REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2

Neiva, 14 de Marzo de 2022

Señora
ANNY CRISTINA COTACIO MEDINA
Gerente E.S.E Hospital Nuestra Señora de Fatima Suaza-Huila.
Carrera 5 N 7-25

Asunto: Invitación a presentar oferta proceso **PN RASES N° 2 CD 006 2022**

La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2, se permite invitarlo a presentar oferta para el proceso **PN RASES N° 2 CD 006 2022** cuyo objeto es la "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 – DEL MUNICIPIO DE SUAZA– HUILA", así:

1. INFORMACIÓN GENERAL

La presente Invitación contiene disposiciones de tipo general aplicables a los diferentes procesos que efectúa la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2; igualmente cuenta con anexos dispuestos y preparados por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2 y formularios, los cuales deben ser diligenciados en su integridad por el representante legal.

2. DATOS DEL PROCESO

<table>
<tr><td>OBJETO</td><td>PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 – DEL MUNICIPIO DE SUAZA– HUILA.
<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>
</table></td></tr>
<tr><td>FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA MODALIDAD DE SELECCIÓN</td><td>CONTRATACIÓN DIRECTA – Contratación Directa - Definida en el artículo 2, numeral 4, literal C, de la Ley 1150 de 2007, modificado por el artículo 92 de la Ley 1474 de 2011, que dice: "Contratos interadministrativos, siempre que las obligaciones derivadas del mismo tengan relación directa con el objeto de la entidad ejecutora señalado en la ley o en sus reglamentos", en concordancia con el artículo 2.2.1.2.1.4.4 del Decreto 1082 de 2015 el cual establece: "Convenios o contratos interadministrativos. La modalidad de selección para la contratación entre Entidades Estatales es la contratación directa; y en consecuencia, le es aplicable lo establecido en el artículo 2.2.1.2.1.4.1 del presente decreto".</td></tr>
<tr><td>PARTICIPANTE</td><td>E.S.E Hospital Nuestra Señora de Fátima de Suaza -Huila, identificado con Nit. No 891.180.190-5, en el que obra como representante legal la Doctora ANNY CRISTINA COTACIO MEDINA identificada cédula de ciudadanía No. 1.018.439.031 de Bogotá D.C.</td></tr>
<tr><td>LUGAR DE PRESTACION DEL SERVICIO</td><td>Los servicios objeto del presente proceso se prestarán en las instalaciones de las diferentes entidades, debidamente habilitadas, ubicadas en las diferentes jurisdicciones, las veinticuatro (24) horas del día, durante la vigencia del contrato asi:
<table>
<tr><th>ENTIDAD</th><th>DIRECCION</th></tr>
<tr><td>E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA SUAZA-HUILA</td><td>Carrera 5 N 7-25</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>FORMA DE ADJUDICACIÓN DEL CONTRATO</td><td>La adjudicación del presente contrato será TOTAL por el valor del presupuesto oficial asignado; el procedimiento de adjudicación se adelantará de acuerdo a las reglas, etapas y términos aplicables a la modalidad de selección de contratación directa, lo cual para el efecto se encuentra previsto en el Decreto 1082 de 2015.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>FORMA Y PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</td><td>La prestación del servicio de salud por parte del CONTRATISTA se hará en forma de tracto sucesivo y de conformidad con las condiciones técnicas exigidas, e inicia a partir de la entrega de la carta de inicio de ejecución del contrato.

El desarrollo de la ejecución del contrato que se suscriba, será HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2022, tiempo durante el CONTRATISTA deberá dar cumplimiento cabal a la prestación que se obliga. Dicho plazo iniciará a partir de la entrega de la carta de inicio de ejecución del contrato.</td></tr>
<tr><td>PRESUPUESTO OFICIAL</td><td>El valor estimado del contrato es por la suma de CUATRO MILLONES DE PESOS ($4.000.000.000,00) M/LEGAL distribuidos de la siguiente manera:
<table>
<tr><th>SERVICIO</th><th>VIGENCIA</th><th>VALOR ESTIMADO</th></tr>
<tr><td>PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 – DEL MUNICIPIO DE SUAZA– HUILA.</td><td>2022</td><td>$4.000.000,00</td></tr>
<tr><td colspan="2">VALOR TOTAL:</td><td>$4.000.000,00</td></tr>
</table>
Que existen los recursos para la celebración del contrato enunciado, amparados en el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. SIIF No. 24822 y QUIPU Nº 50 del 13 de Marzo del 2022 por un valor de TREINTA Y CINCO MILLONES DE PESOS ($4.000.000.000,00) M/LEGAL para las vigencias 2022 y 2.

NOTA: La propuesta no podrá superar el presupuesto oficial asignado.</td></tr>
<tr><td>FORMA DE PAGO</td><td>La Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, pagará al CONTRATISTA el valor del contrato que resulte del presente proceso, en la ciudad de Neiva, de manera mensual, dentro de los sesenta (60) dias calendario siguientes a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previa presentación de la factura electrónica, acompañada de formato 2BS-FR-0045 Constancia Recibo a Satisfacción de Bienes o Servicios (RAS) original firmado de los servicios prestados, expedida por parte del supervisor del contrato junto con la acreditación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, pensiones y riesgos profesionales.

Los documentos deben radicar los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, cuando se trate de servicios sin respaldo presupuestal (urgencia médica) deben ser entregadas en medio fisico los primeros diez (10) días calendario de cada mes, ante la Ventanilla Única-Central de Cuentas del Grupo de Apoyo Administrativo de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, 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 seis (6) del mes siguiente, los pagos se realizarán dentro de los (60) días hábiles siguientes a la fecha de la radicación. En todo caso, los pagos están sujetos a la disponibilidad de PAC y ubicación de los recursos por parte del Nivel Central.

Los pagos previstos se acreditarán a la cuenta a favor del CONTRATISTA, o en otro banco o cuenta que éste designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias, por medio de aviso escrito con no menos de sesenta (60) días de anticipación, acompañado de certificación bancaria original con fecha de expedición no superior a treinta (30) días calendario, a nombre de la firma Contratista. Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley.

Las facturas deben ser expedida a nombre de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 con NIT: 901362454-1.

De igual forma, en cumplimiento a la Guía de Lineamientos para la radicación y obligación de Cuentas Médicas (1AR-GU-0002) de la Policía Nacional, el contratista deberá tener en cuenta las otras Condiciones así:

1. El Prestador del Servicio de Salud de la Red externa, deberá cargar los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) en el módulo de radicación cuentas médicas de la Dirección de Sanidad, (RECUM) cuando haya lugar a este proceso.

https://recum.policia.gov.co:8080/cm/recum/Vista/frLogin.aspx, con el fin de ser validados siguiendo los lineamientos establecidos para ello, se validará la información de los documentos</td></tr>
</table>

suministrada por la IPS en el módulo de radicación de cuentas médicas, como: número consecutivo de factura, concepto, cantidad y valor etc.

En razón a lo anterior, es de aclarar que para el ingreso a la plataforma SISAPW (RECUM), se debe asignar usuario y contraseña, a los responsables del cargue de RIPS que sean asignado en cada IPS.

Por situación de fuerza mayor, ese responsable que hacia las funciones del cargue de RIPS, no hace parte de la IPS o lo hayan cambiado de cargo y asignan otra persona nueva, es de responsabilidad de la IPS, informar a la unidad de la novedad y realizar solicitud de nuevo usuario y contraseña mediante correo electrónico deuil.upres-cue@policia.gov.co enviando estos datos requeridos así:

CODIGO HABILITACION REPS (IPS)	NIT	RAZON SOCIAL IPS	NOMBRE RESPONSABLE RIPS IPS	FUNCIONARIO DEL CARGUE	CEDULA	TELEFONO OFICINA	CELULAR	Email

Aclarando a las entidades IPS, que para cualquier servicio a prestar sea *(consultas ambulatoria, servicio odontológico ambulatorio, exámenes de laboratorio, imágenes y otras ayudas diagnostica, procedimientos terapéuticos ambulatorio, medicamentos de uso ambulatorio, insumo, oxigeno y arrendamiento de equipos de uso ambulatorio, atención inicial de urgencia, servicio de internación y/o cirugía (hospitalaria ambulatoria), ambulancia, honorarios profesionales)* **debe solicitar bien sea al grupo de Referencia y Contrarreferencia Nacional o UPRES HUILA, autorización del servicio expedida mediante código de autorización sistematizada del SISAPW de acuerdo al servicio**.

Según los servicios se autorizan de la siguiente manera así:

REFERENCIA y CONTRAREFERENCIA NACIONAL

Autorización Atención inicial de Urgencia

Enviar mediante el anexo No. 2 y demás soportes como historia clínica, epicrisis o que soportes la solicitud Para Urgencias ***(solo la atención inicial de urgencia) (esta primera atención inicial de urgencia cubre de 1 a 3 días de estancia)*** si dicha estancia requiere más prorroga de estancia debe solicitar a Referencia Huila, para beneficiarios correspondiente del Huila.

Correos electrónicos:
DISAN.GRISS-AUT@POLICIA.GOV.CO
DISAN.REFER-NAL@POLICIA.GOV.CO

- *Para Estancias hospitalarias y/o procedimientos derivados.*

DISAN.GRISS-CRF@POLICIA.GOV.CO

CELULAR REFERENCIA NACIONAL: 3505546128 - 3504131671

Nota: ***REFERENCIA NACIONAL DISAN (NO AUTORIZA SERVICIOS)***

- **Prorrogas de estancia**
- **Pruebas COVID**
- **Ambulancias**
- **Pacientes programados para cirugía**
- **Citas de consulta externa - Odontología**
- **SOAT**

Atentados

REFERENCIA y CONTRAREFERENCIA HUILA

REFERENCIA HUILA; *autoriza los servicios que más adelante se relacionan; solicitando mediante el anexo No. 3 al correo electrónico* **deuil.rases-rco@policia.gov.co**

SERVICIOS QUE AUTORIZA REFERENCIA HUILA:

- PRORROGAS DE ESTANCIA
- PRUEVAS COVID
- AMBULANCIA
- PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGIA
- CITAS DE CONSULTA EXTERNA

- SOAT
- ATENTADOS
- ODONTOLOGIA
- SERVICIOS AMBULATORIOS

Recuerden que las autorizaciones deben ser sistematizadas SISAP WEB, deben emitirles el código de la autorización sistematizada, bien sea que le autorice REFERENCIA NACIONAL O REFERENCIA HUILA.

2. Facturas que corresponden a servicios médicos por contrato deben ser entregadas en medio físico los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, cuando se trate de documentación de servicios sin respaldo presupuestal (urgencia médica) deben ser entregadas en medio físico los primeros diez (10) días calendario de cada mes, junto con el certificado de pre radicado del módulo de radicación de cuentas médicas, en la ventanilla única de Central de Cuentas de donde corresponde la ordenación del gasto, con los siguientes soportes:

   - Factura (de acuerdo a la normatividad establecida y los requisitos de Ley artículos 616- 1,616-3 617 y 618 E. T; artículos 772, 773, 774 Código de Comercio, Modificado Ley 1231 de 2008), este documento debe estar a nombre de la unidad de Sanidad, con el respectivo NIT y soportes de conformidad con lo establecido en la Resolución 3047 de 2008 MINSALUD, Instructivo 013 de 2013 – DISAN o la norma que la adicione, modifique o sustituya.

