/1993, 134/1994, 850/2003 Y DECRETO 1082 DE 2015, SE INVITA A LAS VEEDURÍAS CIUDADANAS PARA EJERCER CONTROL SOCIAL".

Atentamente,

LA POLICÍA NACIONAL

Coronel **HECTOR ALEJANDRO SANCHEZ TORRES**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 4

Proyectado por: PT JESSICA LORENA ANDRADE VALDES
Analista de Contratos Raes No 4
Revisado por: TE GUSTAVO ANDRES NARVAEZ ARTEAGA
Jefe Grupo Contratos Rases No 4
Revisado por: CT YURY LORENA RAMIREZ ZUÑIGA
Jefe Área Administrativa Raes No 4
Revisado por: CPS SULY AIDE CORTES GRAJALES
Abogada Esp. Asuntos Jurídicos
Aprobado por: IT DIEGO FERNANDO CARDONA ORTIZ
Asuntos Jurídicos Raes No 4

Av. 10 Norte # 16 N - 21 Tel. 6604128
Deval.rases-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

OTRAS CONDICIONES TECNICAS VERIFICABLES

- **Materia ambiental**

  - ✓ Buenas prácticas ambientales, de acuerdo con la normatividad vigente.
  - ✓ El futuro contratista deberá adelantar todos y cada uno de los procesos en términos amigables con el medio ambiente.
  - ✓ El oferente anexará junto con su oferta la constancia de registro de generadores de residuos peligrosos RESPEL, que se tramita ante el IDEAM a través de la plataforma virtual, (si es mediano o grande generador).

- **LINEAMIENTOS EN MATERIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:** EL oferente deberá certificar que cumple con los lineamientos de la Resolución 0312 de 13 de febrero del año 2019 "Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) y la resolución N° 01956 del 25 de abril del año 2018, por lo cual se adoptan las directrices de evaluación al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, para los contratistas y subcontratistas. (diligenciar el Formato Nº 1 adjunto).

2.3 ECONÓMICOS

- **Oferta Económica:** Para este proceso, la evaluación económica se realizará teniendo en cuenta el mayor porcentaje unico de descuento ofrecido por grupo, oferente deberá presentar su oferta económica conforme al **No 3 anexo** denominado **OFERTA ECONÓMICA**, establecido según la invitación Publica, con el porcentaje de descuento según la tarifa o precio techo correspondiente de acuerdo a los servicios incluidos dentro del grupo a ofertar.

- **Sostenibilidad de Precio:** El oferente deberá manifestar la sostenibilidad de los precios durante la vigencia del contrato (diligenciar el Formulario N° 4 adjunto).

2.4 OTROS DOCUMENTOS

- **Certificación Bancaria:** Se requiere en original y que se encuentre vigente, con el fin de realizar los pagos por parte de la Regional de aseguramiento en Salud No 4.

- **Datos Básicos Beneficiario Cuenta**: La información contenida en el formulario debe ser coherente con la contenida en la Certificación Bancaria. (*Diligenciar formulario N° 2 adjunto*).

3. CRONOGRAMA DEL PROCESO

Publicación de la invitación	Lugar: PORTAL ÚNICO DE CONTRATACIÓN SECOP II https://community.secop.gov.co/STS/Users/Login/Index?SkinName=CCE&currentLanguage=es-CO&Page=login&Country=CO Fecha: **17 de noviembre 2021**
Observaciones a la invitación	Los interesados podrán solicitar aclaraciones a la Invitación Pública a través de la **plataforma SECOP II, hasta las 18:00 horas del 18 de noviembre DE 2021.** **NOTA: NO SE TENDRÁN EN CUENTA OBSERVACIONES REALIZADAS DE FORMA VERBAL, NI TAMPOCO LAS REALIZADAS POSTERIORES A LA FECHA Y HORA ANTES DESCRITAS, NI LAS REALIZADAS EN SITIOS DIFERENTES A LOS SEÑALADOS ANTERIORMENTE.**
Entrega de propuestas	**Lugar:** La propuesta será recibida ÚNICAMENTE a través de la **plataforma SECOP II**. Para ello el interesado deberá estar registrado y contar con usuario y contraseña. No se aceptarán propuestas enviadas por correo electrónico, ni otro medio diferente al señalado en la invitación. **Fecha**: **23 DE noviembre DE 2021** **Hora**: hasta las 18:00:00 horas
Evaluación de las Propuestas y Verificación de los Requisitos Habilitantes	Dentro de los Dos (02) días hábiles siguientes a la fecha de recibo de ofertas. En el evento que la propuesta a evaluar no cumpla con la verificación de los requisitos minimos habilitantes, este mismo plazo aplicara para la propuesta en segundo orden de elegibilidad y así sucesivamente para las demás propuestas si se continúe con la misma situación.
Termino para la publicación del informe	Dentro del día hábil siguientes al vencimiento del término

de verificación de los requisitos habilitantes	anterior.
Publicación para observaciones y Presentación de documentos habilitantes	Dentro del día hábil siguiente la fecha de publicación del informe de resultados de evaluación de las propuestas.
Notificación de aceptación de oferta.	Dentro de los Tres (3) días hábiles siguiente al plazo otorgado a los proponentes para presentar observaciones a la evaluación.

NOTA: Se requiere obligatoriamente la presentación de una **OFERTA GLOBAL**.

- La validez de la oferta se requiere que sea por el tiempo de ejecución del contrato y contado a partir de la fecha de presentación de la oferta.

- De ser necesaria la modificación de las condiciones de la invitación, esta se efectuará mediante ADENDA, la cual será expedida y publicada en el portal único de contratación hasta el día hábil anterior a la fecha y hora establecida para la entrega de las propuestas.
- En caso de tener dificultades para presentar la oferta en la plataforma del SECOP II seguir el protocolo de Indisponibilidad establecido por Colombia Compra Eficiente, el correo de la Regional de Aseguramiento en Salud No 4, al cual puede comunicar la dificultad es: deval.rases-lic@policia.gov.co

4. SUPERVISOR DEL CONTRATO

El supervisor del contrato será el **Jefe del Grupo Prestador de Atenciones en Salud Valle del Cauca** o quien haga sus veces, o quien con posterioridad designe el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato, de acuerdo con las funciones de conformidad con lo previsto en el artículo 14 de la Ley 80 de 1993, en la Resolución No. 03049 del 30 de julio de 2014 por la cual se establece el Nuevo Manual de Contratación para la Policía Nacional, en la Resolución No. 00090 del 15 de enero de 2018, el Instructivo 0024 DISAN-ASJUR del 27 de marzo de 2009 de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, el Instructivo No. 016 del 24 de marzo de 2010 DIPON-DIRAF-70 "Por medio de los cuales se reglamenta la actividad de los Interventores, Supervisores y Coordinadores de los contratos y/o convenios en la Policía Nacional" y los artículos 82, 83 y 84 de la ley 1474 de 2011. Además, tendrán entre otras comprobar que el contratista mensualmente está cumpliendo con la obligación de afiliación y cotización a los Sistemas de Seguridad Social, Salud y Riesgos Profesionales de acuerdo con el artículo 282 de la Ley 100 de 1993, el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 en concordancia con el Decreto 1703 de 2002, Decreto 510 de 2003, Ley 797 de 2003, Ley 828 de 2003 y Ley 1122 de 2007.

"DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES 80/1993, 134/1994, 850/2003 Y DECRETO 1082 DE 2015, SE INVITA A LAS VEEDURÍAS CIUDADANAS PARA EJERCER CONTROL SOCIAL".

Atentamente,

LA POLICÍA NACIONAL

Coronel **HECTOR ALEJANDRO SANCHEZ TORRES**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No 4

Proyectado por: PT JESSICA LORENA ANDRADE VALDES
Analista de Contratos Raes No 4
Revisado por: TE GUSTAVO ANDRES NARVAEZ ARTEAGA
Jefe Grupo Contratos Rases No 4
Revisado por: CT YURY LORENA RAMIREZ ZUÑIGA
Jefe Área Administrativa Raes No 4
Revisado por: CPS SULY AIDE CORTES GRAJALES
Abogada Esp. Asuntos Jurídicos
Aprobado por: IT DIEGO FERNANDO CARDONA ORTIZ
Asuntos Jurídicos Raes No 4

ANEXO No. 2

ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS.

Las definiciones de los parámetros de mecanismos de cobertura de los riesgos se efectuaron dentro de los términos definidos en el Libro 2, Parte 2, Capítulo 2, Sección 3 del Decreto 1082 de 2015.

ETAPA CONTRACTUAL

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACION DE LOS RIESGOS	ESTIMACION DEL RIESGO	ASIGNACION DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACION COBERTURA / VIGENCIA
GARANTIA UNICA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y SESENTA (60) DIAS CALENDARIO MAS	AMPARA EL RIESGO DE INCUMPLIMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN Y LIQUIDACION DEL CONTRATO LA ESTIMACION DEL RIESGO CUBRE EL 10% DEL VALOR DEL CONTRATO COMO QUIERA QUE SE PRETENDE EL PAGO PARCIAL O DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE CAUSE A LA ENTIDAD EN LOS MISMOS TERMINOS DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA.
GARANTIA UNICA	RIESGO OPERATIVO	CALIDAD DEL SERVICIO	CINCUENTA POR CIENTO (50%)	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y UN (1) AÑO MAS	AMPARA DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO. BUSCANDO RESARCIR EL DETRIMENTO CAUSADO A LA ENTIDAD POR MALA CALIDAD O INSUFICIENCIA DEL SERVICIO.
GARANTIA UNICA	RIESGO JURIDICO	NO PAGO DE SALARIOS PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES LABORALES.	CINCO POR CIENTO (5%) DEL VALOR DEL CONTRATO.	CONTRATISTA	VIGENTE POR EL TERMINO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y TRES (3) AÑOS MAS	AMPARA A LA ENTIDAD DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONE COMO CONSECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTE OBLIGADO EL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADOS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.

CLAUSULAS SANCIONATORIAS

MULTA	RIESGO JURIDICO	LA NO CONSTITUCION DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS LA POLIZA DE GARANTIA UNICA	MULTA CUYO VALOR SE LIQUIDARÁ CON BASE EN UN CERO PUNTO DOS (0.2%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARÁ POR CADA DIA DE RETARDO Y HASTA POR DIEZ (10) DIAS	CUANDO EL CONTRATISTA NO CONSTITUYA DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS, LA POLIZA DE GARANTIA UNICA
MULTA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO PARCIAL	MULTAS CUYO VALOR SE LIQUIDARÁ CON BASE EN UN CERO PUNTO CINCO (0.5%) DEL VALOR DEJADO DE CUMPLIR O ENTREGAR	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARÁ POR CADA DIA DE RETARDO HASTA POR UN PLAZO DE QUINCE (15) DIAS CALENDARIO QUE SE DESCONTARÁ DEL SALDO QUE LE ADEUDE LA ENTIDAD. ESTA SANCION SE IMPONDRA MEDIANTE ACTO ADMINISTRATIVO MOTIVADO EN EL QUE SE EXPRESARA LAS CAUSAS QUE DIERONLUGAR A ELLA	AMPARA LA MORA O INCUMPLIMIENTO PARCIAL DE ALGUNA OBLIGACION DERIVADA DEL CONTRATO POR CAUSAS IMPUTABLES AL CONTRATISTA
CLAUSULA PENAL PECUNIARIA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO TOTAL DECLARATORIA DE CADUCIDAD	DIEZ POR CIENTO (10%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CONTRATISTA	EL DIEZ POR CIENTO (10%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO CUANDO SE TRATE DE INCUMPLIMIENTO TOTAL DEL CONTRATO Y PROPORCIONAL AL INCUMPLIMIENTO PARCIAL DEL CONTRATO	AMPARA EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O DEFINITIVO DEL CONTRATO POR PARTE DEL CONTRATISTA, SE BUSCA EL PAGO PARCIAL Y DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE SE CAUSEN A LA ENTIDAD