   Teniendo en cuenta el Decreto 2242 de 2015 "*Por el cual se reglamentan las condiciones de expedición e interoperabilidad de la factura electrónica con fines de masificación y control fiscal*" en el Artículo 3. – punto 2 - parágrafo 1, que a la letra dice:

   "*El obligado a facturar electrónicamente deberá entregar al adquiriente una representación gráfica de la factura electrónica en formato impreso o en formato digital...*", las unidades de la Dirección de Sanidad, deberán verificar si los proveedores están obligados a facturar electrónicamente y cumplan con el protocolo de habilitación como facturador electrónico según indicaciones del Decreto en mención.

   - Planilla de radicación de pacientes en formato especificado sin ser modificado. (1AR-FR-0028 RADICACION DE CUENTAS MÉDICAS) de forma física y al correo electrónico en formato EXCEL deuil.upres-cue@policia.gov.co y/o al correo electrónico del funcionario que actualmente este a cargo de la Ventanilla Única- Radicación de Cuentas Medicas - Central de Cuentas del Grupo de Apoyo Administrativo de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2; El valor total e individual de la planilla debe corresponder a los valores de las facturas físicas, el formato está compuesta por los siguientes datos así:

Pagina 1 de 1	PROCEDIMIENTO: ADMINISTRAR CUENTAS POR PAGAR	POLICÍA NACIONAL
Código: 1AR-FR-0028		
Fecha: 14-12-2012	RADICACION DE CUENTAS MEDICAS	
Versión: 0		

No.	No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	FECHA DE ATENCION	NOMBRE PACIENTE	No. IDENTIFICACION	PROCEDIMIENTO	VR. FACTURADO
					TOTAL		$ 0.00

- De acuerdo a la ley 594 del 2.000 por la cual se establece la Ley General de Archivo, la cuenta debe llegar en carpeta preferiblemente de las indicaciones de la institución, (carpeta blanca con 4 alas) sin ningún tipo de ganchos, documentos sin ser perforados, foliada en la parte superior derecha con lápiz No. 2, a partir del consecutivo No. 7 máximo hasta 200 folios por carpeta; de igual forma se

aclara que cada cuenta debe venir en una carpeta diferente, independientemente si los folios de las misma son una cantidad minima. Si la cuenta de cobro sobrepasa los 200 folios ésta debe dividirse en varias carpetas y continuar con el consecutivo de foliación del primer tomo, **las hojas de menor dimensión al de tamaño carta debe ir pegado en una hoja completo bien sea carta u oficio.**

- El oferente a quien se le adjudique el presente proceso deberá cargar la respectiva cuenta de cobro en la PLATAFORMA SECOP II con el fin de que ésta sea verificada por el supervisor del contrato y poder realizar el respectivo pago".
- Listado adicional de soportes según el tipo de servicio facturado, conforme al anexo No.5 de la Resolución 3047 de 2008.

NOTA 1: El contratante dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

AUDITORIA DE CUENTAS: La facturación presentada estará sujeta a la auditoria de cuentas, para lo cual el responsable de la ventanilla única- Central de cuentas UPRES HUILA, tramitará la cuenta acompañada del recibido a satisfacción técnico, para que se realice la auditoría, según los tiempos estipulados en el Articulo 57 de la ley 1438 del 19/01/2011.

OBJECIONES Y GLOSAS: En el evento de que se presenten glosas u 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 N.º 2.

Las objeciones se cancelarán en la medida que éstas sean aclaradas o soportadas, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente articulo 57 LEY 1438, *"Trámite de glosas".*
CONCILIACIÓN DE GLOSAS: En el evento que se hallen glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitarán de conformidad con lo establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el cual a la letra expresa:

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

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

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

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

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

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

PROCEDIMIENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA EMISIÓN DEL RAS

SOPORTES DE LAS FACTURAS PARA EL MECANISMO DE PAGO

SOPORTES DE FACTURAS SEGÚN TIPO DE SERVICIO PRESTADO

Además de los documentos requeridos por usuario, se requieren los soportes por servicio, así:
Instructivo 019 del 29-05-2020 *"componente auditoria de la facturación de los eventos en salud de la Dirección de Sanidad".*

Consultas ambulatorias:

- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- Autorización.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades
- Soporte de la atención.

Servicios odontológicos ambulatorios:

- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- Autorización.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- Odontograma y/o soporte de la atención.

Exámenes de laboratorio, imágenes y otras ayudas diagnósticas ambulatorias:

- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- Autorización de referencia y contra referencia
- Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- Soporte de la atención.

Procedimientos terapéuticos ambulatorios:

- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- Autorización.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- Soporte de la atención.

Medicamentos de uso ambulatorio:

- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- Autorización.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Fotocopia de la fórmula médica.

Insumos, oxígeno y arrendamiento de equipos de uso ambulatorio:

- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- Autorización.
- Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
- Comprobante de recibido del usuario.

Lentes:

- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- Autorización.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.

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

- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle

- Autorización.
- Resumen de atención o epicrisis.
- Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos.
- Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico.
- Descripción quirúrgica.
- Registro de anestesia.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Lista de precios si se trata de insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.
- Fotocopia del informe patronal de accidente de trabajo (PAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.
- Fotocopia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito.

Ambulancia:

- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos. Si aplica
- Autorización.
- Hoja de traslado.

Honorarios profesionales:

- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- Autorización.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Descripción quirúrgica. Si aplica.
- Registro de anestesia. Si aplica.

DOCUMENTOS ADICIONALES PARA EL MECANISMO DE PAGO

- Factura electrónica (cumplimiento al decreto 2242 de 2015) (por paciente).
- 2BS-FR-0045 Constancia Recibo a Satisfacción de Bienes o Servicios (emitido por supervisor).
- Certificados de pagos parafiscales y seguridad social (actualizada).
- Certificado de antecedentes disciplinarios y tarjeta profesional (contador y/o revisor fiscal)
- Anexar impresa el soporte de PRE-RADICADO de RIPS.

3. **LINEAMIENTOS DE LA FACTURACIÓN ELECTRÓNICA**

Dando cumplimiento al decreto 2242 de 2015, la Resolución No 000020 de 26-03-2019 expedida por la Dirección de Impuesto y Aduanas Nacionales DIAN y circular CR-016 Proceso de Recepción de Facturas Electrónicas de Venta, Notas Débito y notas Crédito, expedida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION FINANCIERA SIIF NACION).

Se permite informar que las facturas electrónicas emitidas por las entidades prestadoras de bienes y/o servicios deben facturar bien sea por competencia de la UPRES HUILA, de acuerdo al contrato que se haya adjudicado, y/o en su defecto si los servicios son denominados urgencia médica. con la unidad que a continuación se relaciona así:

RAZON SOCIAL: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 2**
NIT No.: 9004-.419-.719-1
DIRECCION: CRA 22 SUR No 26ª-21 Barrio Fronteras del Milenio
TELEFONO: 8630065 EXT 6419
CORREO ELECTRONICO: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD **PCI: 16-01-02-053**

- Utiliza el formato electrónico de generación XML estándar establecido por la DIAN.
- Lleva la numeración consecutiva autorizada por la DIAN.
- Cumple con los requisitos del art. 617 del ET y discrimina el impuesto al consumo cuando es el caso.
- Incluye la firma digital o electrónica para garantizar autenticidad integridad y no repudio de la factura electrónica, de acuerdo con la política de firma adoptada por la DIAN.
- Incluye el Código Único de Factura Electrónica CUFE.
- Diligenciar en la sección de la factura Datos del Emisor, en el campo "correo" la dirección electrónica, en donde le será notificado en caso de existir fallas en la validación del correo.

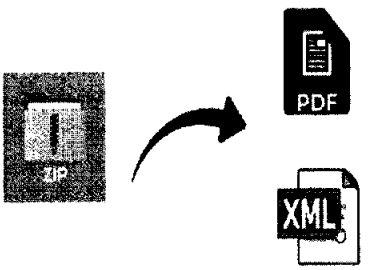
- **Registrar en la sección de la factura Datos del Adquiriente en el campo "Correo", el buzón electrónico** siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co**, dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con el fin que, una vez generada la factura electrónica a través del medio seleccionado, éste la envíe automáticamente.**
- Generar factura obteniendo el contenedor electrónico -Documento .ZIP (PDF, XML).
- En la sección de la factura **NOTA O OBSERVACIONES** la entidad debe digitar los siguiente: **#$** luego el código de identificación de la entidad **PCI** a la cual le va a enviar la factura; número contrato, correo del supervisor, finalizando con **#$,** debidamente separados por punto y coma sin espacios, según ej. Adjunto

#$16-01-02-053;98-5-20019-2020;correo supervisor#$

- ***Nota importante:*** De no darse el envío automático por parte del proveedor o contratista desde el operador tecnológico autorizado, solución gratuita de la DIAN o software propio, descrito en el numeral 4, estos podrán remitir la factura al buzón indicado para tal fin.

Generar factura obteniendo el contenedor electrónico -Documento .Zip (PDF, XML).

- **DOCUMENTO ZIP. de recepción de Facturas Electrónicas**



Desde cualquier correo electrónico, puede enviar al buzón electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el contenedor electrónico -Documento .Zip (PDF, XML), referenciando en el asunto de este correo el código de identificación de la entidad a la cual le va a enviar la factura, datos del contrato, y correo del supervisor, debidamente separados por punto y coma, sin espacios según ej. Adjunto:
16-01-02-041;85-7-20033-2020;pepito.perez@correo.policia.gov.co

El contratista o proveedor, una vez haga su factura electrónica de venta tal como se indica, Le llegara una notificación de factura electrónica de la entidad al correo electrónico del supervisor, indicando o notificando que tiene un documento pendiente por aprobar en la plataforma Olimpia, que por obligación el supervisor debe ingresar a la plataforma Olimpia, y es donde el supervisor verifica la factura para que sea rechazada o aprobada la factura, una vez haga el paso por parte del supervisor de rechazo o aprobación, la entidad debe estar atento si le llega notificación de que aprobaron o rechazaron la factura, si la factura es rechazada el supervisor debe justificar el rechazo, pero si es aprobada puede proceder a radicar en físico la factura con todos sus soportes normales como han estado haciendo ante la oficina Central de Cuentas de la UPRES HUILA.

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

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

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace claridad a la facturación electrónica, los contratistas prestadores de bienes y/o servicios, una vez envíen la factura electrónica al correo antes mencionado, deberá seguir radicando físicamente como se ha venido haciendo en la oficina de Central de Cuentas RASES No. 2, factura original con sus respectivos soportes originales y firmado a que haya lugar.

CAUSALES DE NO PAGO:

	• Todo servicio ambulatorio (primera vez o control) que no cuente con formato de autorización por parte de la central de autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 y la central de autorizaciones de referencia Nacional de la Dirección de Sanidad. • Toda urgencia, que no cuente con código de notificación por parte de la central de autorización de Referencia y Contrarreferencia, salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 4747 MINPROTECCIÓN de 2007 y Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008. • 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. • El contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes ***cinco días a su ocurrencia***, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de salud derivados del evento adverso. (Dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-006 Reporte de Incidentes y Eventos Adversos. • Bien o servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del Plan de beneficios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN), cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del Comité Técnico Científico CTC DISAN (El concepto de favorabilidad para estos casos que emita el CTC, obrará como herramienta de mejoramiento y supervisión, más no como causal de no pago). • Las contempladas en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen. • El incumplimiento al decreto 2242 de 2015, la Resolución No 000020 de 26-03-2019 • expedida por la Dirección de Impuesto y Aduanas Nacionales DIAN y circular CR-016 Proceso de Recepción de Facturas Electrónicas de Venta, Notas Débito y notas Crédito, expedida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION FINANCIERA SIIF NACION). • El incumplimiento del Prestador del Servicio de Salud de la Red externa, no realice el cargue de los **Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)** en el módulo de radicación cuentas médicas de la Dirección de Sanidad, (RECUM). **NOTA - PLATAFORMA SECOP II:** El oferente a quien se le adjudique el presente proceso deberá cargar la respectiva cuenta de cobro en la PLATAFORMA SECOP II, con el fin de que esta sea verificada por el supervisor del contrato y poder realizar el respectivo pago.
ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS	Las contenidas en el Anexo No. 5 de la presente Invitación

SUPERVISOR DEL CONTRATO

La supervisión del Contrato, que se llegue a suscribir como resultado de la definición del proceso de contratación estará a cargo del secretario del ESPRI Garzon o quien haga sus veces o quien con posterioridad sea designado por el ordenador del gasto, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo con las funciones asignadas para el efecto, teniendo en cuenta lo descrito en la Ley 1474 de 2011 y la Resolución 00090 del 15 de enero de 2018 *"Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional adoptado mediante Resolución 03049 de 2014"*.

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS: Las contenidas en el anexo No. 1 de la presente invitación.

OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA: Las contenidas en el anexo No. 3

OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL: Las contenidas en el anexo No. 4

MINUTA DEL CONTRATO: Ver anexo No. 6

3. CRONOLOGÍA DEL PROCESO

ENTREGA DE LAS PROPUESTAS	**Lugar:** La propuesta debe ser cargada mediante la plataforma del SECOP II dentro de los tiempos estipulados. **Fecha: CRONOGRAMA SECOP II**

	Hora: CRONOGRAMA SECOP II
EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA	Dentro de los cuatro (02) días hábiles siguientes al recibo de la oferta.
PLAZO PARA OBSERVACIONES Y PARA PRESENTAR DOCUMENTOS HABILITANTES	El plazo será de dos (02) días hablies, contados a partir del informe de resultados de evaluación de las propuestas.
EXPEDICIÓN, NOTIFICACIÓN DEL ACTO ADMINISTRATIVO DE ADJUDICACIÓN	Dentro de los cinco (03) días hábiles siguientes al plazo de las observaciones
FIRMA DEL CONTRATO	Dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la notificación del acto administrativo de adjudicación.

1. REQUISITOS HABILITANTES

El proponente deberá presentar su oferta mediante la Plataforma del SECOP II y con los siguientes documentos:

- ✓ Carta de Presentación de la Propuesta (Diligenciar formato adjunto "**(Formulario No 1)**
- ✓ Diligenciar compromiso anticorrupción **(formulario No. 2)**.
- ✓ Documento legal (Ley, Decreto, Ordenanza, Resolución, etc) que acredite la existencia de la entidad pública a la cual se invita.
- ✓ Acto Administrativo de nombramiento y Acta de Posesión del Representante Legal.
- ✓ Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del representante Legal
- ✓ Registro Único Tributario.
- ✓ La Policía Nacional consultará el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República de la firma y del Representante Legal.
- ✓ La Policía Nacional consultará en el Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas (RNMC) que las personas naturales, los representantes legales de personas jurídicas y/o de quien en nombre de la persona jurídica presente la oferta, no se encuentren reportados en esta base de datos por comportamientos contrarios a la convivencia (Ley 1801 de 2016).
- ✓ Certificación de Aportes Parafiscales suscrito por el Representante Legal, o Revisor Fiscal.
- ✓ Certificado de capacidad instalada de la ESE.
- ✓ Certificado de habilitación de los servicios prestados.
- ✓ Certificación Bancaria Vigente.
- ✓ Resolución, acuerdo o circular de las tarifas de traslado de ambulancias vigencia 2021.
- ✓ La Policía Nacional consultará el Certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación del representante legal.
- ✓ DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA (Diligenciar formato adjunto "**Formulario No 3**")
- ✓ La Policía Nacional consultará el Certificado de antecedentes judiciales del oferente o su representante legal.
- ✓ Diligenciamiento del **Formulario No 4** "COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL".
- ✓ Anexar certificación o Constancia de la administradora de riesgos laborales (ARL).
- ✓ Diligenciamiento y firma del **Anexo No 1** CONDICIONES TECNICAS MÍNIMAS HABILITANTES
- ✓ Diligenciamiento y firma **Anexo No 2** oferta económica.
- ✓ Diligenciamiento y firma **Anexo No 3** obligaciones del contratista.
- ✓ Modelo atencion en salud de la ESE.
- ✓ Portafolio de servicios de la ESE.
- ✓ Diligenciar el **anexo 7** certificacion de la capacidad operativa e instalaciones

EVALUACIÓN TÉCNICA.

Para la evaluación técnica se tendrán en cuenta las especificaciones técnicas minimas relacionadas en el Anexo No. 1, los cuales serán evaluados como CUMPLE o NO CUMPLE.

EVALUACIÓN ECONÓMICA.

De conformidad con los procesos de contratación directa, **la evaluación se realizará teniendo en cuenta que la propuesta económica no supere el presupuesto oficial asignado para el presente proceso.**

Los precios establecidos son considerados como techo, por lo tanto no podrán ser superados.

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

Atentamente,

Mayor **CRISTIAN HERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO**
Jefe Regional de Aseguramiento En Salud Nº 2

Realizado por: SI Edier Cedeño Rivas / Analista de contratos
Revisado por: TE Mayerline Olave Cubides/ Jefe Grupo de contratos
CT Ciro Andres Correa Hermida / Jefe área administrativa
Aprobado por: CPS. Laura Victoria Bernal Lugo / Abogada Oficina De Contratos
Fecha de Elaboración: Marzo de 2022

Carrera 22 Sur No. 26 A - 21
Teléfonos 8664545 Ext. 6418
deuil.upres-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

ANEXO No. 1

CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS HABILITABLES

LOS SIGUIENTES REQUISITOS SON MÍNIMOS; POR TAL RAZÓN, DEBERÁN PRESENTARSE Y ACREDITARSE AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS:

Si bien, las entidades deben cumplir con lo establecido en el anexo No.2 "***CONDICIONES TECNICAS QUE DEBEN CUMPLIR TODOS LOS OFERENTES***", también cada entidad debe cumplir con los siguientes servicios y procedimientos. Además, el suministro de medicamentos será de conformidad a lo estipulado en el ACUERDO 052 DEL 03 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP (Manual Único de Medicamentos y terapéutica para las Fuerzas Militares y Policia Nacional y prestación de servicios de salud contemplados en el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial (Acuerdo 002 del 27 abril 2001).

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA – LISTADO DE OFERTA LISTADO DE SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS.

NO.	CODIGOS CUPS	PROCEDIMIENTO	CUMPLE	NO CUMPLE
1	NO APLICA	TOMA DE MUESTRAS LABORATORIO UN SOLO TUBO (CON O SIN TRASPORTE DEL TUBO AL MUNICIPIO DE GARZÓN)		
2	NO APLICA	TOMA DE MUESTRAS LABORATORIO DOS TUBOS (CON O SIN TRASPORTE DEL TUBO AL MUNICIPIO DE GARZÓN)		
3	NO APLICA	TOMA DE MUESTRAS LABORATORIO TRES TUBOS (CON O SIN TRASPORTE DEL TUBO AL MUNICIPIO DE GARZÓN)		
4	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL TODOS LOS CUADRANTES EN UNA SOLA SECCIÓN ODONTOLÓGICA		
5	861801	IMPLANTE SUBDERMICO (INCLUYE COLOCACIÓN Y DEL DISPOSITIVO)		
6	861203	RETIRO DE IMPLANTE SUBDERMICO		
7	NO APLICA	APLICACIÓN DE VACUNAS INCLUIDAS EN EL PAI		
8	906249	PRUEBA RÁPIDA DE HIV		
9	892901	TOMA DE CITOLOGÍA VAGINAL		
10	NO APLICA	OXIGENO POR LITRO		
11	NO APLICA	GLUCOMETRÍA (TIRILLA)		

COD SOAT	COD CUPS	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
		AGUDEZA VISUAL		
60403	950601	MEDICIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL		
		CONSULTA MEDICINA GENERAL		
39141	890201	CONSULTA POR MEDICINA GENERAL PRIMERA VEZ		
	890201	CONSULTA DE CONTROL DE SEGUIMIENTO DE PROGRAMA POR MEDICINA GENERAL		
		DETECCIÓN ALTERACIONES DEL EMBARAZO		
990113	890305	CONSULTA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO X ENFERMERÍA		
890301	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL ATENCIÓN MEDICA CONSEJERÍA VIH		
990113	890308	CONTROL Y SEGUIMIENTO GESTANTE POR PSICOLOGÍA		
990113	890108	ATENCIÓN VISITA DOMICILIARIA POR PSICOLOGÍA		
A22001	890114	ATENCIÓN VISITA DOMICILIARIA POR PROMOTORA		
		DEMANDA INDUCIDA		
	A22001	IDENTIFICACIÓN Y CANALIZACIÓN EFECTIVA DE LA POBLACIÓN HACÍA LA DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA (POR USUARIO Y POR PROGRAMA.)		