ANEXO 2.1

ANALISIS DEL RIESGO Y LA FORMA DE MITIGARLO

MATRIZ DE RIESGOS DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN																					
No.	clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Probabilidad	Impacto	Calificación total	Prioridad	¿A quién se le asigna?	Tratamiento/controles a ser implementados	Impacto después del tratamiento				¿Afecta el equilibrio económico del contrato?	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el tratamiento	Monitoreo y revisión	
													Probabilidad	Impacto	Valoración del riesgo	Categoría					¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?
1	Especifico	Externo	Selección	Ambientales	ncumplimiento normativo frente al manejo ambiental	Procesos judiciales y Sanciones por la autoridad competente	2	3	5	Riesgo bajo	Oferente	Contar con programa de gestión ambienta	2	3	5	Riesgo bajo	Si	contratista	Con la presentación de la propuesta	20 días después de recibidas el total de ofertas	En la evaluación de las propuestas y mediante certificaciones por parte del proveedor	Mensual
2	Especifico	Externo	Selección	De la naturaleza	Son los derivados de los fenómenos naturales que puedan afectar la adecuada Ejecución del	Incumplimientos y dilaciones en la ejecución del proceso	2	3	5	Riesgo bajo	Oferente	Establecer planes de contingencia frente a este tipo de situaciones	2	3	5	Riesgo bajo	Si	contratista	Con la presentación de la propuesta	20 días después de recibidas el total de ofertas	En la evaluación de las propuestas y mediante certificaciones por parte del proveedor	Mensual
3	Especifico	Externo	Selección	Económico	Diferencia marcada en precios en las ofertas.	Riesgo al seleccionar la oferta más económica en garantía, calidad y tiempo de respuesta en los requerimientos de servicios asistenciales. Afectación a presupuesto estimado en plan	2	3	5	Riesgo Bajo	Oferentes	Realizar sondeos en precios de mercado con las firmas de mayor prestigio del sector.	2	3	5	Riesgo Bajo	Si	Supervisor	Después de recibidas las diferentes ofertas.	20 días después de recibidas el total de ofertas	Verificando el comportamiento, en precios de los servicios asistenciales y demás servicios requeridos en el proceso de las firmas	mensual

7	6	5	4
General	General	General	Especifico
Externo	Externo	Externo	Interno
Contratación	Contratación	Contratación	Selección
Sociales o Políticos	regulatorio	Operacional	Financiero
políticas gubernamentales y de cambios en las condiciones sociales que tengan impacto en la	Derivados de cambios regulatorios o reglamentarios que afecten la ecuación	Que el contratista no reuna la documentación exigida a tiempo para la firma del contrato	Financiación del proceso
• Dificultades en la ejecución del contrato por alteraciones del orden publico	• Demora en la prestación del servicio. • Afectación a la prestación del servicio.	Retraso en la legalización del contrato. *desgaste administrativo *Retraso en la ejecución del recurso presupuestal *generación de la demanda insatisfecha	No contar con el certificado de disponibilidad presupuestal para apalancar financieramente el proceso
2	4	3	2
3	3	3	3
5	7	6	5
Riesgo Medio Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Bajo	Bajo
Contratista	Contratista	Contratista	Contratante
Colectar información sobre situaciones anómalas a nivel de la comunidad	Determinar causas del siniestro, asignar responsabilidades,. Informar a la compañía aseguradora. Hacer efectiva póliza de riesgos	Realizar contacto lo mas pronto posible solicitando al contratista que justifique la tardanza en la firma del contrato *Informar a la compañía aseguradora	Incluir el requerimiento en el plan de necesidades y establecer su certificación como requisito para iniciar el estudio
2	4	1	2
3	3	2	3
5	7	3	5
Riesgo bajo	Riesgo Medio	Riesgo bajo	Riesgo bajo
Si	Si	Si	Si
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA	Contratos. Jurídica	*Contratos *Jurídica	Dueño del proceso
De acuerdo al cronograma del proceso	Verificación Permanente después de legalizado contrato	De acuerdo al cronograma del proceso	Incluir la el requerimiento en el plan de necesidades
Antes, durante y en la ejecución del proceso	Durante la ejecución del contrato.	Dentro de los terminos establecidos en el cronograma del proceso, la normatividad aplicable	A mediados de la vigencia fiscal
Estando alertas y atendiendo l las informaciones de inteligencia	Verificando periódicamente la normativa asociada al proceso y sus cambios	Con notificaciones, de acuerdo a los plazos establecidos en el cronograma del proceso para legalización del contrato	Revisión en el plan de compras
Mensualmente.	Permanente, durante vigencia del contrato.	Permanente, mientras se logre el perfeccionamiento del contrato	Anual

ANEXO No. 3

VALORES TECHOS DE REFERENCIA PARA LA PROPUESTA ECONOMICA

Este anexo es de carácter informativo y no debe ser modificado por los oferentes.

La oferta solicitada es mediante el ofrecimiento económico con porcentaje de descuento solicitado en el anexo N° 3.1 seguido a este.

GRUPO 1 SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD			
MEDICINA GENERAL			
ITEM	**CUPS**	**DESCRIPCION**	**VALOR TECHO**
1	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	$ 21.780
2	890301	CONSULTA CONTROL POR MEDICINA GENERAL	$ 21.780
3	890201	TELECONSULTA POR MEDICINA GENERAL	$ 21.780
4	890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA	$ 13.980
5	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA	$ 13.260
6	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	$ 15.780
7	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA	$ 15.780
8	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	$ 14.640
9	944002	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGIA	$ 17.820
SERVICIO ODONTOLOGIA GENERAL			
1	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL Incluye:ANAMNESIS, EXAMEN ORAL Y ELABORACION DEL ODONTOGRAMA O CARTA ODONTOLOGICA, PRESCRIPCION FARMACOLOGICA, ELABORACION DE UN PLAN DE TRATAMIENTO , REMISION AL ESPECIALISTA Excluye:PROCEDIMIENTOS QUIRURG	$ 14.880
2	890303	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGIA GENERAL	$ 14.880
3	890703	CONSULTA DE URGENCIAS (para solucion de problemas agudos dolorosos)	$ 16.200
4	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	$ 16.920
5	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	$ 7.800
6	232101	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA	$ 15.240
7	232101-1	obturacion de superficie adicional en amalgama	$ 7.800
8	232102	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	$ 26.340
9	232103	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	$ 19.440
10	237305	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	$ 25.620
APOYO DIAGNOSTICO ODONTOLOGIA GENEREAL			
1	870451	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	$ 6.720
2	870452	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	$ 6.720
3	870453	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	$ 6.720
4	870454	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	$ 6.720
SERVICIO ODONTOLOGIA PE Y DT			
1	997106	Topicacion de Fluor en Barniz	$ 14.880
2	997310	CONTROL DE PLACA DENTAL NCOC	$ 10.200
3	997105	APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA	$ 7.800
4	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL SOD	$ 60.480
PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS			
1	895100	AFINAMIENTO DE LA TENSION ARTERIAL (MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL) cada toma	$ 7.800
2	990211	ASESORIA EN LACTANCIA MATERNA	$ 6.720
3	990211	ASESORIA EN PLANIFICACION FAMILIAR	$ 6.720
4	998601	CAMBIO APÓSITO O PROTECTOR OCULAR	$ 1.800
5	990211	CONSEJERIA PRE Y POST TEST DE VIH EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA	$ 6.720

6	869500	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	$ 31.980
7	965202	CURACIÓN DE OIDO	$ 24.540
8	861101	DRENAJE DE COLECCIÓN SUPERFICIAL DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION	$ 39.600
9	990211	EVALUACIÓN Y EXAMEN DE SENO	$ 6.720
10	579401	INSERCIÓN DE CATETER URINARIO (VESICAL) SOD	$ 18.900
11	697101	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	$ 34.860
12	965201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS SOD	$ 15.240
13	950601	MEDICION DE AGUDEZA VISUAL Incluye:AQUELLA PARA TAMIZAJE VISUAL EN LA POBLACION GENERAL COMO EN PROTECCION DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES	$ 6.720
14	939402	NEBULIZACION (Tarifa por cada una)	$ 9.060
15	862701	ONICECTOMÍA	$ 41.400
16	579501	REEMPLAZO DE CATETER URINARIO (VESICAL) SOD	$ 18.900
17	893812	REGISTRO DE OXIMETRIA CUTANEA	$ 21.780
18	869400	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO SOD	$ 21.337
19	5D5003	SALA BÁSICA DE PROCEDIMIENTOS	$ 12.900
20	5D5002	SALA DE CURACIONES	$ 12.900
		LABORATORIO CLINICO	
1	903105	ACIDO FÓLICO [FOLATOS] EN SUERO	$ 38.700
2	905201	ACIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	$ 38.160
3	903806	AMILASA EN ORINA DE 24 H	$ 11.820
4	902004	ANTICOAGULANTE CIRCULANTE [LÚPICO]	$ 38.520
5	906610	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PROSTATA [PSA]	$ 94.140
6	906304	ANTÍGENOS FEBRILES [VIDAL O WEIL FELIX]	$ 24.540
7	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	$ 6.720
8	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	$ 14.520
9	903811	CALCIO EN ORINA DE 24 H POR COLORIMETRÍA	$ 13.000
10	903873	CALCIO EN ORINA ESPONTANEA	$ 13.000
11	906802	CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 20.880
12	906205	Citomegalovirus, ANTICUERPOS Ig G [CMV-G] POR EIA	$ 40.320
13	906206	Citomegalovirus, ANTICUERPOS Ig M [CMV-M] POR EIA	$ 40.320
14	903813	CLORO [CLORURO]	$ 6.900
15	903814	CLORUROS EN ORINA 24 horas	$ 6.900
16	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	$ 15.240
17	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMÁTICO	$ 18.000
18	903818	COLESTEROL TOTAL	$ 18.540
19	903420	COLINESTERASA SERICA	$ 21.960
20	901107	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 7.800
21	901101	COLORACIÓN PARA ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NIELSEN] Y LECTURA O BACILOSCOPIA	$ 9.660
22	911010	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO	$ 11.280
23	901206	COPROCULTIVO	$ 48.180
24	907002	COPROLÓGICO	$ 6.000
25	907004	COPROSCÓPICO Incluye:pH, SANGRE OCULTA, AZÚCARES REDUCTORES, ACTIVIDAD DE TRIPSINA Y PARÁSITOS	$ 23.640
26	903823	CREATININA DEPURACIÓN	$ 13.980
27	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 H	$ 8.700
28	903822	CREATININA EN ORINA ESPONTANEA **Creatinuria espontanea**	$ 54.900
29	903895	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	$ 8.700
30	901213	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	$ 21.420
31	901230	Mycobacterium tuberculosis CULTIVO	$ 43.620
32	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA ÓSEA ORINA Y HECES	$ 35.640
33	906207	Dengue, ANTICUERPOS Ig G	$ 29.975
34	906208	Dengue, ANTICUERPOS Ig M	$ 29.975
35	906209	Dengue, ANTICUERPOS TOTALES	$ 33.435
36	903828	DESHIDROGENASA LÁCTICA [LDH]	$ 10.740
37	902205	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN	$ 3.480

		GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	
38	902204	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL	$ 3.480
39	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA Incluye: SECRECIÓN NASAL, OCULAR, OTICA, VAGINAL, URETRAL O RECTAL	$ 32.340
40	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]	$ 8.700
41	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA, ESTUDIO DE MORFOLOGÍA	$ 5.460
42	906911	FACTOR REMATOIDEO [R.A.] SEMICUANTITATIVO POR LÁTEX	$ 10.020
43	903830	FOSFATASA ACIDA	$ 12.900
44	903833	FOSFATASA ALCALINA	$ 11.100
45	903835	FÓSFORO INORGÁNICO [FOSFATOS]	$ 12.180
46	3201320	Hisopado Nasofaringeo para COVID-19 **(Solo toma de la Muestra y envio al Laboratorio de referencia con el que tenga convenio y que la Policia Nacional Sanidad Valle Indique a la IPS, La IPS no se hace responsable de la lectura de la muestra)**	$ 145.000
47	903836	FÓSFORO INORGÁNICO [FOSFATOS] EN ORINA DE 24 H	$ 12.180
48	903841	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 9.060
49	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA Incluye:CARGA DE GLUCOSA	$ 23.100
50	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	$ 23.100
51	903844	GLUCOSA, CURVA DE TOLERANCIA (POR MUESTRA) (115)	$ 41.820
52	903845	GLUCOSA, TEST O' SULLIVAN	$ 23.100
53	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA, SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA, [BHCG] PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	$ 29.460
54	906625	GONADOTROPINA CORIÓNICA, SUBUNIDAD BETA CUANTITATIVA [BHCG]	$ 33.240
55	902211	HEMATOCRITO	$ 2.700
56	911016	HEMOCLASIFICACIÓN GRUPO ABO Y FACTOR Rh	$ 19.260
57	911018	HEMOCLASIFICACIÓN GRUPO ABO, DIRECTA O GLOBULAR EN TUBO	$ 7.980
58	902213	HEMOGLOBINA	$ 5.640
59	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR ANTICUERPOS MONOCLONALES	$ 33.240
60	902210	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS,INDICES ERITROCITARIOS,LEUCOGRAMA,RECUENTO DE PLAQUETAS,INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO	$ 15.060
61	902214	HEMOPARASITOS, EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	$ 7.800
62	906219	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 65.580
63	906218	HEPATITIS A Acs IgM (HVAM) EIA	$ 53.580
64	906220	HEPATITIS B Acs c IgM (HBcM) EIA	$ 65.580
65	906221	HEPATITIS B Acs c TOTALES (anti -HBc) EIA	$ 53.940
66	906222	HEPATITIS B Acs e (anti HBe) EIA	$ 65.580
67	906223	HEPATITIS B Acs s(ANTI HBs) Inmunocromatografia	$ 65.580
68	906318	HEPATITIS B ANTIGENO e(Ag HBe) EIA	$ 65.580
69	906317	Hepatitis B, ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBS]	$ 65.580
70	906225	HEPATITIS C Acs HVC Inmunocromatografia	$ 73.800
71	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]	$ 47.760
72	904105	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE [FSH]	$ 55.440
73	904107	HORMONA LUTEINIZANTE [LH]	$ 63.420
74	903855	MAGNESIO EN ORINA DE 24H	$ 13.980
75	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 13.980
76	903026	MICROALBUMINURIA POR EIA	$ 27.600
77	903028	MICROALBUMINURIA POR RIA	$ 27.600
78	903856	NITROGENO UREICO [BUN	$ 7.260
79	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 21.600
80	904510	PROGESTERONA	$ 51.060
81	904108	PROLACTINA [BASAL]	$ 49.260