TARIFAS LABORATORIO CLINICO

CÓDIGO	CUPS	EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO CLÍNICO	UVR	CUMPLE	NO CUMPLE
19017	903801	ÁCIDO ÚRICO	0,56		
19157	901101	BACILOSCOPIA	0,53		
19169	903809	BILIRRUBINA DIRECTA	0,35		
19170	903809	BILIRRUBINA TOTAL	0,45		
19237	903816	COLESTEROL HDL	0,84		
19241	903817	COLESTEROL LDL	0,99		
19242	903818	COLESTEROL TOTAL	1,02		
19267	907002	COPROLÓGICO	0,33		
19273	907004	COPROSCÓPICO (INCLUYE: PH SANGRE AZUCARES REDUCTORES Y PARÁSITOS)	1,3		
19290	903802	SUERO ORINA Y OTROS	0,48		
19304	902207	CUADRO HEMÁTICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	0,83		
19323	903844	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA (5 MUESTRAS)	2,3		
19353	904506	EMBARAZO PRUEBA CUALITATIVA POR (RIA ELISA O EN PLACA MONOCLONAL)	1,62		
19490	903841	GLUCOSA (EN SUERO LCR OTROS FLUIDOS)	0,5		
19497	901107	GRAM TINCIÓN Y LECTURA (CUALQUIER MUESTRA)	0,43		
19505	902211	HEMATOCRITO	0,15		
19509	911015	HEMOCLASIFICACIÓN (GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH)	1,06		

19517	902213	HEMOGLOBINA CONCENTRACIÓN DE	0,31		
19582	901305	HONGOS EXAMEN DIRECTO (KOH)	0,48		
19749	903856	NITRÓGENO UREICO	0,4		
19775	907106	PARCIAL DE ORINA INCLUIDO SEDIMENTO	0,53		
19868	907008	SANGRE OCULTA EN MF	0,25		
19878	906249	SIDA ANTICUERPOS VIH 1.	2,87		
19886	906407	SÍFILIS SEROLOGÍA PRESUNTIVA (CARDIOLIPINA O VDRL)	0,53		
19940	903868	TRIGLICÉRIDOS	0,56		

TARIFAS DE TRASLADO AMBULANCIA

Servicio Primario	Codigo	Tarifa S.M.L.D.V	CUMPLE	NO CUMPLE	NO CUMPLE
Transporte primario **Urbano o Rural**, desde el sitio de la urgencia al Hospital. (Solo aplica para SOAT)	601T01	10	$ 333.300		

SMDLV: $ 33.333.00

Traslado asistencial básico terrestre secundario desde Suaza Huila A:

Municipio	Servicio de Ambulancia		SMDLV $ 33.333.00	SUBTOTAL	Servicio de Ambulancia con Medico Acompañante		CUMPLE	NO CUMPLE
	Codigo	Tarifa S.M.L.D.V			Codigo	Tarifa S.M.L.D.V		
Acevedo	601T02-1	11	33.333	366.700	601T02-1M	19		
Altamira	601T02-2	11	33.334	366.700	601T02-2M	19		
Bogotá	601T02-3	96	33.335	3.200.200	601T02-3M	179		
Florencia	601T02-4	35	33.336	1.166.800	601T02-4M	49		
Guadalupe	601T02-5	12	33.337	400.000	601T02-5M	19		
Garzón	601T02-6	16	33.338	533.400	601T02-6M	36		
Neiva	601T02-7	52	33.339	1.733.600	601T02-7M	69		
Pitalito	601T02-8	19	33.340	633.500	601T02-8M	33		

Servicio de disponibilidad de ambulancia por hora:

Codigo	Concepto	Tarifa S.M.L.D.V	SMDLV $ 33.333.00	SUBTOTAL	CUMPLE	NO CUMPLE
601T01-3	Ambulancia quieta	14	33.333	466.700		
601T01-4	Ambulancia en movimiento	18	33.333	600.000		

Valor por Kilometro: **$17.100.00**

TARIFAS DE MEDICAMENTOS E INSUMOS MEDICOS

CODIGOS POLIMA	NOMBRE GENERICO	FORMA FARMACEUTICA	CUMPLE	NO CUMPLE
20064694-01	ABACAVIR 300MG TABLETAS	UNIDAD		
20016991-02	ABACAVIR SOLUCION ORAL 200MG/ML	FRASCO		
19929516-05	ACETAMINOFEN JARABE X 150 MG/5ML	JARABE		
19929516-05	ACETAMINOFÉN SOLUCIÓN ORAL 100 MG/ ML (1	GOTAS		
19935303-04	ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG	TABLETA O CAPSULA		
19936296-08	ACETIL SALICILICO ACIDO 100 MG TABLETAS	TABLETA O CAPSULA		
57693-02	ACICLOVIR CREMA 5%	UNIDAD		
209835-06	ACICLOVIR TABLETA 200 MG	TABLETA O CAPSULA		
21740-3	ACIDO ASCORBICO SOLUCION ORAL 100 MG	GOTAS		
4098-2	ACIDO ASCORBICO TABLETA 500 MG	TABLETA O CAPSULA		
35662-18	ACIDO FOLICO TABLETA 1 MG	TABLETA O CAPSULA		
20105871-01	ACIDO TRANEXAMICO 500MG/5ML	AMPOLLA		
20041806-1	AGUA ESTERIL PARA INYECCIÓN SOL X 10ML	AMPOLLA		
19928206-01	AGUA ESTÉRIL PARA INYECCIÓN SOL X 5 ML	SUSPENSION		
20070768	AGUJA HIPODERMICA 18G 1	UNIDAD		
19928206-01	ALBENDAZOL SUSPENSIÓN ORAL 100	SUSPENSION		
19908202-02	ALBENDAZOL TAB X 200	TABLETA O CAPSULA		
20041740-01	ALFAMETILDOPA 250MG	UNIDAD		
11415-04	ALOPURINOL TABLETA 300 MG	TABLETA O CAPSULA		
020012841-01N05BA12	ALPRAZOLAM 0.25 MG TABLETAS	CAJAS		
227600-01	ALPRAZOLAM TABLETAS 0.5MG	TABLETA O CAPSULA		
19946928-01	ALUMINIO ACETATO POLVO TÓPICO PH4.2	POLVO		
19994652-01	AMINOFILINA SOLUCIÓN INYECTABLE 240 MG	AMPOLLA		
19992832-01	AMIODARONA AMPOLLA150MG	AMPOLLA		
20043928-01	AMIODARONA CLORHIDRATO TABLETA 200 MG	TABLETA O CAPSULA		
17144-09	AMITRIPTILINA 25 MG TABLETAS	UNIDAD		
55895-06	AMLODIPINO TABLETAS 5MG	TABLETA O CAPSULA		

33492-01	AMOXICILINA SUSPENSION ORAL 250 MG	SUSPENSION		
33496-09	AMOXICILINA TABLETA O CAPSULA 500 MG	CAPSULA		
230357-01	AMPICILINA 250 MG SUSPENSION ORAL	SUSPENSION		
23598-1	AMPICILINA CAPSULAS 500 MG	CAPSULA		
210544-3	AMPICILINA SODICA + SULBACTAM SODICO 1G + 0.5G SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA		
220025-24	AMPICILINA X 1 G AMPOLLA	AMPOLLA		
20012114	APOSITO OCULAR	UNIDAD		
19963352-15	ATORVASTATINA TABLETAS 20MG	TABLETA O CAPSULA		
19930287-01	ATROPINA SULFATO SOLUCIÓN INYECTABLE 1MG/1ML	AMPOLLA		
19970782-01	AZITROMICINA 200MG/5ML SUSPENSION ORAL	UNIDAD		
210571-02	AZITROMICINA TABLETA 500MG	TABLETA O CAPSULA		
19915443-1	BECLOMETASONA DIP. LIQUIDO PARA INHALACION X 50 MCG	INHALADOR		
19935124-2	BECLOMETASONA DIP. SOLUCION BUCAL 250MG	UNIDAD		
19916564-01	BECLOMETAZONA DIP. SOLUCION PARA INHALACION NASAL	SOLUCION NASAL		
19908311-1	BENCILO BENZOATO LOCIÓN 25%	LOCION		
19936836-03	BETAMETASONA CREMA 005%	CREMA		
19953548-07	BETAMETASONA X 8 MG SOLUCIÓN INYECTABLE	AMPOLLA		
19900906-12	BIPERIDENO CLORHIDRATO TABLETA 2 MG	TABLETA O CAPSULA		
32841-01	BIPERIDENO LACTATO SOLUCIÓN INYECTABLE	AMPOLLA		
19948326-10	BISACODILO TABLETA RECUBIERTA 5 MG	TABLETA O CAPSULA		
19997087	BOLSA DRENAJE URINARIO (CYSTOFLO)	UNIDAD		
20142109	BOLSA RECOLECTORA ORINA PED	UNIDAD		
43910-03	BROMOCRIPTINA TABLETA 25 MG	TABLETA O CAPSULA		
19945555-01	BROMURO DE IPRATROPIO 25MG/100ML SOLICION PARA NEBULIZAR	FRASCO		
20005920	BROMURO DE ROCURONIO 5 ML	AMPOLLA		
19936614-02	BROMURO DE VECURONIO 10MG/25ML	AMPOLLA		
30969-05	CALCIO CARBONATO TABLETA 600 MG	TABLETA O CAPSULA		
20039073	CALCIO GLUCONATO SOLUCIÓN INYECTABLE 10%	AMPOLLA		
20041501	CANULA DE GUEDELL N 3	UNIDAD		
20041501-01	CANULA DE GUEDELL N 5 ADULTO	UNIDAD		
20041501-02	CANULAS DE GUEDELL N 2	UNIDAD		
19967881	CANULAS DE OXIGENO ADULTO	UNIDAD		
19967881	CANULAS DE OXIGENO PEDIATRICAS	UNIDAD		
54972-03	CAPTOPRIL 25 MG TABLETAS	TABLETA O CAPSULA		
50506-07	CAPTOPRIL 50 MG TABLETAS	TABLETA O CAPSULA		
56106-3	CARBAMAZEPINA 100MG/5ML SUSPENSION ORAL	SUSPENSION		
44969-09	CARBAMAZEPINA TABLETA 200 MG	TABLETA O CAPSULA		
N.A	CARBON ACTIVADO X KILO	UNIDAD		
20034018-02	CARBONATO DE CALCIO + D 1500MG+200UI	TABLETA O CAPSULA		
20005748-07	CARVEDILOL TABLETAS 6.25 MG	UNIDAD		
19967622	CATETER INTRAVENOSO N 16	UNIDAD		
19967622	CATETER INTRAVENOSO N 18	UNIDAD		
19967622	CATETER INTRAVENOSO N 20	UNIDAD		
19967622	CATETER INTRAVENOSO N 22	UNIDAD		
19967622	CATETER INTRAVENOSO N 24	UNIDAD		
19911823-1	CEFALEXINA SUSPENSIÓN ORAL 250 MG / 5 ML	UNIDAD		
1980539-2	CEFALEXINA TABLETA Ó CÁPSULA 500 MG	CAPSULA		
19947909-1	CEFRADINA AMPOLLAS 1G	AMPOLLA		
20051014-3	CEFRADINA TABLETA Ó CÁPSULA 500 MG	CAPSULA		
20028604-02	CEFTRIAXONA AMPOLLA 1 GRAMO	UNIDAD		
218560-03	CEFUROXIMA 250MG/5ML SUSPENSION ORAL	SUSPENSION		
32856-3	CIANOCOBALAMINA AMPOLLA 1MG/ML	AMPOLLA		
20054318-03	CIPROFLOXACINA 500 MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA		
19913325-02	CIPROFLOXACINA SOLUCION INYECTABLE 100MG/10ML	AMPOLLA		
14446-10	CLARITROMICINA 500 MG	TABLETA O CAPSULA		
1980803-03	CLINDAMICINA 600MG/4ML SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA		
19934941-15	CLONAZEPAM 0.5MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA		
19934941-15	CLONAZEPAM 2MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA		
19995299-07	CLONIDINA TABLETA 0 150MG	TABLETA O CAPSULA		
20056052-04	CLOPIDROGEL TABLETA 75MG	TABLETA O CAPSULA		
19942216-01	CLORFENIRAMINA MALEATO JARABE 2 MG/5ML	JARABE		
19905423-1	CLORFENIRAMINA TABLETA 4MG	TABLETA O CAPSULA		
19973372-03	CLOROQUINA FOSFATO TAB 250MG	TABLETA O CAPSULA		
19905384-1	CLORURO DE POTASIO SOL. INYECTABLE 2MEQ/ML	AMPOLLA		
211361-03	CLORURO DE SODIO SOL INYEC 2MEQ/ML	AMPOLLA		
21475-02	CLOTRIMAZOL 1% CREMA VAGINAL	CREMA VAGINAL		
19912977-02	CLOTRIMAZOL CREMA 1%	CREMA		
19967248-02	CLOTRIMAZOL OVULOS O TABL VAGINALES X100MG	OVULOS		
19974655-03	CLOZAPINA 100MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA		
20010760-04	COLCHICINA BALFTABLETA 05 MG	TABLETA O CAPSULA		
20013455-1	COLISTINA+HIDROCORTISONA+NEOMICINA SOL OTICA	GOTAS		
19944779-1	CORTICOIDE + NEOMICINA + POLIMIXINA SOL. OFTALMICA	GOTAS		
38997-05	CORTICOIDE UNGÜENTO PROCTOLOGICO	TUBO		
19954188	CROMOGLICATO DE SODIO 40MG/ML 4% SOL NASAL	UNIDAD		
19933225	CROMOGLICATO DE SODIO SOLUCIÓN OFTÁLMICA 2%	UNIDAD		
19950543-01	CROMOGLICATO DE SODIO SOLUCIÓN OFTALMICA AL 4%	FRASCO		
19950378-04	CROTAMITON LOCIÓN 10%	LOCION		
20016112	CUELLO ORTOPEDICO ADULTO	UNIDAD		
20016112	CUELLO ORTOPEDICO PEDIATRICO	UNIDAD		