82	906914	PROTEÍNA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 9.060
83	902217	PRUEBA DE TORNIQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]	$ 9.660
84	906039	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA (Prueba Rapida RPS)	$ 60.120
85	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	$ 6.180
86	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS, METODO MANUAL	$ 6.180
87	906241	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 50.160
88	906243	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 52.680
89	907009	SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA POR EIA	$ 25.090
90	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	$ 4.560
91	906915	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR &	$ 9.660
92	903864	SODIO	$ 17.820
93	903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 17.820
94	904601	TESTOSTERONA LIBRE	$ 52.140
95	904602	TESTOSTERONA TOTAL	$ 47.760
96	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]	$ 21.960
97	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]	$ 21.420
98	904921	TIROXINA LIBRE T4L	$ 36.360
99	904922	TIROXINA TOTAL [T4]	$ 35.820
100	906127	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig G POR EIA	$ 55.440
101	906128	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig G POR IFI	$ 55.440
102	906129	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig M POR EIA	$ 55.440
103	903867	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST]	$ 15.780
104	903866	TRANSAMINASA GLUTÁMICOPIRÚVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA [TGP-ALT]	$ 15.780
105	903868	TRIGLICÉRIDOS	$ 10.200
106	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE [T3L]	$ 35.640
107	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL [T3]	$ 35.640
108	907107	UROANÁLISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	$ 9.660
109	901236	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA MIC AUTOMATICO] (112)	$ 39.780
110	906247	Varicela zoster, ANTICUERPOS Ig G	$ 28.680
111	906248	Varicela zoster, ANTICUERPOS Ig M	$ 28.680
112	906249	VIH 1 Y 2, ANTICUERPOS &	$ 52.140
		ELECTROCARDIOGRAMA	
1	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO (CON UNA A TRES DERIVACIONES)	$ 29.820
		CITOLOGIA CERVICAL	
1	892901	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO	$ 5.500
2	898001	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL Y/O FUNCIONAL	$ 17.460
		OTROS SERVICIOS	
1	890211	Domicilio entrega de Medicamentos según Resolucion 521/2020	$ 12.000
2	890212	Domicilio Toma de Muestras de Laboratorio Clinico	$ 35.000

MEDICAMENTOS			
ITEM	**DESCRIPCION**	**PRESENTACION**	**VALOR TECHO**
1	ACEITE DE RICINO SOLUCIONES ORAL	SOL.	4.297
2	ACETAMINOFEN + CODEINA 325+30 MG TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PERLA	TAB/CAP/GRAG/COMP	449
3	ACETAMINOFEN + TRAMADOL TAB/CAP/GRAG/COMP (325+37)	TAB/CAP/GRAG/COMP	398
4	ACETAMINOFEN 100MG GOT.	GOT.	2.046
5	ACETAMINOFEN 150MG/ML JBE.	JBE.	2.694
6	ACETAMINOFEN 500 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	64
7	ACETILCISTEINA 100MG GRANULADO	TAB/CAP/GRAG/COMP	899
8	ACETILCISTEINA 600MG GRANULADO	TAB/CAP/GRAG/COMP	1.755
9	ACETILCISTEINA	JBE.	5.048
10	ACICLOVIR 200MG TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	330

11	ACICLOVIR DE 800 MG TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PERLA ORAL	TAB/CAP/GRAG/COMP	719
12	ACICLOVIR UNGÜENTO AL (TOPICA)	UNG.	2.921
13	ACIDO ACETIL SALICILICO 100MG/ML TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	64
14	ACIDO ASCORBICO FCO GOT.	GOT.	2.607
15	AGUA ESTÉRIL PARA INYECCIÓNAMP Ó BOL5 ML	AMP/VIAL	941
16	ALBENDAZOL 200MG TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	321
17	ALBENDAZOL	SUSP.	800
18	ALENDRONATO SODICO TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	228
19	ALFAMETILDOPA 250 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	315
20	ALOPURINOL TAB/CAP/GRAG/COMP 300MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	408
21	ALOPURINOL TAB/CAP/GRAG/COMP 100MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	120
22	ALUMINIO ACETATO	LOC.	3.240
23	ALUMINIO+MAGNESIO HIDROXIDO SUSP 200+200 MG	SUSP.	5.907
24	AMANTADINA 100MG TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	1.226
25	AMITRIPTILINA HCL 25MG TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	77
26	AMLODIPINO 5MG TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	64
27	AMLODIPINO 10MG TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	64
28	AMOXICILINA 500MG TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	282
29	AMOXICILINAFCO250 MG / 5 ML DE BASE (5%) 100 ML	SUSP.	3.849
30	AMOXICILINAFCO250 MG / 5 ML DE BASE (5%) 60 ML	SUSP.	2.450
31	AMOXICILINA+ACIDO CLAVULANICO-CAP (500+125)MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	1.518
32	AMPICILINA ANHIDRA Ó TRIHIDRATOFCO 250MG/5ML	FCO	2.055
33	AMPICILINA 500 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	271
34	ASCORBICO ACIDO 500MG TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	221
35	ATORVASTATINA TAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	102
36	ATORVASTATINA TAB/CAP/GRAG/COMP 40 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	244
37	ATORVASTATINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	86
38	AZATIOPRINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	941
39	AZITROMICINA 500-600MG TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	899
40	AZITROMICINA SUSPENSION X 200 MG/5 ML	SUSP.	5.000
41	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 250 MCG AEROSOL ORAL	AER.	7.508
42	BECLOMETASONA DIPROPIONATO AEROSOL NASAL 50 MCG	AER.	11.418
43	BECLOMETASONA DIPROPIONATO AEROSOL ORAL 50MCG	AER.	9.879
44	BENCILO BENZOATOFCO 0.25	FCO	5.577
45	BETAME.0.4%+CLOTRIMA.1.0%+NEOMI.0.5% TUBO X	CRE.	4.703
46	BETAMETASONA 4MG/ML	AMP/VIAL	637
47	BETAMETASONA 0.0005 CREMA	CRE.	1.807
48	BETAMETILDIGOXINA 0.1MG TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	460
49	BIPERIDENO TABLETAS 2 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	257
50	BISACODILO TAB/CAP/GRAG/COMP 5 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	45
51	BROMOCRIPTINA TABLETAS 2.5 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	825
52	CALAMINA LOCION 8%	LOC.	3.020
53	CALCIO CARBONATO TABLETAS 600MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	141
54	CALCIO CARBONATO+VITAMINA D TABLETAS (500-600MG +	TAB/CAP/GRAG/COMP	154
55	CALCITRIOL 0.25 MCG TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	163
56	CALCITRIOL 0.50 MCG TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	152
57	CAPTOPRIL 25 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	81
58	CAPTOPRIL 50 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	79
59	CARBAMAZEPINA	SUSP.	3.050
60	CARBAMAZEPINA TAB/CAP/GRAG/COMP 200MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	203
61	CARBOXIMETILCELULOSA SODICA 180MG COL.	COL.	11.050
62	CARVEDILOL 6.25MG TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	128
63	CARVEDILOL-TAB/CAP/GRAG/COMP-25MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	282
64	CEFALEXINA 500MG/ML TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	750
65	CEFALEXINA SUSPENSION 250 MG / 5 ML(5%)	SUSP.	4.362
66	CEFUROXIMA - TAB/CAP/GRAG/COMP - 500MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	11.011
67	CEFRADINA 500MG TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	423
68	CEFTRIAXONA SÓDICA	AMP/VIAL	2.135
69	CETIRIZINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	77
70	CETIRIZINA	GOT.	4.769

71	CETIRIZINA JARABE 1MG/ML	JBE.	5.773
72	CEFUROZIMA TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	11.011
73	CIANOCOBALAMINA (VITAMINA B12)-AMP/VIAL-1000MCG/ML	AMP/VIAL	1.096
74	CIPROFLOXACINA COLIRIO 0.3% OTICA	COL.	21.120
75	CIPROFLOXACINA TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	193
76	CLORHEXIDINA DIACETATO TABLETAS MASTICABLES	TAB/CAP/GRAG/COMP	964
77	CLORHEXIDINA DIACETATO ENJUAGUE ANTICEPTICO BUCAL	FCO	28.540
78	CLOBAZAM TAB/CAP/GRAG/COMP 20MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	462
79	CLOBAZAM TAB/CAP/GRAG/COMP 10MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	391
80	CLARITROMICINA X 250 MG /5ML POLVO PARA SUSPENSION	SUSP.	7.194
81	CLARITROMICINA X 100 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	1.434
82	CLINDAMICINA CREMA VAGINAL AL 2%	CRE.	13.086
83	CLINDAMICINA TAB/CAP/GRAG/COMP X 300 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	1.368
84	CLINDAMICINA-TAB VAG OVULOS-100 MG	TAB VAG OVULOS	5.132
85	CLOBETASOL PROPIONATO-CRE.-0.05%	CRE.	9.750
86	CLONIDINA TAB/CAP/GRAG/COMP X 0.150 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	77
87	CLOPIDOGREL-TAB/CAP/GRAG/COMP-75MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	310
88	CLORANFENICOL TAB/CAP/GRAG/COMP 250 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	320
89	CLORFENIRAMINA MALEATO TAB/CAP/GRAG/COMP 4 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	35
90	CLORFENIRAMINAFCO 2 MG / 5 ML	FCO	2.261
91	CLOROQUINA (DIFOSFATO Ó SULFATO)TAB Ó CAP250 MG DE	TAB/CAP/GRAG/COMP	234
92	CLOTRIMAZOL CREMA TOPICA 1%	CRE.	2.063
93	CLOTRIMAZOL CREMA VAGINAL AL 1%	CRE.	3.267
94	CLOTRIMAZOL OVULO Ó TAB VAGINAL AL 2%	TAB VAG OVULOS	193
95	CLOTRIMAZOLFCO 10 MG / ML (1%)	FCO	1.939
96	COLAGENASA 125MG/ML CRE.	CRE.	19.629
97	COLCHICINA TAB 0.5 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	86
98	COLESTIRAMINA ANHIDRA-POLV.-4G	POLV.	1.022
99	COLISTINA+NEOMICINA+HIDROCORTISONA	GOT.	3.614
100	COMPLEJO B TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	76
101	COMPLEJO B 100MG/10 ML	AMP/VIAL	4.848
102	CORTICOIDE + LIDOCAINA CREMA RECTAL	CRE.	12.444
103	CORTICOIDE + LIDOCAINA SUPOSITORIOS RECTALES	SUSP.	4.641
104	CORTICOIDE+NEOMICINA+POLIMIXINA SOLUCION OFTALMICA	SUSP.	7.954
105	CORTICOIDE+NEOMICINA+POLIMIXINA -UNG-1MG +(3500+600)	UNG.	8.174
106	CROMOGLICATO DE SODIOFCO	GOT.	5.033
107	CROTAMITON FCO10%	FCO	7.095
108	DESLORATADINA TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	244
109	DESLORATADINA-JBE.-0.5MG/ML	JBE.	4.356
110	DESONIDA 0.05% CREMA	CRE.	5.562
111	DEXAMETASONA AMP/VIAL AL 0.4%	AMP/VIAL	512
112	DEXAMETASONA (ACETATO)DE BASE	AMP/VIAL	547
113	DICLOFENACO 75MG/3ML INTRAMUSCULAR AMPOLLA / VIAL	AMP/VIAL	495
114	DICLOFENACO 50 GEL	GEL.	3.548
115	DICLOFENACO SÓDICOTAB50 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	512
116	DICLOFENACO + CODEINA 10MG TAB/CAP/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	3.589
117	DICLOFENACO COLESTIRAMINA TAB/CAP/GRAG/COMP 75 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	2.551
118	DICLOXACILINA CAP 500 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	327
119	DICLOXACILINA 250MG/5ML SUSP.	SUSP.	3.592
120	DIFENHIDRAMINACAP 50 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	150
121	DIFENHIDRAMINA FCO 12.5 MG / 5 ML	FCO	1.834
122	DIHIDROCODEINA BITARTRATOFCO2.	FCO	3.292
123	DILTIAZEM TAB/CAP/GRAG/COMP X 60 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	147
124	DILTIAZEM TAB/CAP/GRAG/COMP X 180 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	629
125	DIMENHIDRINATO 50MG S.M.N.F. TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	94
126	DIOSMINA + HESPERIDINA 450+50MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	578
127	DIPIRONA AMP 1 G/ML AMP 2 ML	AMP/VIAL	427
128	DIPIRONA AMP 2 G/5 ML AMP 5 ML	AMP/VIAL	1.551

129	DIPIRONA TAB/CAP/GRAG/COMP X 500 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	151
130	DOMPERIDONA SUS. 1MG/ML	SUSP.	4.781
131	DOXAZOCINA TAB/CAP/GRAG/COMP 4MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	514
132	DOXICICLINA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	188
133	ENALAPRIL TAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	90
134	ENALAPRIL TAB/CAP/GRAG/COMP 5 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	90
135	ENZIMAS PANCREATICAS-TAB/CAP/GRAG/COMP-25000 U.I.	TAB/CAP/GRAG/COMP	2.103
136	ERGOTAMINA + CAFEINA TAB/CAP/COM (1+100)MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	556
137	ESOMEPRASOL 20MG TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	120
138	ESOMEPRASOL 40MG TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	139
139	ESPIRONOLACTONA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	511
140	ESPIRONOLACTONA TAB/CAP/GRAG/COMP 25 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	155
141	ESTRÓGENOS CONJUGADOS 0.0625%	TAB/CAP/GRAG/COMP	35.475
142	ESTROGENOS NATURAL CONJUG Ó ASOC 0.625 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	792
143	ETINILESTRADIOL+LEVONORGESTREL (30+150)MC	TAB/CAP/GRAG/COMP	125
144	FENITOINA SODICA 100MG TABLETA/CAPSULA/GRAGEA/COMPRIMIDO/PERLA ORAL	TAB/CAP/GRAG/COMP	321
145	FITOBREMG CREMA TOPICA (TRITICUM VULGARE 15%)	CRE.	23.018
146	FLUCONAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 200 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	257
147	FLUCONAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 50 MG	SUSP.	7.367
148	FLUNARIZINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	71
149	FLUNARIZINA 5MG TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	205
150	FLUOXETINA 20 MG TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	46
151	FOLICO ACIDO TAB/CAP/GRAG/COMP 1MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	90
152	FURAZOLIDONA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	833
153	FURAZOLIDONA COMP 50/ML JARABE/SUSPENSIÓN/EMULSION/ELIXIR/GOTASSOLUCION ORAL ORAL	TAB/CAP/GRAG/COMP	14.112
154	FUROSEMIDA 20 MG / 2 ML	AMP/VIAL	279
155	FUROSEMIDA TAB/CAP/GRAG/COMP 40 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	51
156	FUSIDICO ACIDO CREMA 2%	CRE.	5.445
157	GEMFIBROZILO TAB/CAP/GRAG/COMP 600 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	257
158	GEMFIBROZILO TAB/CAP/GRAG/COMP 900 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	801
159	GENTAMICINA AMP/VIAL 160 MG / 2 ML	AMP/VIAL	2.535
160	GENTAMICINA AMP/VIAL 80 MG / 2 ML	AMP/VIAL	578
161	GENTAMICINA CREMA 1MG/G	CRE.	3.750
162	GENTAMICINA COLIRIO 3 MG / ML (0FTALMICA)	COL.	3.207
163	GINKGO BILOBA EXTRACTO TBL/COMP X 40 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	449
164	GLIBENCLAMIDA TAB/COM/GRAG 5 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	39
165	GLICERINA ADULTOS SUPOSITORIOS RECTAL	SUSP.	1.090
166	GLICERILO GUAYACOLATO JARABE AL 2%	JBE.	3.358
167	GLICERINA CARBONATADA- GOTAS.-0*01 (1%)	GOT.	5.033
168	HIDROCLOROTIAZIDA TAB/CAP/GRAG/COMP 25 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	39
169	HIDROCORTISONA (ACETATO) CREMA 1%	CRE.	2.393
170	HIDROCORTISONA (SUCCINATO SÓDICO)FCO AMP100 MG	FCO	3.491
171	HIDROCORTISONA(ACETATO) SOL 0*5%	LOC.	8.663
172	HIDROXICINA TAB/CAP/GRAG/COMP 25 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	119
173	HIDROXICINA JARABE 250MG/10ML (0.25 %)	JBE.	4.785
174	HIERRO SULFATO JARABE 125MG/5ML	JBE.	2.529
175	HIERRO SULFATO -TAB/CAP/GRAG/COMP 200MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	128
176	HIOSCINA BUTIL BROMURO 20MG AMP/VIAL	AMP/VIAL	1.539
177	HIOSCINA BUTIL BROMURO TAB/GRA/COM 10 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	248
178	HIOSCINA BUTIL BROMURO+DIPIRONA AMP(20 +2.5/5ML)	AMP/VIAL	1.871
179	IBUPROFENO SUSPENSION 100MG/5ML	SUSP.	2.084
180	IBUPROFENO TAB/GRAG/COMP 400 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	116
181	IMIPRAMINA CLORHIDRATOTAB/CAP/GRAG/COMP10 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	470
182	IMIPRAMINA HCL-TAB/CAP/GRAG/COMP-25MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	69
183	INSULINA HUMANA N NPH 6MG AMP/VIAL	AMP/VIAL	15.396
184	INSULINA ZINC CRISTALINAFCO -VIAL80 - 100 U.I. / M	AMP/VIAL	12.188
185	IPRATROPIO BROMURO 20MG/ML AER.	AER.	8.980
186	ISOCONAZOL CREMA TOPICA X 20 G	CRE.	4.587
187	ISOCONAZOL SOLUCION TOPICA 10MG/ML	SOL.	5.897
188	ISOSORBIDE DINITRATO TAB SUBLINGUAL 5 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	1.317
189	ISOSORBIDE DINITRATOTAB10 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	84
190	IVERMECTINA SOLUCION ORAL 0.6%	GOT.	6.850

191	KETOCONAZOL-CHAM.-0.02 NP	CHAMPU	13.695
192	KETOCONAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 200MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	193
193	KETOCONAZOL CREM. 2%	CRE.	1.417
194	KETOPROFENO 100MG AMP/VIAL	AMP/VIAL	1.592
195	KETOPROFENO 2.5% GEL.	GEL.	6.249
196	KETOPROFENO TAB/COM/GRA X 100 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	303
197	KETOTIFENOFCO1 MG / 5 ML (0.02%)	FCO	2.343
198	LANSOPRAZOL 30MG TAB/CAP/GRAG/COMP	TAB/CAP/GRAG/COMP	280
199	LATANOPROST 0.005%	COL.	15.523
200	LEVODOPA + CARBIDOPATAB250 MG + 25 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	363
201	LEVODOPA + CARBIDOPATAB100MG+25MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	674
202	LEVOTIROXINA (SÓDICA) TABLETAS 100 MCG	TAB/CAP/GRAG/COMP	51
203	LEVOTIROXINA (SÓDICA) TAB/CAP/GRAG/COMP 50 MCG	TAB/CAP/GRAG/COMP	45
204	LIDOCAINA HCL (CLORHIDRATO) JALEA 2%	FCO	10.293
205	LITIO CARBONATO-TAB/CAP/GRAG/COMP-300MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	533
206	LOPERAMIDA(CLORHIDRATO) TABLETA 2 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	64
207	LORATADINA JARABE 1MG/ML (0.1%)	JBE.	2.508
208	LORATADINA TAB/COM/GRA 10 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	44
209	LOSARTAN TAB/CAP/GRAG/COMP X 100 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	141
210	LOSARTAN TAB/CAP/GRAG/COMP X 50 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	64
211	LOVASTATINATAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	36
212	MEBENDAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	129
213	MEDROXIPROGESTERONA (ACETATO) AMP/VIAL 50MG/ML	AMP/VIAL	13.022
214	MEDROXIPROGESTERONA (ACETATO) TABLETA 5 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	449
215	MELOXICAM-TAB/CAP/GRAG/COMP-7.5MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	128
216	METFORMINA TBL/COM/GRAG 850 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	128
217	METIMAZOL TAB/COM/GRA 5 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	167
218	METOCARBAMOL TAB/GRAG/COMP 750 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	193
219	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) GOTAS 4 MG/ML (0*4%)	GOT.	2.706
220	METOCLOPRAMIDA(CLORHIDRATO) AMP/VIAL 10MG/2 ML	AMP/VIAL	282
221	METOCLOPRAMIDA(CLORHIDRATO) TAB/COM 10 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	59
222	METOPROLOL TARTRATO TAB/COMP/GRAG 100 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	141
223	METOPROLOL TARTRATO TAB/COMP/GRAG 50 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	41
224	METOTREXATO SÓDICO TAB/CAP/GRAG/COMP 2.5 MG DE BASE	TAB/CAP/GRAG/COMP	632
225	METRONIDAZOL OVULO/TABLETA VAGINAL 500 MG	TAB VAG OVULOS	257
226	METRONIDAZOL SUSPENSION 250MG/5ML	SUSP.	3.199
227	METRONIDAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	127
228	METRONIDAZOL/NISTATINA OVUL/TBL VAGINALES (500/100	TAB VAG OVULOS	965
229	MIRTAZAPINA TAB/CAP/GRAG/COMP 30MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	294
230	MONTELUKAST-TAB/CAP/GRAG/COMP-5MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	186
231	MOXIFLOXACINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-400MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	2.436
232	MULTIVITAMINAS+MINERALES TAB/CAP/COMP (S.M.N.F)	TAB/CAP/GRAG/COMP	190
233	MULTIVITAMINAS+MINERALES JARABE (S.M.N.F)	JBE.	190
234	NAPROXENO SUSPENSION 125MG/5ML	SUSP.	2.694
235	NAPROXENO TAB/CAP/GRAG/COMP 250 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	106
236	NIFEDIPINA TAB/CAP/GRAG/COMP 10 MG (HTA)	TAB/CAP/GRAG/COMP	141
237	NIFEDIPINA(LIB. CONTROLADA) CAP/COMP 30 MG (HTA)	TAB/CAP/GRAG/COMP	210
238	NIMODIPINO TAB/CAP/GRAG/COMP Ó CAP30 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	91
239	NISTATINA CREMA 100.000 U.I./G	CRE.	12.829
240	NISTATINA OVUL/TBL VAGINALES 100.000 U.I.	TAB VAG OVULOS	1.230
241	NISTATINA SUSPENSION 100.000 U.I./ML	SUSP.	4.490
242	NITAZOXANIDA-SUSP.-2G	SUSP.	6.671
243	NITAZOXANIDA-TAB/CAP/GRAG/COMP-500MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	899
244	NITROFURANTOINA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	218
245	NORFLOXACINA TAB/CAP/GRAG/COMP 400 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	257
246	OMEPRAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	81
247	OXIMETAZOLINA SOLUCION NASAL 0*5 MG/ML (0*05%)	SOL.	8.596
248	OXIMETAZOLINA SOLUCION NASAL 0.25MG/ML (0.025%)	GOT.	8.596
249	PARCHE OCULAR ADULTO	PARCHE	624
250	PENICILINA G BENZATINICA AMP/VIAL 1.200.000 U.I.	AMP/VIAL	2.052
251	PENICILINA G BENZATINICA AMP/VIAL 2.400.000 U.I.	AMP/VIAL	3.207
252	PENTOXIFILINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-400MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	660