20019105-10	DEXAMETASONA FOSFATO 8 MG/2 ML	AMPOLLA		
25503-02	DEXTROSA AL 5 % Y CLORURO DE SODIO AL 0.9%	BOLSA		
1982214-02	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 10% SOL X 500 CC	BOLSA		
29522-04	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 5% SOL. X 500 CC	UNIDAD		
20005908-01	DIAZEPAM SOLUCIÓN INYECTABLE 10 MG	AMPOLLA		
19992190-03	DICLOFENACO 75 MG / 3 ML SOLUCION INYECTABLE	UNIDAD		
19940375-06	DICLOFENACO TABLETA 50 MG	UNIDAD		
19953925-07	DICLOXACILINA CÁPSULA 500 MG	CAPSULA		
228279-01	DICLOXACILINA SUSPENSIÓN ORAL 250MG/5ML	SUSPENSION		
19919306-2	DIFENHIDRAMINA JARABE	JARABE		
19997996-01	DIGOXINA 0.75 MG/ML SOL ORAL	SOLUCION ORAL		
20052758-02	DIGOXINA SOLUCIÓN INYECTABLE 025 MG /	AMPOLLA		
31838-1	DIGOXINA TABLETA 025 MG	TABLETA O CAPSULA		
19912860-1	DIHIDROCODEINA JARABE 2.42MG/ML	UNIDAD		
19913783-47	DIMENHIDRINATO TABLETA 50 MG	TABLETA O CAPSULA		
19959402-08	DIPIRONA 2.5 G + HIOSCINA 20 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE	UNIDAD		
20006845-09	DIPIRONA SOLUCION INYECTABLE 2 G/2ML	UNIDAD		
19941379	DOBUTAMINA AMPOLLA 250MG/20ML	AMPOLLA		
20071938-01	DOLUTEGRAVIR SODICO TABLETAS RECUBIERTAS	TABLETA O CAPSULA		
19930858-2	DOXICICLINA TABLETA Ó CÁPSULA 100 MG	TABLETA O CAPSULA		
19972643	ELECTRODOS	UNIDAD		
44569-25	ENALAPRIL 20 MG TABLETAS	TABLETA O CAPSULA		
40113-37	ENALAPRIL 5 MG TABLETAS	TABLETA O CAPSULA		
207346-2	ENEMAS SOLUCION SALINA 25% X 1000ML	ENEMA		
19993730-01	ENOXAPARINA SODICA 40MG/4ML	UNIDAD		
20032463-01	EPINEFRINA 1MG71ML	AMPOLLA		
20131515	EQUIPO DE BURETROL	UNIDAD		
20169021	EQUIPO DE MACROGOTEO	UNIDAD		
20027153	EQUIPO DE MICROGOTEO	UNIDAD		
19912966-07	ERGOTAMINA 100MG + CAFEÍNA 1MGTABLETA Ó CÁPSULA	TABLETA O CAPSULA		
18933-10	ERITROMICINA 500 MG TABLETAS	TABLETA O CAPSULA		
25798-03	ERITROMICINA SUSPENSIÓN X 250 MG / 5 ML	SUSPENSION		
19950313-2	ESOMEPRAZOL TABLETA O CAPSULA 20MG	TABLETA O CAPSULA		
20124026	ESPECULOS DESECHABLES PARA CITOLOGIA	UNIDAD		
19950985-01	ESPIRAMICINA TABLETAS 3.000.000 UI	TABLETA O CAPSULA		
19973061-05	ESPIRONOLACTONA 25 MG TABLETAS	TABLETA O CAPSULA		
20010390-01	ESTRÓGENOS TAB CONJUG. Ó ASOC.X 0.625 MG	TABLETA O CAPSULA		
19990588-06	FENITOÍNA SÓDICA SOLUCIÓN INYECTABLE 250MG X 5ML	AMPOLLA		
20043387-02	FENITOÍNA SÓDICA TABLETA Ó CÁPSULA 100 M	CAPSULA		
19905549-01	FENOBARBITAL 100MG TABLETAS	TABLETA O CAPSULA		
20108399-01	FENOBARBITAL ELIXIR 20 MG / 5 ML (04%)	ELIXIR		
20008611-01	FENOBARBITAL SÓDICO SOLUCIÓN INYECTABLE	AMPOLLA		
20014670-01	FENTANILO 0.5MGR/10ML	AMPOLLA		
19961688-02	FITOMENADIONA (VITAMINA K1) SOLUCIÓN INYECTABLE1MG/1ML	AMPOLLA		
11837-1	FLUCONAZOL CÁPSULA 200 MG	TABLETA O CAPSULA		
19982059-01	FLUIMUCIL	FRASCO		
19956947-07	FLUOXETINA TABLETA 20 MG	TABLETA O CAPSULA		
20011388-13	FUROSEMIDA SOLUCIÓN INYECTABLE 20 MG /	AMPOLLA		
42216-13	FUROSEMIDA TABLETA 40 MG	TABLETA O CAPSULA		
1981505-13	GEMFIBROZIL TABLETA 600 MG	TABLETA O CAPSULA		
19988977-04	GENTAMICINA 160 MG SOLUCIÓN INYECTABLE	AMPOLLA		
19988939-04	GENTAMICINA 80 MG SOLUCIÓN INYECTABLE	AMPOLLA		
19932412-1	GENTAMICINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	GOTAS		
20069305-07	GLIBENCLAMIDA TABLETAS 5MG	TABLETA O CAPSULA		
	GLUCOMETRO ACCU CHEK ACTIVE			
19999331-01	HALOPERIDOL SOL ORAL 2MG/ML	GOTAS		
11417-1	HALOPERIDOL SOLUCIÓN INYECTABLE 5 MG /	UNIDAD		
19940398-02	HALOPERIDOL TABLETA 5 MG	TABLETA O CAPSULA		
20029707-03	HEPARINA SÓDICA SOLUCIÓN INYECTABLE 5000UI/ML X 5ML	AMPOLLA		
34162-07	HIDROCLOROTIAZIDA TABLETA 25 MG	UNIDAD		
19940721-13	HIDROCORTISONA AMPOLLAS 100 MG	AMPOLLA		
40194-02	HIDROCORTISONA CREMA 1%	UNIDAD		
20067505-04	HIDROXICINA 100 MG SOL INYECTABLE	AMPOLLA		
19977699-03	HIDROXIDO DE ALUMINIO + MAGNESIO SUSP 4%	UNIDAD		
20132464	HUMEDIFICADORES	UNIDAD		
51330-06	IBUPROFENO TABLETA 400 MG	UNIDAD		
19969493-01	IMPLANON NXT 68 MG	UNIDAD		
19914262-04	INSULINA GLARGINA 100UI/ML (10 ml)	AMPOLLA		
19950478	INSULINA GLULISINA SOLUCION INYECTABLE 100UI/ML	SOLUCION INYECTABLE		
20021158-1	INSULINA ZINC CRISTALINA100UI/ML	AMPOLLA		
19901469-2	INSULINA ZINC N.P.H. SUSPENSIÓN INYECTAB100UI	AMPOLLA		
19965437-01	IODOPOVIDONA SOLUCIÓN TÓPICA	LOCION		
19938287-1	IPRATROPIO BROMURO AEROSOL 002 MG / DO	UNIDAD		
19951877-04	ISOSORBIDE DINITRATO TABLETA 10 MG	TABLETA O CAPSULA		
19931807	JERINGA X 1 CC	UNIDAD		
41809	JERINGA X 10 CC	UNIDAD		
41809	JERINGA X 5 CC	UNIDAD		
19991627	JERINGA X 50 C.C.	UNIDAD		
19918847-02	KETOCONAZOL TABLETA 200 MG	TABLETA O CAPSULA		
19984823-01	KETOTIFENO JARABE 1 MG / 5 ML	UNIDAD		