253	PIRANTEL/OXANTEL-SUSP.-(250/250)MG/5ML	SUSP.	2.310
254	PIROXICAM GEL X 30 G	GEL.	1.737
255	PIROXICAM TAB/CAP/GRAG/COMP X 20 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	256
256	PLATA SULFADIACINA CREMA 1%	CRE.	3.828
257	PODOFILINA LOCION 20 %	LOC.	8.663
258	PRAZOCIN-TAB/CAP/GRAG/COMP-1MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	64
259	PREDNISOLONA TAB/GRAG/COMP 5 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	3.930
260	PREDNISOLONA + FENILEFRINA FCO GOT 1 % + 0.12 %	FCO	6.435
261	PREDNISOLONA-SUSP.-OFTALMICA(1%/5ML)	SUSP.	5.915
262	PREDNISOLONA-TAB/CAP/GRAG/COMP-50MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	982
263	PRESERVATIVO "CONDON"	-	330
264	PRIMAQUINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-15MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	234
265	PROPRANOLOL CLORHIDRATOTAB40 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	76
266	PROPRANOLOL CLORHIDRATOTAB80 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	122
267	QUINAPRIL-TAB/CAP/GRAG/COMP-20MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	1.205
268	RETINOICO ACIDO CREMA 0.05%	CRE.	9.818
269	RISPERIDONA-TAB/CAP/GRAG/COMP-3MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	549
270	SALBUTAMOL (SULFATO)FCO2 MG / 5 ML (0.04%)	SOL.	2.269
271	SALBUTAMOL(SULFATO) AEROSOL 100 MCG/INHALACIÓN	AER.	8.980
272	SALES DE REHIDRATACION ORL SOBRE FÓRMULA OMS	POLV.	770
273	SALES DE REHIDRATACION ORL-FCO-	FCO	9.622
274	SECNIDAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	962
275	SECNIDAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 500 MG	SUSP.	2.116
276	SERTRALINA TAB/CAP/GRAG/COMP 50 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	172
277	SUCRALFATE TAB/CAP/GRAG/COMP 1 G	TAB/CAP/GRAG/COMP	389
278	SULFATO DE ZINC SUSP FCO 120ML	FCO	5.693
279	SULFATO DE ZINC TAB/CAP/GRAG/COMP 20 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	394
280	TEOFILINA ELIXIR 80 MG/15 ML	ELIX.	5.274
281	TEOFILINA LIBERACION LENTA TAB/CAP/COMP 300 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	261
282	TERBINAFINA 1% CREMA TOPICA TUB20G	CRE.	7.260
283	TERAZOSIN TAB/CAP/GRAG/COMP 5MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	436
284	TERBINAFINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-250MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	5.820
285	TETRACICLINA(CLORHIDRATO) CAP/COM/TAB 500 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	266
286	TIAMINA (VITAMINA B1) AMP/VIAL 100 MG/ML	AMP/VIAL	6.416
287	TIAMINA (VITAMINA B1) CAP/TBL/COM 300 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	183
288	TIMOLOL MALEATO COLIRIO 5 MG/ML (0.5%)	GOT.	3.011
289	TINIDAZOL TAB/GRAG/COMP 500 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	203
290	TIZANIDINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-2MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	950
291	TIZANIDINA-TAB/CAP/GRAG/COMP-4MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	578
292	TOBRAMICINA + DEXAMETASONA-COL.-0*03	COL.	4.274
293	TRAMADOL (CLORHIDRATO) SOLUCION ORAL 100 MG/ML (10%)	SOL.	2.650
294	TRAMADOL(CLORHIDRATO) AMP/VIAL 100 MG/ML	AMP/VIAL	553
295	TRAMADOL(CLORHIDRATO) AMP/VIAL 50 MG/ML	AMP/VIAL	536
296	TRAZODONA TAB/CAP/GRAG/COMP 100 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	569
297	TRAZODONA TAB/CAP/GRAG/COMP 50 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	128
298	TRIMEBUTINA MALEATO TAB/CAP/GRAG/COMP 200 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	257
299	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL SUSP (40+200)MG 120ML	SUSP.	2.310
300	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL TAB/COMP (160+800)MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	200
301	TRIMETOPIM + SULFAMETOXAZOL(F) SUSP (80MG/400)MG	SUSP.	4.362
302	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOLFCO(40+200) 60ML	FCO	1.861
303	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL TAB/CAP/GRAG/COMP 80 + 400) MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	114
304	UREA-CREMA.-(10-40)%	CRE.	23.169
305	VALPROICO ACIDO JAREBE 250 MG/5 ML	JBE.	4.747
306	VALPROICO ACIDO TAB/CAP/GRAG/COMP 250 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	211
307	VALSARTAN-TAB/CAP/GRAG/COMP-160MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	611
308	VALSARTAN-TAB/CAP/GRAG/COMP-80MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	295
309	VERAPAMILO CLORHIDRATOTAB 240MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	5.920
310	VERAPAMILO CLORHIDRATOTAB120 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	180
311	VERAPAMILO RETARD-TAB/CAP/GRAG/COMP-80MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	162
312	VITAMINA A (ACETATO Ó PALMITATO) CAP 100.000 U.I.	PER.	167
313	VITAMINA A (ACETATO Ó PALMITATO) CAP 50.000 U.I.	PER.	134

314	VITAMINA B12 AMP 1ML/1MG 1ML	AMP/VIAL	1.096
315	VITAMINA D3 TAB/CAP/GRAG/COMP 0.25MCG	TAB/CAP/GRAG/COMP	757
316	VITAMINA E CAPSULA 400 UI	PER.	384
317	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) AMP/VIAL 10MG/ML	AMP/VIAL	770
318	VITAMINA K1 (FITOMENADIONA) AMP/VIAL 1MG/ML	AMP/VIAL	576
319	WARFARINA(SÓDICA) TAB/COM/GRAG 5 MG	TAB/CAP/GRAG/COMP	190
320	YODOPOVIDONA SOLUCION BUCOFARINGEOX 120 ML	SOL.	3.072
321	YODOPOVIDONAFCO10%	FCO	2.987
322	ZINC + MULTIVITAMINAS-TAB/CAP/GRAG/COMP-S.M.N.F.	TAB/CAP/GRAG/COMP	190
323	ZINC OXIDO+NISTATINA CREMA TOPICA 5%+100.000 U.I	CRE.	5.658
324	ZINC+MULTIVITAMINAS-GRANULADO-S.M.N.F	TAB/CAP/GRAG/COMP	18.362

INSUMOS			
ITEM	**DESCRIPCION**	**PRESENTACION**	**VALOR TECHO**
1	Bistury # 10	10	$ 500
2	Bistury # 15 VENTA	15	$ 500
3	jeringa x 3 cc Niño	3cc	$ 500
4	jeringa x 3 cc Adulto	3cc	$ 500
5	jeringa x 5 cc	5cc	$ 500
6	jeringa x 10 cc	10cc	$ 500
7	Mascara de NEBULIZAR Pediatrico	Pediatrico	$ 6.000
8	Mascara de NEBULIZAR Adulto	Adulto	$ 6.000
9	Recolector de Materia Fecal	unidad	$ 600
10	Recolector de Orina	unidad	$ 600
11	Sonda Folley 18 x 30 2 vias	18 x 30	$ 5.000
12	Sonda Folley 20 x 30 2 vias	20 x 30	$ 5.000
13	Especulo SENCILLO	sencillo	$ 3.000
14	Especulo KIT	Kit	$ 3.800
15	Suero fisiologico (cL de s al 0.90%) 500c ARB1323	bolsa	$ 4.000
16	Aguja Vacutainer ADULTO	unidad	$ 700
17	Aguja Vacutainer PEDIATRICO	unidad	$ 700
18	Bata sechable	unidad	$ 9.500
19	Gasas Esteriles	unidad	$ 700

Nota: Llegado el caso que se requiera alguna Terapia, que no se encuentre dentro del presente anexo, pero que la empresa oferente tenga la capacidad prestar el servicio, y esta lo tenga incluido dentro de su portafolio, la **Regional de Aseguramiento en Salud N°4**, lo podría llegar a contratar a través del SUPERVISOR de contrato el cual presentar un estudio de mercado, con mínimo 3 cotizaciones de la respectiva terapia, aplicando el mismo porcentaje de descuento dentro de la propuesta económica para el presente proceso contractual. Dicho estudio debe tener el visto bueno del jefe administrativo y financiero, y previa autorización del jefe de la **Regional de Aseguramiento en Salud N°4.**

ANEXO No. 3.1

OFERTA ECONÓMICA

Se solicita a los oferentes no modificar el presente anexo en donde se solicita diligenciar únicamente el porcentaje de descuento, en caso que el oferente lo quiera ofrecer, el cual será aplicado por parte de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 a cada uno de los valores unitarios estimados.

El suscrito _____, obrando en nombre y representación de _____, de conformidad con lo establecido en el presente estudio previo del presente proceso de contratación adelantado por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 de la Policía Nacional, por medio de la presente, oferto de forma irrevocable y como único porcentaje de descuento que se establecerá como precio fijo y para todos los ítems que conforman el **ANEXO 3 VALORES TECHOS DE REFERENCIA PARA LA PROPUESTA ECONOMICA**, para la celebración del contrato que es objeto el presente proceso, y en consecuencia, ofrezco proveer los servicios objetos del presente estudio, un porcentaje que se describe así:

Se requiere la presentación de la oferta económica de forma total

GRUPOS	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE DE DESCUENTO IVA INCLUIDO
Grupo 1	Prestación de Servicios de consulta medico general Nivel I Toma y estudio de exámenes de Laboratorio Clínico Especializado Dispensacion de Medicamentos ambulatorios contemplados en el Vademécum PONAL	_____%
Grupo 2	Prestación de servicios de consulta y terapia física	_____%

Nota 1: El presente anexo debe diligenciarse por el proponente, de conformidad con las condiciones establecidas en el presente proceso, incluyendo sus anexos, formatos y formularios, en especial la forma de pago, plazo de ejecución del contrato, lugar de entrega y las establecidas en las obligaciones del contratista.

Nota 2: El porcentaje de descuento a ofertar es único y aplica para la totalidad de ítems que se indican en el grupo al que el proponente oferte.

Nota 3: En caso de no otorgar porcentaje único descuento o que el descuento sea equivalente al 0%, se entenderá que su oferta económica se ajusta a los precios techos unitarios establecidos en el cuadro de oferta económica.

Nota 4: Si existen servicios diferentes a los relacionados en el presente formato y que la entidad ofrezca en su portafolio favor relacionarlos en un anexo aparte, lo cual no obliga a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 adjudicar dichos servicios, pero llegado el caso que se requieran, se puedan llegar a contratar previa autorizacion del Ordenador del gasto -REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4

Nota 5: La adjudicación se hará por el valor del presupuesto oficial asignado para cada grupo en el proceso al proponente que cumpla con las condiciones establecidas en el presente documento.

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.

RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Firma Representante Legal: _____

C.C. N°: _____

ANEXO No. 4

OBLIGACIONES GENERALES 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. Responder los requerimientos de aclaración o de información en los plazos que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 le formule en cada caso.
4. Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.
5. Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la Jefatura Administrativa y Financiera de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única y cancelar los pagos a que hubiere lugar.
6. 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.
7. 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 Jefatura Administrativa y Financiera de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.
8. 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 y entregar en el Formato de información a terceros (Declaración de la cuenta bancaria activa) con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.
9. Restituir a REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso que se hayan suministrado.
10. Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias.
11. La orden de servicio debe ser diligenciada en su totalidad con nombre de usuario, documento de identificación, diagnostico, servicio solicitado y por último firma y sello del profesional tratante.
12. Cuando se trate de medicamentos no Ambulatorios o procedimientos no contemplados en el plan de beneficios, el profesional deberá utilizar y diligenciar los formatos de Comité técnico Científico (CTC) de la Policía Nacional modelo adjunto a este pliego de condiciones, establecidos para tal fin con el objetivo de agilizar la autorización de los mismos.
13. **EL CONTRATISTA NO PODRÁ CONTINUAR PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, UNA VEZ SE HAYA AGOTADO EL PRESUPUESTO ASIGNADO AL MISMO.**
14. Previamente a cualquier atención el contratista deberá requerir a través de la coordinación de E.S.P Dagua. La autorización del servicio; para la asignación respectiva de citas de consulta externa, controles de promoción y prevención, odontología, laboratorio clínico y procedimientos ambulatorios. En caso de que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 lo disponga la autorización del servicio deberá ser expedida por el área de Referencia y Contra referencia a través del aplicativo GEINF. En caso que este requerimiento sea omitido y el usuario presente alguna inconsistencia, el servicio no será cancelado.
15. El contratista deberá abstenerse de programar servicios descritos en los **GRUPOS I** y **GRUPOS II** sin previa autorización expedida por coordinación del jede del ESPRI Dagua o lo dispuesto por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 a través del aplicativo GEINF del área de Referencia y Contra referencia.
16. Para que los usuarios accedan al servicio de salud, deben presentar a la vista el carné vigente que acredita los derechos al Subsistema de salud de la Policía Nacional. En caso tal que los usuarios no tengan aún su carné por trámite, pueden presentar constancia de **VIGENCIA**, expedida únicamente por las Oficinas de Talento Humano de los Comandos de Departamentos de Policía y Comandos de las Metropolitanas, Caja de Sueldos de Retiro (CASUR) o Caja General de Pensionados de la Policía (CAGEN). Acompañando al carné que autoriza los servicios de sanidad, debe presentarse a la vista documento de identificación en original según el caso (Registro civil o NUIP de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad) y entregar la respectiva orden de servicios expedida por el área de Referencia y Contra referencia. Usuarios que no cumplan con estos requisitos, no deben ser atendidos, salvo los casos expresamente autorizados de acuerdo a la normatividad legal vigente (Atención de urgencias vitales y atención inicial de urgencias).
17. Todo servicio adicional que no haga parte del inicialmente autorizado, y que el proveedor estime conveniente en un momento dado para atender al usuario, así se encuentre entre el listado

contractual y tarifado, requerirá el aval por parte de la central de Referencia y Contra referencia de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 siempre y cuando ello no se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente. (Decreto 4747 de 2007; Resolución 3047 de 2008).

18. Aquellos servicios con que cuente el proveedor y que siendo incluidos en su portafolio de servicios ofertado no hayan sido incluidos en la contratación, ni notificados previamente por escrito al contratante, requerirá el aval por parte de la central de Referencia y Contra referencia de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 siempre y cuando ello no se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente (Decreto 4747 de 2007; Resolución 3047 de 2008).
19. La autorización de los servicios ofertados en el **GRUPO I** y **GRUPO II** estimados y comparados en el punto 4. Criterios de Selección aparte 4.3 Evaluación económica, están sujetos a la previa consideración de la viabilidad y autorización por parte del líder supervisor del contrato o del área que designe la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 Para soporte de la ODP. Dado que algunos servicios se consideran de Nivel II y son prestados por la Red Propia de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4
20. Notificar al supervisor del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato.
21. Facilitar de manera oportuna día 3 de cada mes calendario la información requerida por el supervisor del contrato para garantizar la elaboración de los informes mensuales remitidos a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 La entidad deberá enviar al supervisor del contrato entre el día 3 y 4 de cada mes calendario la facturación física para su previa revisión y emisión del Recibo A Satisfacción (formato RAS)
22. Informar al supervisor del contrato un reporte extraordinario de ejecución y saldo del mismo, con una periodicidad semanal e informar de manera oportuna cuando se haya ejecutado el setenta 70% el valor del contrato.
23. El contratista deberá acatar las observaciones que el supervisor estime pertinente, para mejorar el resultado en la ejecución del contrato.
24. El contratista deberá ajustar sus programas de Promoción y Prevención conforme a la resolución 412 del 2000 y adoptar los flujos gramas de acción y control emitidos por DISAN AGESA
25. El contratista deberá asignar un funcionario de los Programas de Promoción y Prevención que se encargue de reportar y diligenciar formato de Indicadores GRIEG TABULADO. El formato deberá ser enviado el día 3 de cada mes calendario al correo electrónico deval.disan-dag@policia.gov.co.
26. Los usuarios que pertenecen a otras ciudades diferentes a CALI, JAMUNDI, YUMBO, BUGA, TULUA, PALMIRA, BUENAVENTURA, RODANILLO. U otro Departamento diferente al Valle del Cauca. Para la prestación de los servicios será previa autorización del área de Referencia y Contra referencia. De no cumplirse con este requisito la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4-UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA, no asumirá el pago de los servicios prestados. Derivando nuevamente la factura a la entidad, para que sea facturada por esta en forma independiente al Departamento que corresponda.
27. El contratista deberá emitir al usuario una copia de la factura de la atención prestada o dispensación de medicamento y/o posterior a cualquier servicio. Esta puede ser emitida en papel reciclado
28. La Calidad del servicio tendrá como sustento los atributos de oportunidad, continuidad, suficiencia e integridad, racionalidad lógica científica, satisfacción del usuario y beneficiario, efectividad, eficiencia, equidad y aceptabilidad.
29. En caso de presentarse objeciones transitorias, éstas deberán ser respondidas y tramitadas según los términos establecidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, contados a partir de la fecha de notificación al CONTRATISTA por parte de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4-UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA. Las objeciones se cancelarán en la medida que éstas sean aclaradas o soportadas, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.
30. Prestar la totalidad de los servicios en sus instalaciones, es decir no se subcontratarán los servicios referidos en los **GRUPO I** y **GRUPO** II descritos en el punto 4. Criterios de Selección Aparte 4.3 Evaluación económica y financieraToda urgencia que no cuente con la autorización de Referencia y Contra referencia de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4, salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 4747 MINPROTECCIÓN de 2007 y Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008. No será cancelada.
31. El contratista deberá tener estructurado un Sistema de Atención al Usuario.
32. El Contratista debe tener suficiencia científica, técnica y administrativa que garantice la prestación de los servicios objeto del presente contrato a usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
33. El contratista deberá establecer canales de acceso y comunicación, que garanticen la oportunidad en el agendamiento y la atención de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Además, deberá acatar las observaciones que realice el supervisor para el agendamiento de citas y garantías de la atención.

34. El contratista permitirá al equipo auditor de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 el acceso en tiempo real y oportuno a las historias clínicas y todos los registros asistenciales diligenciados dentro de la atención de los usuarios, adicionalmente permitirá también, el acceso a las unidades de análisis que contengan el resultado de los casos de importancia en salud pública y de los incidentes y eventos adversos, así como permitir que el equipo auditor de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No4 Efectué la revisión de la facturación in situ de los servicios prestados a nuestros usuarios.
35. El contratista deberá soportar la consulta ambulatoria con Historia Clínica de la atención ofrecida.
36. El contratista se obliga a realizar el reporte y auto reporte oportuno de los incidentes y eventos adversos identificados durante la atención de los usuarios de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 A fin de que de manera conjunta su equipo y el equipo de calidad de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 planteen acciones de mejora.
37. El contratista se obliga a canalizar toda comunicación relacionada con la ejecución del contrato o del resorte administrativo a través del supervisor o coordinador de contrato.
38. El contratista se obliga a que en caso de que los resultados de ayudas diagnosticas realizadas a los usuarios de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 sean patológicos y estos no hayan sido reclamados por sus destinatarios, estos serán remitidos a la Jefatura del Grupo Asistencial de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD VALLE DEL CAUCA, quien dará continuidad al manejo del usuario.
39. El contratista se obliga a atender solamente los servicios de Nivel I, del **GRUPO I** y **GRUPO II** descritos en el Estudio de Conveniencia y Oportunidad, autorizados a los usuarios de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4, Lo cual será objeto de monitoreo por parte del Auditor Concurrente, el Supervisor del contrato y la Oficina de Atención al Usuario. Los servicios de Nivel II deberán ser remitidos o comentados según el caso a la Clínica Regional de Occidente propiedad de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 Garantizar la prestación de los servicios con equipos Biomédicos y Material Médico adecuados para la atención del usuario.
40. La entidad debe acreditar la aplicación de protocolos aceptados en salud para el manejo de pacientes.
41. El contratista se obliga a que el personal asistencial que presta los servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencias se fundamente en el Plan de Beneficios de Sanidad Policial (Acuerdo 002 de 2001) y el Vademécum Institucional (Acuerdo 052 del 01/04/2013), los cuales se encuentran adjuntos al proceso contractual, Para la prescripción de medicamentos y solicitudes de procedimientos teniendo en cuenta que el Plan de beneficios de la Policía Nacional difiere en 200 moléculas aproximadamente del POS del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con lo cual se prevé minimizar los trámites innecesarios a los usuarios, la interposición de acciones de tutela y solicitudes de Fármaco vigilancia no pertinentes.
42. El contratista se obliga a notificar inmediatamente, los casos de interés en salud pública identificados en pacientes de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 tanto al SIVIGILA como al grupo de Epidemiologia de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 (mecal.clipo-epi@policia.gov.co) y realizar reporte epidemiológico semanal el cual será enviado a la coordinación de E.S.P Dagua deval.disan-dag@policia.gov.co.
43. La Entidad oferente deberá haber realizado la declaratoria de requisitos esenciales, actas de compromiso, condiciones sanitarias y cumplimiento, acordadas con el ente territorial de salud respectivo, tener implementado su sistema de garantía de calidad y un sistema de información gerencial y bioestadística acorde con las exigencias definidas por el Ministerio de Protección Social. En tal virtud, el contratista se obliga a remitir los indicadores de Calidad y los respectivos planes de mejoramiento reportados a la Superintendencia de salud (Circular 030 de 2006 y 056/2000; 09/2012) en formato Excel a los siguientes correos (mecal.clipo-garca@policia.gov.co)
44. El contratista deberá contar con formato formula seriada para la prescripción de medicamentos ambulatorios.
45. Se debe avalar la formulación mediante formato seriado. Esta debe ser diligenciada en su totalidad, firmada y sellada por el médico tratante.
46. El contratista se obliga a soportar su factura para cobro de dispensación de medicamentos de urgencia y consulta ambulatoria, mediante formula en formato seriado. El contratista deberá anexar la tarifa ofertada en cada facturación de la dispensación de medicamentos ambulatorios.
47. La prescripción de medicamentos se debe realizar con letra legible o impresa, de manera clara, especificando los miligramos, presentación, cantidad y debe ser formulado en la molécula internacional sin emplear nombres comerciales y que estén dentro del vademécum institucional (que se anexa, teniendo en cuenta que el vademécum institucional cuenta con un número mayor de moléculas que el vademécum de la ley 100). Si el paciente requiere formulación de medicamentos que no estén en el vademécum, debe diligenciar el formato No POS para la correspondiente autorización.
48. El contratista deberá formular y dispensar medicamentos en denominación genérica.
49. No se transcribirán medicamentos NO AMBULATORIOS.
50. Se prohíbe al contratista dispensar medicamentos ordenados por médico particular

51. El contratista se compromete a hacer entrega de los medicamentos solicitados una vez es recepcionará la fórmula por inmediata. Los medicamentos que sean formulados y que no cuenten con existencias. El contratista deberá realizar el trámite necesario para su consecución en un plazo no mayor a 72 horas y enviarlo al usuario en el tiempo estimado hasta su residencia.
52. La entrega de los medicamentos pendientes por entregar a los usuarios y/o beneficiarios de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 dentro de las siguientes Setenta y Dos (72) horas. Cuando los medicamentos pendientes no puedan ser facilitados al usuario dentro del término anteriormente estipulado se considerará como "**NO DESPACHADO**", y no podrá ser facturado por el contratista, bajo perjuicio de las sanciones contractuales a que pueda haber lugar por el incumplimiento.
53. Realizar la dispensación de los medicamentos con la oportunidad solicitada en ANEXO Nº 2.
54. Realizar la dispensación de medicamentos ambulatorios objeto del presente contrato en perfecto estado para el consumo y condiciones de uso, en la forma fijada en el pliego de condiciones, de acuerdo a las normas y protocolos establecidos para el desarrollo del objeto contractual.
55. El contratista solo podrá formular medicamentos pactados en el vademécum ambulatorio de medicamentos de mayor rotación, incluido en el presente estudio de conveniencia y oportunidad y ofertados por el contratista.
56. Cumplir con las especificaciones, marcas, referencias y calidad acordes con el mercado, y contar con los registros sanitarios INVIMA Y BPM.
57. El Contratista se obliga a diligenciar en letra clara, legible y justificada el formato de CTC para medicamentos y procedimientos y el de Fármaco vigilancia, teniendo en cuenta que el Plan de beneficios de la Policía Nacional difiere del POS del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con lo cual se prevé minimizar los trámites excesivos a los usuarios.
58. Presentar la facturación de la dispensación de medicamentos de cada ESP y/o municipio correspondiente al mes inmediatamente anterior dentro de los primeros **Cinco (05) días** del mes siguiente la oficina de SUCME de la UPRES. En la Facturación debe aparecer el No. de Contrato vigente al que se carga la cuenta. De no presentarse la factura dentro del término establecido, ello solo, será causal para que automáticamente el pago se traslade y se surta para el mes siguiente.
59. El contratista debe cumplir con el Decreto 1011 de 03-Abr-06, en las resoluciones 1441/2013 (Habilitación) y 1445 (Estándares de Calidad).
60. El contratista se obliga a remitir todos los RIPS, consolidados de atención e instructivo 013 de las atenciones a los usuarios de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 atendidos en la entidad, anexos a las cuentas de cobro y coetáneamente al correo electrónico sanidadestadisitica@hotmail.com y deval.disan-dagua@policia.gov.co.
61. El contratista dispondrá de una persona encargada de las novedades del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre procedimientos, tratamientos, quejas, programaciones y en general para la atención de los usuarios; esta comunicación deberá tener como fin el enlace con la coordinación ESPRI de Dagua. Igualmente, este canal será de manejo por parte de los auditores, Líder ESPRI de Dagua y personal de Referencia y Contra referencia de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4.
62. Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente en la Ventanilla Única Central de Cuentas de la Dirección de Sanidad. En esta Facturación debe aparecer el Nº de Contrato vigente al que se carga la cuenta y dando cumplimiento a la ley 594 del 14 de julio de 2000 "Ley General de Archivo".

Factura que cumpla con los requisitos legales vigentes:

- Factura original y dos copias, a nombre de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 Policía NIT. 805.022.186-6
- Los servicios cobrados deben ser relacionados con la tarifa y el respectivo Código CUPS. Por cada procedimiento o servicio prestados
- Soportes de los servicios facturados; incluyendo las lecturas de apoyo diagnóstico.
- Resumen de la Historia Clínica y / o epicrisis, para procedimientos quirúrgicos, urgencias, hospitalización o de alta complejidad. Correspondiente a los servicios relacionados en la factura y que se hubieren prestado al usuario
- RIPS de atenciones prestadas.

a. Anexar a la factura fotocopia del pago de parafiscales (Uno por cada mes independiente del número de facturas presentadas).
b. Orden de prestación de los servicios expedida por el Área de Referencia y Contra referencia de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4
c. debidamente firmada por el usuario o acudiente. Se exceptúa el caso de atención por Urgencias Vitales. Y anexo a ésta, fotocopia del carné o constancia de vigencia y cédula de ciudadanía.
d. La facturación se debe presentar en forma ordenada y los procedimientos cobrados deben llevar la tarifa ofertada, y por norma las entidades deben facturar a códigos CUPS, y la tarifa es la

establecida en el Anexo Tarifario 199, correspondiente a base ISS 2001 y/o tarifas propias del Contratista de acuerdo al caso.

Igualmente la facturación de servicios de urgencias debe ser presentada en forma separada de la de los procedimientos ambulatorios, así como la de aquellas unidades policiales fuera del Departamento del Valle (compensación) **tales como Cauca, Nariño, Huila entre otras** (el Área de Referencia de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4.identificara este tipo de autorizaciones con marcar en la parte superior de las ordenes de servicio) **y procederá su pago por resolución de urgencias, resolución que la Regional de Aseguramiento en salud No 4, proyectara para pago una vez la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional situe los recursos pertinentes, o se cargara al contrato sI loS hubiere.**

63. EL contratista deberá generar base de datos de alto costo y remitirla de manera mensual al email deval.disan-dagua@policia.gov.co
64. El contratista se obliga a realizar los trámites para la legalización del Contrato dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contados a partir del retiro de la documentación en el Grupo de Contratos y firma de la Hoja de instrucciones respectiva.
65. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5° de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.
66. Informar por escrito al Supervisor del Contrato designado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 y/o Coordinador del ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD PRIMARIO DAGUA, cuando el contrato llegue al 70% del rango de ejecución del mismo. En ningún caso el contratista podrá superar el 100% del valor contratado sin previa autorización de la Jefatura de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4. Excepto en los casos de urgencia vital o evento catastrófico o de alto costo.
67. Cumplir con las obligaciones de pagar mensualmente los aportes de parafiscales, afiliación y cotización a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, cuando a ello haya lugar de acuerdo a los artículos 282 de la ley 100 de 1993, artículo 50 de la ley 789 de 2002 y decreto 282 de la ley 100 de 1993; para tal fin deberá allegar con la correspondiente factura certificación donde conste dicho cumplimiento firmada por el representante legal y revisor fiscal, si conforme a las normas pertinentes estuviera obligado a hacerlo.
68. El contratista se obliga a cumplir con las normas sobre seguridad y salud en el trabajo (deberá presentar copia del documento del sistema y copia de la ultima acta de reunión del COPASST o socialización por parte del vigía de seguridad y salud en el trabajo) bioseguridad para los trabajadores que el contrate, garantizando su vinculación al sistema de seguridad social.
69. El contratista adjudicatario debe cumplir con el reporte de los indicadores de monitoreo de la calidad en salud en los formatos establecidos para tal fin de acuerdo a lo establecido en la Resolución No. 00000256 de 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".* La información debe ser presentada de manera mensual durante los primeros cinco (5) días de cada mes al Supervisor del Contrato quien realiza el consolidado de la información general del reporte de la Dirección de Sanidad – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4. Lo anterior, sin perjuicio de las obligaciones del Contratista adjudicatario de reportar la información ante el organismo de salud competente.
70. En caso de contratar servicios que se presenten en otras instalaciones fuera del minucipio de Dagua (IPS subcontratadas) se requerirá que presenten el plan de emergencias actualizado.
71. El CONTRATISTA en caso de estar obligado a la implementación de la facturación electrónica, se obliga a cumplir con la emisión de la facturación electrónica, para lo cual deberá coordinar con el supervisor de contrato para la recepción de la misma. Dando cumplimiento así a la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 y la circular externa 053 del 01 de diciembre de 2020 expedida por el MINHACIENDA, I Decreto 358 del 5 de Marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020."

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

1. 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 que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) 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 total de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.

2. Presentar junto a la oferta el Certificado de Accidentalidad de la ARL (Sura, Colmena, Colpatria, Positiva, entre otras), donde se acredite la no ocurrencia accidentes mortales durante el periodo anterior a la contratación, no obstante si no se cuenta con el documento al momento de la presentación de la oferta, se deberá anexar una constancia donde se indique que se encuentra en trámite; así mismo deberá anexar carta firmada por el Representante Legal y Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad donde certifiquen que no se han presentado sucesos mortales.

3. Presentar junto a la oferta el Certificado de la ARL o SENA, que la persona responsable del diseño y ejecución del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, cursó y aprobó el curso de las 50 horas SG-SST y/o Circular 036/2020.

4. Presentar junto a la oferta la constancia donde se certifique que los integrantes de la empresa (en todos sus niéveles) tienen pleno conocimiento y especificación de los peligros/riesgos, así como los medios de control de los mismos, al momento de ejecutar el servicio en la Unidad Prestadora de Salud Cauca.

5. Presentar junto a la oferta la Matriz de identificación de peligros y riesgos con sus respectivas medidas preventivas, controles generales y específicos.

CRITERIOS AMBIENTALES EN LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

- Garantizar que todo el material que se entregue a las unidades policiales en forma digital, se realice en un medio reutilizable; los escritos deberán estar ajustados de acuerdo a la Directiva Presidencial 04 de 2012 *'política cero papel"* (Aplica a los contratos en los que se deben presentar informes).

- Aplicar las buenas prácticas ambientales, participar de los programas y campañas ambientales, así como las demás exigencias que se establezcan en el Sistema de Gestión Ambiental, en todas las actividades que realice durante la prestación del servicio dentro de las instalaciones policiales.

- Garantizar la disposición final de los residuos sólidos peligrosos y especiales (aceites usados, luminarias, RAEES, Envases de Sustancias Químicas y de derivados de hidrocarburo, baterías y pilas, llantas, escombros entre otros relacionados con el **Título 6 Residuos Peligrosos del Decreto 1076 de 2015** expedido por el Gobierno Nacional, o norma que lo modifique, adicione o sustituya, que se pudieran generar como resultados de la prestación de sus servicios a la respectiva unidad policial. (presentar al supervisor del contrato, el certificado de disposición final a través de una gestor ambiental debidamente acreditado por la autoridad ambiental competente para la prestación de estos servicios).

- Con el objeto de evitar escapes de sustancias nocivas que contaminen las personas y sus bienes, deterioren los suelos y el medio ambiente en general, el contratista deberá recepcionar, almacenar y efectuar la disposición final de destrucción de acuerdo a la normativa ambiental vigente de los elementos eléctricos y electrónicos y sus accesorios que con ocasión a los mantenimientos correctivos, hayan sido retirados y/o reemplazados después de cumplir su ciclo de vida útil. Por lo anterior, el proponente y posterior contratista deberá hacer entrega a la Policía Nacional de la certificación acompañada del acopio documental soporte, que evidencie la destrucción de estos elementos, actividad que deberá ser realizada por una empresa certificada por la autoridad ambiental competente y dar cumplimiento a la **Ley 1672 del 19 de Julio del 2013** *"Por la cual se establecen los lineamientos para la adopción de una política pública de gestión integral de residuos de aparatos eléctricos y electrónicos (RAEE), y se dictan otras disposiciones*" o aquella norma que la modifique, adicione o sustituya.

- Deberá impartir, instrucciones, socializaciones y/o capacitaciones al personal bajo su cargo en temas ambientales relacionados con sus aspectos e impactos ambientales estableciendo y presentando cronograma en temas tales como:
  - Gestión integral de residuos sólidos y líquidos, con medidas que permitan disminuir la cantidad de residuos generados
  - Uso de elementos de protección personal

- Manejo de sustancias químicas
- Ahorro y uso eficiente de recursos (agua y energía)
- Normativa ambiental
- Saneamiento básico
- Gestión del riesgo que garantice la buena el manejo de los riesgos asociados a su actividad productiva

- Presentar al supervisor de contrato, las hojas de seguridad de todos los productos e insumos utilizados, así como los reportes de socialización, capacitación o entrenamiento de acuerdo al cronograma presentado al inicio de la ejecución del contrato.

- Presentar el Plan de Manejo Ambiental para la mitigación de los aspectos e Impactos ambientales generados en sus actividades productivas, todos los programas documentados en mencionado Plan, deben contener:
  - Alcance
  - Objetivos
  - Responsables
  - Descripción de actividades
  - Cronograma
  - Indicadores que serán del control de la empresa contratista

- Garantizar la presentación y disponibilidad de las flojas de seguridad de todas las sustancias químicas utilizadas para la limpieza y desinfección, de igual forma las especificaciones técnicas de cada producto y deberá dar amplia instrucción al personal bajo su mando en el uso adecuado de los mismos y a la atención de los riesgos asociados a derrames de estos, conservando los registros de socialización o capacitación. Por otro lado, los recipientes que los contengas deberán tener su respectivo rotulo de identificación, indicando el grado de peligrosidad y compatibilidad para su almacenamiento.

ANEXO No. 5

OBLIGACIONES DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 4

1. Poner a disposición del **CONTRATISTA** los bienes y lugares que se requieran para la ejecución y Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un Supervisor, a través de quien la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 mantendrá la interlocución permanente y directa con el **CONTRATISTA**.

2. 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.

3. 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.

4. A través del Área de Referencia de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 identificar con una marcación en la parte superior de las ordenes de servicio las ordenes de servicio de las unidades policiales fuera del departamento tales como Cauca, Nariño entre otras, para que las diferentes IPS las facturen con por **Resolución de Urgencias.**

5. Suministrar a los contratistas el usuario y la clave de acceso al aplicativo de autorizaciones a través de la página www.disan.policia.gov.co, para el diligenciamiento de órdenes de servicios y demás requerimientos que se generen en la prestación de los servicios a los usuarios del subsistema de la Policía Nacional.

6. 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 al Ordenador del Gasto de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento.

7. Pagar al **CONTRATISTA** en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC previstas para el efecto.

8. 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.

9. Solicitar y recibir información técnica respecto del bien o servicio y demás del **CONTRATISTA** en desarrollo del objeto del contractual.

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

11. 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.