1981073-3	KETOTIFENO TABLETA 1MG	TABLETA O CAPSULA		
19900990-1	LABETALOL 5MG/ML (0.5%) SOL. INYECTABLE	AMPOLLA		
19942561-03	LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE (SOLUCION HARTMANN)	UNIDAD		
19975104-03	LAMIVUDINA 10MG/ML SOLUCION ORAL	SOLUCION ORAL		
20001515-03	LAMOTRIGINA TABLETA 100MG	TABLETA O CAPSULA		
19935577-3	LEVODOPA+CARBIDOPA 25MG/250MG	TABLETA O CAPSULA		
19959695-3	LEVOMEPROMAZINA SOLUCION ORAL 4%	GOTAS		
19905097-03	LEVOMEPROMAZINA TABLETA 25 MG	TABLETA O CAPSULA		
19981474-02	LEVONORGESTREL + ETINILESTRADIOL 003MG+015MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA		
19989785-07	LEVONORGESTREL MICRONIZADO 75 MG IMPLANTE SUBDERMICO (JADELLE)	IMPLANTE SUBDERMICO		
42722-08	LEVOTIROXINA TABLETAS 100MCG	TABLETA O CAPSULA		
19960116-02	LEVOTIROXINA TABLETAS 50MCG	UNIDAD		
50709-04	LIDOCAINA AEROSOL 80G/83ML	FRASCO		
19980849-1	LIDOCAÍNA CLORHIDRATO GEL O JALEA 2%	UNIDAD		
218168-03	LIDOCAÍNA CON EPINEFRINA FRASCO	FRASCO		
31540-06	LIDOCAINA SIN EPINEFRINA FRASCO	FRASCO		
20018308-01	LITIO CARBONATO TABLETA CAPSULA 300MG	TABLETA O CAPSULA		
34537-02	LOPERAMIDA CLORHIDRATO TABLETA 2MG	TABLETA O CAPSULA		
19911481-01	LOPINAVIR + RITONAVIR 80MG+20MG SUSP	FRASCO		
19967068-01	LOPINAVIR + RITONAVIR TABLETA 200MG + 50MG	TABLETA O CAPSULA		
19900990-1	LORATADINA JARABE 100ML	JARABE		
19907271-1	LORATADINA TABLETA 10 MG	UNIDAD		
19914657-05	LORAZEPAM 2 MG TAB	TABLETA O CAPSULA		
20123643-17	LOSARTAN POTASICO TABLETAS 100MG	UNIDAD		
19965499-11	LOSARTAN TABLETA RECUBIERTA 50MG	TABLETA O CAPSULA		
20034926-04	LOVASTATINA TABLETA 20 MG	TABLETA O CAPSULA		
19975028	MASCARILLA DE VENTURY ADULTO	EQUIPO		
19975028	MASCARILLA DE VENTURY PEDIATRICA	EQUIPO		
19997693-1	MEBENDAZOL SUSPENSIÓN ORAL 100MG / 5 ML	SUSPENSION		
35811-02	MEBENDAZOL TABLETA 100 MG	TABLETA O CAPSULA		
13854-02	MEDROXIPROGESTERONA + ETINILESTRADIOL 25MG 5MG SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA		
19997397-02	MEDROXIPROGESTERONA AMPOLLA	AMPOLLA		
19999216-01	MEDROXIPROGESTERONA TABLETA 5 M	TABLETA O CAPSULA		
20008613-01	MEPERIDINA SOL. INYECTABLE 100MG/2ML	AMPOLLA		
19905554-12	METFORMINA TABLETA 850 MG	UNIDAD		
37193-01	METILERGOMETRINA MALEATO AMPOLLA 0.2 MG	AMPOLLA		
20025656-06	METIMAZOL TABLETA 5 MG	TABLETA O CAPSULA		
19948280-04	METOCARBAMOL TABLETA 750 MG	UNIDAD		
19903576-03	METOCLOPRAMIDA SOLUCIÓN INYECTABLE10MG/2ML	UNIDAD		
19930423-02	METOCLOPRAMIDA SOLUCION ORAL (GOTAS)4MG/ML	GOTAS		
19941418-04	METOCLOPRAMIDA TABLETA 10 MG	TABLETA O CAPSULA		
19976470-03	METOPROLOL 50 MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA		
20149724-01	METOPROLOL AMPOLLA 5 MG	AMPOLLA		
19924180-2	METOPROLOL TABL X 100 MG	TABLETA O CAPSULA		
19927154-07	METOTREXATE TAB 2.5 MG	TABLETA O CAPSULA		
19906811-4	METRONIDAZOL 250 MG SUSPENSION	UNIDAD		
1983837-03	METRONIDAZOL OVULOS	OVULOS		
1983837-03	METRONIDAZOL X 500 MG TABLETAS	TABLETA O CAPSULA		
19975025	MICRONEBULIZADOR ADULTO	UNIDAD		
20084647	MICRONEBULIZADOR PEDIATRICO	UNIDAD		
19944864-03	MIDAZOLAM SOLUCIÓN INYECTABLE 5 MG / 5	AMPOLLA		
19914260-03	MISOPROSTOL TABLETAS 200 MICROGRAMOS	TABLETA O CAPSULA		
20013906-01	MORFINA 10MG/ML	AMPOLLA		
19986585-02	NAPROXENO SUSPENSION ORAL 150 MG / 5 ML	SUSPENSION		
17145-18	NAPROXENO TABLETA O CAPSULA 250 MG	TABLETA O CAPSULA		
19949535-02	N-BUTIL BROMURO DE HIOSCINA 10MG TABLETAS	TABLETA O CAPSULA		
19926478-05	N-BUTIL BROMURO DE HIOSCINA 20 MG. / 1 ML.	AMPOLLA		
19948580-02	NIFEDIPINA X 10 MG TABLETAS Ó CAP			
20025310-02	NIFEDIPINA X 30 MG TABLETAS Ó CAP	CAPSULA		
40927-14	NIMODIPINO 30MG	TABLETA O CAPSULA		
20102153-02	NISTATINA OVULO O TABLETA VAGINAL 100.00	TABLETAS VAGINALES		
19956538-1	NISTATINA SUSPENSIÓN ORAL 100000 UI /	SUSPENSION		
19985876-02	NITROFURANTOÍNA TABLETA Ó CÁPSULA 100 MG	CAPSULA		
19905208-1	NITROGLICERINA AMPOLLA 50MG/10ML	AMPOLLA		
24967-01	NITROPUSIATO DE SODIO SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA		
19940783-01	NOREPINEFRINA AMPOLLA 4MG/ML	AMPOLLA		
20028243-05	NORFLOXACINO 400 MG TABLETAS	TABLETA O CAPSULA		
19922566-10	OMEPRAZOL 40 MG	AMPOLLA		
20035947-28	OMEPRAZOL CÁPSULA 20 MG	CAPSULA		
20049275-02	OXACILINA AMPOLLAS 1G	UNIDAD		
22201	OXIGENO MEDICINAL POR LITRO	LITRO		
20018967-01	OXIMETAZOLINA SOLUCIÓN NASAL 025 MG /	UNIDAD		
19915399-04	OXITOCINA SOLUCIÓN INYECTABLE 10 U.I. /	AMPOLLA		
20054699-03	PEN. G BENZATINICA 2.400.000 UI	AMPOLLA		
219603-07	PEN.G BENZATINICA 1200000 AMPOLLAS	AMPOLLA		
19995692-01	PEN.G PROCAÍNICA POLVO 800000 AMPOLLAS	AMPOLLA		
218000-10	PEN.G SÓDICA 5000000. AMPOLLAS	AMPOLLA		
220027-13	PENICILINA G SODICA 1.000.000 UI AMPOLLA	AMPOLLA		

20020831-03	PIPOTIAZINA 25MG/ML	AMPOLLA		
19902915-2	PIRANTEL PAMOATO TABLETA 250MG	TABLETA O CAPSULA		
13649-1	PIRANTEL SUSPENSIÓN 250MG/5ML	SUSPENSION		
20057639-11	PIRIDOXINA CLORHIDRATO 50MG TABLETAS	TABLETA O CAPSULA		
19989785-07	POSTDAY 0.75MG	TABLETA O CAPSULA		
19961372-07	PRAZOSINA TABLETA 1 BACETMG	TABLETA O CAPSULA		
19984620-01	PREDNISOLONA ACETATO 1%+FENILEFRINA CLORHIDRATO 012%	UNIDAD		
20011084-05	PREDNISOLONA TABLETA 5 MG	UNIDAD		
205556	PRESERVATIVOS	UNIDAD		
19978181-10	PROPANOLOL 40 MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA		
35619-03	PROPANOLOL 80 MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA		
20060996-01	RALTEGRAVIR 100MG	TABLETA O CAPSULA		
20060995-1	RALTEGRAVIR 25MG	TABLETA O CAPSULA		
1998842-1	RALTEGRAVIR Tab 400mg	UNIDAD		
19924286-06	RANITIDINA 50 MG/2ML	AMPOLLA		
40564-02	RANITIDINA TABLETA 150 MG	TABLETA O CAPSULA		
N.A.	RECIPIENTES PARA COPROLOGICO	UNIDAD		
N.A.	RECIPIENTES PARA ORINA	UNIDAD		
19963611	RITONAVIR x100mg caja x 30 tab	TABLETA		
19919760-01	SALBUTAMOL (SULFATO) SOL. NEBULIZACION 050%	SOL. NEBULIZACION		
1984494-1	SALBUTAMOL 100 MCG/DOSIS AEROLSOL HFA	INHALADOR		
19994006-01	SALBUTAMOL JARABE 2 MG / 5 ML	JARABE		
19951161-02	SALES DE REHIDRATACION ORAL FORMULA OMS20.64g	UNIDAD		
19903347-1	SERTRALINA TABLETA 50MG	TABLETA O CAPSULA		
19969493	SINOIMPLANT KIT * 2 IMPLANTES SUBDERMICOS	UNIDAD		
19911220-05	SODIO BICARBONATO SOLUCIÓN INYECTABLE 1	AMPOLLA		
19932754-02	SODIO CLORURO (SSN) 0.9% SOL X 500	BOLSA		
20085432	SONDA FOLEY N 20	SONDA		
20085432	SONDA FOLEY N 22	SONDA		
20085432	SONDA FOLLEY N 10	SONDA		
20085432	SONDA FOLLEY N 14	SONDA		
20085432	SONDA FOLLEY N 16	SONDA		
20085432	SONDA FOLLEY N 18	SONDA		
20085432	SONDA FOLLEY N 8	SONDA		
19949288	SONDA NASOGASTRICA N 14	SONDA		
19949288	SONDA NASOGASTRICA N 16	SONDA		
19949288	SONDA NASOGASTRICA N 8	SONDA		
19949288	SONDA NASOGASTRICA N PEDIATRICA	SONDA		
203310	SONDA NELATON N 10	SONDA		
203310	SONDA NELATON N 12	SONDA		
203310	SONDA NELATON N 16	SONDA		
203310	SONDA NELATON N 6	SONDA		
20037305-01	SUCCINILCOLINA 1G/10ML AMPOLLA	AMPOLLA		
36743-03	SUCRALFATO 1 GR TABLETA	TABLETA O CAPSULA		
19961609-01	SUERO ANTIESCORPIÓN	SOLUCION INYECTABLE		
2016001849	SUERO ANTIOFIDICO 30MG 7MG 15MG	AMPOLLA		
19943524-01	SULFACETAMIDA SODICA 10%	GOTAS		
19930887-02	SULFADIAZINA DE PLATA CREMA 1%	UNIDAD		
201145-1	SULFASALAZINA TABLETAS 500MG	TABLETA O CAPSULA		
20080792-20	SULFATO FERROSO 300 MG TABLETAS RECUBIERTAS	TABLETA O CAPSULA		
19963970-02	SULFATO FERROSO JARABE 120ML	JARABE		
19935299-01	SULFATO MAGNESIO SOLUCIÓN INYECTABLE 20	AMPOLLA		
20124026	SUPERKIT CITOLOGICO	KIT		
20087985-01	T. DE CU.	UNIDAD		
20048499	TAPON HEPARINIZADO	TAPON		
20140868-01	TENOFOVIR DISOPROXIL FURAMATO 300MG EMTRICITABINA 200 MG	TABLETA O CAPSULA		
20027951-04	TEOFILINA TABLETA O CAPSULA 125 MG	TABLETA O CAPSULA		
20061730-12	TEOFILINA TABLETA Ó CÁPSULA 300 MG	CAPSULA		
38998-04	TERBUTALINA SULFATO LIQUIDO PARA NEBULIZACION	GOTAS		
000039003-01	TERBUTALINA SULFATO SOLUCIÓN INYECTABLE	AMPOLLA		
20046007-02	TETANOL TOXOIDE TETÁNICO AMPOLLAS	AMPOLLA		
38332-02	TIAMINA SOLUCIÓN INYECTABLE 100 MG / ML	AMPOLLA		
23440-10	TIAMINA TABLETA 300MG	TABLETA O CAPSULA		
19941885-07	TIMOLOL SOLUCION OFTALMICA 0.5%	SOLUCION OFTALMICA		
19946427-01	TINIDAZOL SUSPENSIÓN FRASCO 200MG/15ML	SUSPENSION		
29317-08	TINIDAZOL TABLETAS 500MG	TABLETA O CAPSULA		
19982772	TIRAS PARA GLUCOMETRIA	UNIDAD		
20045072-04	TRAMADOL 100MG AMPOLLAS	UNIDAD		
19924520-04	TRAMADOL SOLUCIÓN ORAL 100 M	GOTAS		
17135-2	TRAZODONA TABLETAS 50MG	TABLETA O CAPSULA		
19999947-1	TRIMEBUTINA MALEATO 200 MG	TABLETA O CAPSULA		
51063-03	TRIMETOPRIM + SULFA 160/800 TABLETAS	TABLETA O CAPSULA		
20678-3	TRIMETOPRIM + SULFA 80/400 TABLETAS	TABLETA O CAPSULA		
19925515-1	TRIMETOPRIM + SULFA SUSPENSION	SUSPENSION		
20084718	TUBO ENDOTRAQUEAL N 2.0	OROTRAQUEAL		
20084718	TUBO ENDOTRAQUEAL N 2.5	OROTRAQUEAL		
20084718	TUBO ENDOTRAQUEAL N 3.0	OROTRAQUEAL		
20084718	TUBO ENDOTRAQUEAL N 3.5	OROTRAQUEAL		
20084718	TUBO ENDOTRAQUEAL N 4.0	OROTRAQUEAL		