12. El supervisor de contrato deberá suministrar al contratista el correo electrónico registrado en la plataforma OLIMPIA para recepcionar la facturación electrónica, esto en el caso de que el contratista este obligado a facturar electrónicamen según la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 y la circular externa 053 del 01 de diciembre de 2020 expedida por el MINHACIENDA.

13. **En cumplimiento al artículo 15 del Decreto 723 del 15 de abril de 2013, las siguientes:**

    1.) Reporta a la Administradora de Riesgos Laborales los accidentes de trabajo y enfermedades laborales. **2.)** Investigar todos los incidentes y accidente de trabajo. **3.)** Realizar actividades de prevención y promoción. **4.)** Incluir a las personas que les aplica el presente decreto en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. **5.)** Permitir la participación del contratista en las capacitaciones que realizase le Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo. **6.)** Verificar en cualquier momento el cumplimiento de los requisitos de seguridad y salud necesarios para cumplir la actividad contractada de las personas a las que les aplica el presente decreto. **7.)** Informar a los contratistas afiliados en riesgo IV y/o V sobre los aportes efectuados al Sistema General de Riesgos Laborales. **8.)** Adoptar los mecanismos necesarios para realizar el pago anticipado de la cotización, cuando el pago del aporte este a su cargo.

FORMULARIO No. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Santiago de Cali,

Señores
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Mínima Cuantía **PN RASES4 MIC 143/2021** cuyo objeto es **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD CON IPS DE ACUERDO AL PORTAFOLIO DE SERVICIOS, DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Y SERVICIO DE FISIOTERAPIA. PARA EL PERSONAL DE USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE DAGUA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA, EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 4.**

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 mínima cuantía No. **PN RASES4 MIC 143/2021**, convocado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 , cuyo objeto **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD CON IPS DE ACUERDO AL PORTAFOLIO DE SERVICIOS, DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Y SERVICIO DE FISIOTERAPIA. PARA EL PERSONAL DE USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE DAGUA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA, EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 4** 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 objeto del proceso se encuentra detalladamente enunciado en la invitación y en el Anexo 1 "Especificaciones Técnicas Mínimas" y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a los mismos, teniendo en cuenta su descripción, número y especificaciones técnicas y funcionales.

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, así como el de cada uno de las adendas hechos al mismo.

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. 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.

5. Que me obligo a suministrar a solicitud de LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.

6. Que la presente propuesta consta de _____ (XX) folios distribuidos en... *(Número de fólderes en los que es presentada la propuesta)*

7. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su Despacho, o en la (s) siguiente (s) dirección (es): _____Teléfono (s): _____ Fax:_____ celular Nº:_____ Email:_____ Nombre de Contacto:_____

8. 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)*.

9. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).

10. El plazo de ejecución del contrato que se derive del presente proceso, se inicia a partir de generada el acta de inicio y la aprobación de la garantía única (si se solicita) y por un tiempo de _____ o hasta agotar el presupuesto, en todo caso lo primero que ocurra.

11. Que la vigencia de la presente oferta es por el tiempo de ejecución del contrato y contado a partir de la presentación de la misma.

RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Firma del Representante Legal: _____

C.C. No._____

FORMULARIO No. 2

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____ **FECHA** _____

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

APERTURA _____ CANCELACIÓN_____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____ NIT _____
_____ Y/O
_____ C.C. _____

Dirección _____ Teléfono_____ Fax_____
_____ _____
_____

Departamento _____ Ciudad_____ Municipio_____

Denominación de la cuenta **Corriente** _____

Ahorros _____

Teniendo en cuenta que la Tesorería informará al proveedor sobre la realización del pago, indicando el día del giro, concepto y cuenta del beneficiario, para que éste verifique el abono en la respectiva cuenta y confirme a la Entidad, el contratista deberá manifestar si está información la recibirá por correo electrónico, para lo cual tendrá en cuenta lo siguiente:

1. Si es a través de correo electrónico el contratista verificará que los recursos fueron recibidos y dará respuesta al correo electrónico de la Tesorería de la Entidad dentro del siguiente día hábil.

CORREO ELECTRÓNICO: _____SI (___)

TELÉFONO: _____ SI (___)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____Código _____Ciudad_____

Dirección _____Teléfono_____ Fax_____

Número de la cuenta _____

NOTA: La información contenida en el presente formulario debe ser coherente con la contenida en la Certificación Bancaria. (***Adjuntar original Certificación Bancaria***)

RAZON SOCIAL DEL PROPONENTE: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Firma del Representante Legal: _____

C.C. No._____

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 4** adelanta un proceso de Mínima Cuantía 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 4** 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 Mínima Cuantía 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:

1.1. 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,

1.2. 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;

1.3. 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 Mínima Cuantía 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 **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4,** 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 4** durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

1.4. 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 Mínima Cuantía.

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.

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).

EL PROPONENTE:

RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE: _____
Nombre del Representante Legal: _____
Firma del Representante Legal: _____
C.C. No.: _____

SUSCRIBIRÁN EL DOCUMENTO TODOS LOS INTEGRANTES DE LA PARTE PROPONENTE SI ES PLURAL (CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL), A TRAVÈS DE SUS REPRESENTANTES LEGALES.

FORMULARIO No. 4

SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Santiago de Cali,

Señores
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4
Cali.

La empresa _____ identificada con **NIT.** Nº _____ nos comprometemos a sostener los precios ofertados dentro del proceso de mínima cuantía **PN RASES4 MIC 143/2021**, cuyo objeto es **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD CON IPS DE ACUERDO AL PORTAFOLIO DE SERVICIOS, DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Y SERVICIO DE FISIOTERAPIA. PARA EL PERSONAL DE USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE DAGUA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA, EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 4,** durante la vigencia del contrato si este se llegara a suscribir.

Atentamente,

RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Firma del Representante Legal: _____

C.C. No.: _____

FORMULARIO No. 5

COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL

El oferente se comprometerá a contribuir con la protección del medio ambiente a través de la prevención de la contaminación, el cumplimiento de la legislación y las diferentes regulaciones ambientales y el control de los impactos ambientales adversos, así como al mejoramiento continuo del desempeño ambiental, además sus productos deberán cumplir los parámetros exigidos por el Sistema de Gestión Ambiental.

LA POLICÍA NACIONAL DIRECCIÓN DE SANIDAD, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4, debe procurar realizar los procesos asociados a la adquisición de bienes y servicios necesarios para el eficiente funcionamiento de la unidad que posibiliten el cumplimiento de la política ambiental (En la Policía Nacional nos comprometemos a contribuir con la protección del medio ambiente a través de la prevención de la contaminación el cumplimiento de la legislación y las diferentes regulaciones ambientales y el control de los impactos ambientales adversos asociados a nuestras instalaciones, procesos y servicios, así como el mejoramiento continuo del desempeño ambiental de la institución), contribuyendo de esta forma con la protección efectiva del medio ambiente, dentro de los procesos que se adelanten con miras a la adquisición de bienes y/o servicios se incorporan criterios articulados con la protección del medio ambiente, a partir de la inclusión de parámetros como la compra verde o responsable, que significa la integración del componente ambiental en la toma de decisiones de compra de bienes y contratación de servicios; por lo tanto solicitamos de manera informativa a nuestros proveedores, relacionar la siguiente información de carácter adicional. Así mismo se solicita el compromiso de cumplir y respetar los programas ambientales establecidos para las instalaciones de la **POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4**, en cuanto al manejo de residuos sólidos, residuos peligrosos, manejo de vertimientos, uso y ahorro del agua y energía.

CONDICIÓN AMBIENTAL	RESPUESTA	
	SI	NO
Informar si cuenta con certificaciones ISO 9001:2008 "Sistema de Gestión de Calidad" y/o ISO 14001:2004 "Sistema de Gestión Ambiental" o sus equivalentes o algún tipo de reconocimiento de carácter ambiental o de calidad, bien sea nacional o internacional.		

NOTA: CON LA FIRMA DEL PRESENTE DOCUMENTO DEJO CONSTANCIA QUE ME COMPROMETO CON LO AQUÍ EXPUESTO.

Atentamente,

RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Firma del Representante Legal: _____

C.C. No.: _____

FORMULARIO No. 6

CERTIFICACIÓN DE NO ESTAR INCURSO EN CAUSALES DE CONFLICTO DE INTERESES, INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Santiago de Cali,

Señores
POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No4

Ciudad.

Por medio de la presente, con el fin de que integre los soportes previos requeridos para la suscripción del futuro contrato o convenio, en caso de ser adjudicatario, manifiesto bajo la gravedad de juramento que tanto mi persona como la empresa a la cual represento no nos encontramos incurso en ninguna causal de conflicto de intereses, inhabilidad e incompatibilidad de aquellas establecidas en la Constitución Política de Colombia, así como las de los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, los de la Ley 734 de 2002 ,"*por la cual se expide el Código Disciplinario Único*", 1474 de 2011 y los del Decreto Ley 019 de 2012, y las demás que hayan sido constituidas en la ley.

Conforme lo anterior, manifiesto ser el único responsable por los efectos de la presente declaración, y por lo tanto asumo todas las consecuencias jurídicas que ello acarrea, tanto penales, como disciplinarias y fiscales.

Igualmente, manifiesto saber el contenido del artículo 442 del Código Penal, modificado por el artículo 8 de la Ley 890 de 2004, que establece: *"Falso testimonio". El que, en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de seis (6) a doce (12) años".*

Cordialmente,

RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Firma del Representante Legal: _____

C.C. No.: _____

FORMULARIO No. 7

FORMULARIO DE COMPROMISO SGSST

Formulario de compromiso con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional Referencia:

Compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para el proceso cuyo objeto es **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD CON IPS DE ACUERDO AL PORTAFOLIO DE SERVICIOS, DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Y SERVICIO DE FISIOTERAPIA. PARA EL PERSONAL DE USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE DAGUA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA, EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 4"**

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 OFERENTE _____

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL DEL OFERENTE _____

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (Cédula de ciudadanía o NIT) _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO _____

FORMATO No. 1

CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL

Yo_____, representante legal de la persona jurídica _____certifico que la empresa que represento, cuenta con la infraestructura, la logística, maquinaria, equipos, personal con experiencia y recursos necesarios para cumplir el objeto de la presente contratación "**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD CON IPS DE ACUERDO AL PORTAFOLIO DE SERVICIOS, DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Y SERVICIO DE FISIOTERAPIA. PARA EL PERSONAL DE USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE DAGUA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA, EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 4",** en las condiciones señaladas en los presentes términos de referencia.

Proponente: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Firma del Representante Legal: _____

C.C. No.: _____

FORMATO No. 2

FORMATO DE COMPROMISO SGSST

Formato de compromiso con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional Referencia:

Compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para el proceso cuyo objeto es **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD CON IPS DE ACUERDO AL PORTAFOLIO DE SERVICIOS, DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Y SERVICIO DE FISIOTERAPIA. PARA EL PERSONAL DE USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE DAGUA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA, EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 4"**

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 OFERENTE _____

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL DEL OFERENTE _____

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (Cédula de ciudadanía o NIT) _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO _____

FORMATO No. 3

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO

Este Formato debe ser diligenciado para todo el personal que conforma el Recurso Humano ofertado. Si es del caso.

La Regional de Aseguramiento en Salud N°4 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:
Nacionalidad:
Profesión:
Fecha de Grado:
Universidad o institución educativa:
N°. Registro Profesional:
Título Obtenido:
Cursos realizados:
Tiempo de Experiencia en la Práctica, Objeto de la Contratación :
Tiempo de Servicio en la Institución Oferente:
Tipo de función en la empresa:
Observaciones:

NOMBRE DEL PROPONENTE: _____

NIT o C.C: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____

C.C.: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____

FORMATO No. 4

CARTA DE COMPROMISO DE TENENCIA DEL TALENTO HUMANO

Yo _____ en calidad de Representante Legal de la firma _____ certifico bajo la gravedad de juramento que cuento con el **Talento Humano** solicitado, que cumple con la formación académica y experiencia requerida para el objeto **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA COMPLEJIDAD CON IPS DE ACUERDO AL PORTAFOLIO DE SERVICIOS, DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Y SERVICIO DE FISIOTERAPIA. PARA EL PERSONAL DE USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE DAGUA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA, EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 4"** de acuerdo a lo establecido en el Anexo N° 1 "Especificaciones y Condiciones Técnicas" y a los demás criterios de Selección.

Nota. La Regional de Aseguramiento en Salud N°4 se reserva el derecho de verificar la información que se encuentra respaldada con la presente carta de compromiso.

NOMBRE DEL PROPONENTE: _____

NIT o C.C: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____

C.C.: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____