20084718	TUBO ENDOTRAQUEAL N 4.5	OROTRAQUEAL		
20084718	TUBO ENDOTRAQUEAL N 5.0	OROTRAQUEAL		
20084718	TUBO ENDOTRAQUEAL N 5.5	OROTRAQUEAL		
20084718	TUBO ENDOTRAQUEAL N 6.0	OROTRAQUEAL		
20084718	TUBO ENDOTRAQUEAL N 6.5	OROTRAQUEAL		
20084718	TUBO ENDOTRAQUEAL N 7.0	OROTRAQUEAL		
20084718	TUBOS ENDOTRAQUEAL N 7.5	OROTRAQUEAL		
20016549-119	VALPRÓICO ÁCIDO TABLETA Ó CÁPSULA 250 MG	CAPSULA		
19955370-07	VALPRÓICO SÓDICO JARABE 250 MG /5 ML	UNIDAD		
20016111	VENDA ALGODÓN 4X5	UNIDAD		
20016111	VENDA DE ALGODON LAMINADO 6X5	UNIDAD		
20016111	VENDA DE ALGODÓN LAMINADO YARDAS 5X5	UNIDAD		
N.A.	VENDA DE YESO 4X5	UNIDAD		
N.A.	VENDA DE YESO 6X5	UNIDAD		
20165860	VENDA ELASTICA 4X5	UNIDAD		
20165860	VENDA ELASTICA 5X5	UNIDAD		
20165860	VENDA ELASTICA 6X5	UNIDAD		
37892-04	VERAPAMILO 80 MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA		
37897-04	VERAPAMILO TAB 120 MG	TABLETA O CAPSULA		
19934152-2	VITAMINA A TABLETA 50.000 U.I	TABLETA O CAPSULA		
20199440	VITAMIX ALIMENTO EN POLVO CON VITAMINAS Y MINERALES SOBRE X 1 G	SOBRES		
20096037-06	WARFARINA TABLETAS 5 MG	TABLETA O CAPSULA		
20063923-01	ZIDOVUDINA + LAMIVUDINA TABLETA 300MG + 150MG	TABLETA O CAPSULA		
19974944-3	ZIDOVUDINA 10MG/ML SOLUCION ORAL	SOLUCION ORAL		

OTRAS CONDICIONES TECNICAS

ITEM	OTRAS CONDICIONES TECNICAS	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Prestar los servicios de salud contemplados en el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial (Acuerdo 002 del 27 abril 2001), de acuerdo a las necesidades requeridas a todos los afiliados y beneficiarios de la Policía Nacional- la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, que acrediten debidamente su derecho a ser atendidos presentando documento de identidad y carné de servicios de salud, previa autorización oficina de referencia y contra-referencia.		
2	El Oferente Prestará en forma continua y permanente (24 horas al día) de domingo a domingo los servicios de urgencias a todos los usuarios de la Policía Nacional bajo los principios de eficacia, universalidad y solidaridad que así lo amerite y certifiquen su derecho presentando documento de identidad y carné de servicios.		
3	Cuando el afiliado requiera por su patología, la atención en una Institución de mayor complejidad y dicha patología esté cubierta por el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial, El Oferente deberá informar por escrito a la jefatura de la Regional de Aseguramiento en salud, para lo cual el profesional diligenciará el formato de referencia y contra referencia adoptado por el prestador, diligenciado en forma completa con el fin de emitir la autorización correspondiente y la respectiva referencia por parte de la IPS, en concordancia con la Jefatura la de Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2.		
4	Los reingresos a urgencias por la misma patología en las siguientes 24 horas a la salida, harán parte de la misma atención Inicial de urgencia y con cargo al mismo valor.		
5	El Oferente debe permitir el acceso a los Auditores de la Policía Nacional y la información relacionada con el estado de salud de los pacientes y la prestación de los servicios de salud, así mismo permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley y permitirle realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual, mediante valoraciones periódicas a la institución, verificando las condiciones locativas, y el recurso humano disponible para el desarrollo del presente contrato. Además facilitará la información necesaria para realizar visitas de auditoria concurrente a pacientes.		
6	El oferente DARA a conocer el Modelo de prestación de servicios (anexar documento).		
7	El Oferente debe garantizar la consulta de Medicina General primera vez. Atención de primera vez a gestantes y de primera vez a 3 días de oportunidad.		
8	El Oferente debe implementar y mantener activo el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en cumplimiento de lo definido en el Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de la Protección Social.		
9	El Oferente dará respuesta oportuna a las glosas realizadas por el Auditor de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2.		
10	El Oferente designará un funcionario, para que en coordinación con el Supervisor del Contrato vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presenten, (notificar por escrito identificación del funcionario, correo electrónico y número telefónico).		

11	Cumplir con las obligaciones de pagar mensualmente los aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales, así como los parafiscales del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando a ello haya lugar de acuerdo con el Decreto 1273 de 2018; 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 tenerlo.		
12	El Oferente deberá contar con el Sistema estructurado de referencia y contra-referencia y atención al usuario, a fin de que una vez dado de alta (egreso hospitalario) o consulta (inter consulta o remisión) por especialista sea remitida la información de la atención brindada a los correos disan.griss-aut@policia.gov.co, disan.griss-crf@policia.gov.co, disan.refer-nal@policia.gov.co y a los 350-413-1671 y 350-554-6128 , por lo tanto si el usuario no es portador de la **autorización vigente**, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 los correos disan.rase2-aut@policia.gov.co, deuil.rases-rco@policia.gov.co para obtener su consentimiento antes de prestar el servicio.		
13	Contar con Habilitación para cada uno de los servicios a prestar en la sede que será puesta a disposición de los usuarios del SSPN de acuerdo al Decreto ley 1011 de Abril 3 del 2006 y las Resoluciones 1043 de 2006 y 1441 de 2013. (Anexar documento). El oferente ANEXARÁ Certificación Vigente De Habilitación (Al momento del cierre) de acuerdo a la Resolución 2003 de 2014 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de rehabilitación de servicios de salud.		
14	Todo servicio electivo, fuera del plan de beneficios del SSPN, el proveedor deberá tramitar para estudio la aprobación ante el Comité Técnico Científico (CTC del nivel central DISAN), para lo cual el especialista tratante de la IPS oferente diligenciará completamente el formato de justificación diseñado para tal fin por parte del Subsistema de Salud de la Policía Nacional y remitirlo a la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, para que ésta adelante el trámite ante el CTC del nivel central. No se admiten formatos institucionales del proveedor. Solo cuando el procedimiento o medicamento se requiera su administración urgente por la condición clínica del paciente, orden judicial o tutela, se da cumplimiento a la prestación o suministro con la inmediatez requerida y éstos serán reportados posteriormente a la central de autorizaciones. Esto con el fin de asegurar el tratamiento oportuno de los usuarios que requieran dichos procedimientos, garantizando la recuperación y mejoramiento de la calidad de vida de los mismos.		
15	La institución oferente se compromete a que exista disponibilidad de camas en hospitalización general, para los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, a cargo del contrato celebrado con dicha entidad, o en su defecto a gestionar la remisión del enfermo dentro del término máximo de las dos (02) horas siguientes a la determinación de la necesidad de referencia por parte del personal médico.		
16	El Oferente deberá suministrar mensualmente, con la radicación de la cuenta de cobro, los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), para dar cumplimiento a las obligaciones y condiciones delimitadas en el parágrafo 2º del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007 y demás normas que lo adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan.		
17	El Oferente se compromete a reportar al supervisor del contrato los indicadores de las Circulares Externas de la Supersalud 030 de 2006, y 056 - 058 de 2009. Así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Así mismo lo indica la Resolución 256 del 5 de febrero del 2016 "por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud."		
18	Aplicabilidad a la ley 594 de 2000 (julio 14) "Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones", en la presentación de las facturas o cuentas de cobro de los servicios de salud prestados.		
19	El oferente deberá realizar la atención a las gestantes de acuerdo a lo establecido en la guía No. 11 y 15 de 2013 "Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio". Las atenciones en el servicio de se realizaran de acuerdo a lo contemplado en la guía y los procedimientos anexos.		
20	El Oferente brindará atención preferencial a las gestantes, recién nacidos, niños, niñas, adolescentes, discapacitados y adulto mayor en todos los servicios asistenciales y administrativos. Así mismo, proteger en todo momento los derechos constitucionales de las niñas, niños y adolescentes, en especial, los referentes a la salud y a la vida en condiciones de calidad y de dignidad.		

21	Se incluyen dentro del objeto contractual todas las actividades, intervenciones y procedimientos que el oferente presente en su portafolio de servicios, que se encuentren dentro del plan de Beneficios, que sea necesario prestar por condiciones médico científicas, que no se encuentren contratados con otros prestadores, esto con previa autorización de la central de Referencia y Contra-referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2.		
22	Es obligación del Oferente la correcta disposición final de los residuos peligrosos y de tener las respectivas actas de disposición final de los mismos de acuerdo a lo establecido en la normatividad ambiental vigente. Asimismo y en cumplimiento a la Resolución 1164 de 2002, Decreto 351 de 2014, debe contar con un plan de gestión integral de residuos sólidos generados en atención de la salud y otras actividades (PGIRASA). Contar con un gestor de residuos sólidos peligrosos con características biológicas como los descritos dentro del Decreto 4741 de 2005.		
23	El oferente deberá certificar que cumple con la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, de acuerdo con lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo"*, 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 SG-SST"*, para lo cual deberá diligenciar el Anexo No. 5, Formulario de compromiso con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.		
24	Realizar atención para las víctimas de violencia sexual sin distingo de sexo, edad, raza, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social. Para eso se debe registrar las acciones de la víctima que puedan tener implicaciones médico-legales y los demás registros, según el reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual, según la Resolución 459 de 2012.		
25	INFORMES: EL PRESTADOR presentará a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 o Dirección Nacional de Sanidad los informes que a continuación se describen, ya sea mediante correo electrónico (deuil.rases-epi@policia.gov.co) y/o en medio magnético, dentro de los siguientes términos: a). Reportes de los Indicadores de Calidad, mediante el cual EL PRESTADOR informará el cumplimiento del Decreto Ley 019 de 2012, la Resolución 1552 de 2013, Resolución 256 de 2016 y las normas que la modifiquen, aclaren o sustituyan con una periodicidad mensual, Indicadores de Alerta Temprana. b). RIPS de manera completa, correctamente diligenciados y con la calidad normativa requerida, en medio magnético anexo a la factura mensual y adicionalmente debe ser remitido al correo deuil.rases-epi@policia.gov.co ; y con las especificaciones establecidas en la Resolución 3374 de 2000, Resolución 1531 de 2014, circular 0024 de 2015, garantizando consistencia y calidad de los registros; so pena de incurrir en las sanciones y descuentos estipuladas en el Artículo 116 de la Ley 1438 de 2011. c). Datos relacionados con el reporte de la información para la operación de la cuenta de alto costo, en cumplimiento de la Resolución 2463 de 2014 del Ministerio de la Protección Social y demás normas que la complementen, modifiquen, aclaren o sustituyan, según formatos suministrados por Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 para Programas Especiales, informe que deberá ser entregado en medio magnético, mensualmente, el cual deberá incluir lo siguiente: 1). Reporte de la información para la operación de la cuenta de alto costo, en cumplimiento de la Resolución 4725 de 2011 y Resolución 783 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas que la complementen, modifiquen, aclaren o sustituyan donde se contempla el reporte de: Personas con infección por el VIH/SIDA, personas con Tuberculosis (enfermedad activa o curada), Mujeres embarazadas, Hijos de mujeres con infección por VIH que tienen menos de dieciocho (18) meses de edad a la fecha de corte, según formatos suministrados por la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2. 2). Entrega de información de forma mensual, de la Enfermedad Renal Crónica y sus precursoras: Hipertensión Arterial y Diabetes según Acuerdo 395 de 2008 y Anexo Técnico, Resolución 2463 de 2014 y cualquier norma que la modifique, aclare, adicione o sustituya. El PRESTADOR entregará trimestralmente los indicadores mínimos *para* evaluar los resultados clínicos de estos pacientes. d). Entrega trimestral indicadores mínimos para evaluar los resultados clínicos en pacientes con enfermedad renal estadificada en 1, 4 y 5 según el caso, conforme formato entregado por la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 . e). Entrega de reporte mensual de pacientes nuevos captados con diagnóstico de hipertensión y diabetes y demás informes que requiera la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2. f). Presentar los reportes e información conforme lo establece la Resolución 4505 de 2012.		
26	El oferente dará aplicabilidad y cumplimiento a RESOLUCIÓN 3280 DE 2018, (Septiembre 2) "Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud y la ruta integral de		

	atención en salud para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación".		
27	El oferente dará aplicabilidad y cumplimiento al instructivo Nº 028 DISAN-PLANE 70 del 07 de Julio de 2020, "POR EL CUAL SE IMPARTEN LINEAMIENTOS TECNICOS PARA LA CONTRATACION DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS EN UNIDADES DESCONCENTRADAS.		
28	El oferente no debe estar reportado ante el Registro Único de Infractores Ambientales (RUIA). Ley 1333 de Julio de 2009.		
29	El oferente debe contar con los equipos biomédicos que serán utilizados para el desarrollo del contrato que se llegare a celebrar, asi como velar por sus buenas condiciones técnicas para su correcto funcionamiento.		
30	El oferente debe ajustarse según lo contemplado por el Ministerio de Salud y de Protección Social y todas aquellas normas legales que deroguen, Modifiquen o establezcan estándares de habilitación para la prestación de Servicios de Salud sin causar traumatismo en la prestación del mismo. Dando aplicación a lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y de la Protección Social. La Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 verificará en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), la habilitación de los servicios ofertados.		

PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS.

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

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

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

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

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

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

PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS

Se prestará el servicio de **MEDICINA GENERAL AMBULATORIA** como puerta de entrada.

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

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

2. Para el caso de las urgencias vitales (esto no aplica en la atención ambulatoria), se autoriza la atención por las especialidades previstas en el portafolio de servicios de la entidad, las cuales deberán contar con

los soportes respectivos de justificación de la urgencia (Anexo 2 Resolución No. 3047 de 2008); así mismo deberá anexar a la factura de cobro, la autorización emanada por la oficina de REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA de la de la Dirección de Sanidad a nivel central (Referencia Nacional).

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

4. Las ayudas diagnósticas (Radiología y Laboratorio Clínico) solicitadas en urgencias serán solamente las necesarias para la atención inicial de urgencias y estarán bajo los parámetros establecidos por la Dirección de Sanidad basados en el Instructivo N° 013 del 04/06/2013 DISAN/AGESA, instructivo N°009 del 06/03/2014 DISAN-AGESA, que trata de la malla de pertinencia para la Referencia y Contrarreferencia.

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

6. Para la autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, se deberá comunicar directamente con la Regional de Aseguramiento en Salud N° 2 al correo Deuil.rases-rco@policia.gov.co con el fin de obtener la autorización de la estancia hospitalaria y demás procedimientos que requiera el usuario del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

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

El paciente que ingresa al servicio de URGENCIAS de la IPS contratada, deberá presentar los siguientes documentos para ser atendidos a NOMBRE DE LA POLICIA NACIONAL:

Usuarios menores de edad: Deberá mostrar como mínimo un documento que lo identifique.	Registro Civil, tarjeta de identidad,
Usuarios mayores de edad: Deberá mostrar como mínimo un documento que lo identifique.	Cédula de ciudadanía.
No obstante, lo anterior, la IPS como entidad de salud está obligada a atender la URGENCIA VITAL de acuerdo a lo reglamentado por el Decreto 412 de 1992 del Ministerio de Salud.	IMPORTANTE

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

1. Los usuarios que requieran hospitalización serán internados según las indicaciones médicas justificadas por la patología, procedimientos quirúrgicos que requieran la internación inmediata y no sea pertinente la observación.
2. La hospitalización debe ser notificada a la OFICINA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 2 en la ciudad de Neiva, aplicando el procedimiento de Referencia y Contrarreferencia del caso, quienes dispondrán si es manejada en ese nivel o se toman las medidas de traslado, siempre y cuando se compruebe que no se expone la salud o la vida del usuario.

NOTA: Esta atención deberá contar con el formato de autorizaciones de la Oficina de Referencia y Contra-referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 2, de lo contrario el servicio no se reconocerá para pago.

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Los servicios de BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD a contratar serán los complementarios a los ya contratados a través de la RED PROPIA que incluye MEDICINA GENERAL y las actividades de PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

TODAS LAS ATENCIONES DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DEBEN SER DEBIDAMENTE SOPORTADAS Y ESTÁN EXPUESTAS A AUDITORIA, por parte de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 2

y solo se podrán prestar con la previa autorización emitida por la OFICINA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2.

Para los programas de vacunación y detección temprana de alteraciones del embarazo, parto y puerperio no se requerirá de autorización previa para este servicio debido a que es considerada una población vulnerable en la que se deben evitar barreras que afecten la cobertura de la prestación de los servicios de salud.

AYUDAS DIAGNÓSTICAS Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA

La complementación de los servicios médico asistenciales ambulatorios, se requieren los servicios de LABORATORIO CLÍNICO BÁSICO, IMAGENOLOGÍA BÁSICA y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA, en especial, TERAPIAS FÍSICA y RESPIRATORIA, y la ENTREGA DE MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS.

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

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

NO DEBEN REALIZARSE TRANSCRIPCIONES de atenciones efectuadas a través de otros profesionales, especialistas o contratistas particulares diferentes a la IPS contratada con la PONAL. Incluye: laboratorio clínico y radiología de baja y mediana complejidad. Las de baja complejidad son la pertinencia y ordenadas por parte de medicina general, las de mediana complejidad pertinencia a los médicos especialistas quienes también podrán ordenar ayudas diagnosticas de baja complejidad.

LAS AYUDAS DIAGNOSTICAS SIEMPRE REQUERIRÁN LA AUTORIZACIÓN DE LA OFICINA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2.

MECANISMO ENVIO FORMATOS

En lo referente al envío de los formatos de que trata la Resolución No. 4331 de 2012 *"Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009."* la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 ha implementado el siguiente mecanismo de comunicación:

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

EI CONTRATISTA SE COMPROMETE A REPORTAR LOS SERVICIOS Y MEDICAMENTOS QUE SE ENCUENTRAN POR FUERA DEL POS Y DEL MANUAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA DE LA POLICÍA NACIONAL, CON LA JUSTIFICACION MEDICA, ENVIANDO EN FISICO EL REPORTE JUNTO A LA FACTURACION MENSUAL.

PROPONENTE

_____

Firma representante legal

C.C. Nº _____ Exp en _____

ANEXO 2 OFERTA ECONOMICA

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA DE SUAZA-HUILA.

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA – LISTADO DE OFERTA LISTADO DE SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS.

NO	CÓDIGOS CUPS	PROCEDIMIENTO	VALOR	VALOR OFERTADO
1	NO APLICA	TOMA DE MUESTRAS LABORATORIO UN SOLO TUBO (CON O SIN TRASPORTE DEL TUBO AL MUNICIPIO DE GARZÓN)	$ 15.000	
2	NO APLICA	TOMA DE MUESTRAS LABORATORIO DOS TUBOS (CON O SIN TRASPORTE DEL TUBO AL MUNICIPIO DE GARZÓN)	$ 20.000	
3	NO APLICA	TOMA DE MUESTRAS LABORATORIO TRES TUBOS (CON O SIN TRASPORTE DEL TUBO AL MUNICIPIO DE GARZÓN)	$ 25.000	
4	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL TODOS LOS CUADRANTES EN UNA SOLA SECCIÓN ODONTOLÓGICA	$ 111.000	
5	861801	IMPLANTE SUBDERMICO (INCLUYE COLOCACIÓN Y DEL DISPOSITIVO)	$ 320.000	
6	861203	RETIRO DE IMPLANTE SUBDERMICO	$ 80.000	
7	NO APLICA	APLICACIÓN DE VACUNAS INCLUIDAS EN EL PAI	$ 6.100	
8	906249	PRUEBA RÁPIDA DE HIV	$ 60.000	
9	892901	TOMA DE CITOLOGÍA VAGINAL	$ 25.000	
10	NO APLICA	OXIGENO POR LITRO	$ 100	
11	NO APLICA	GLUCOMETRÍA (TIRILLA)	$ 8.000	

COD SOAT	COD CUPS	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	TARIFA 2021	VALOR OFERTADO
		AGUDEZA VISUAL		
60403	950601	MEDICIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL	$ 22.000	
		CONSULTA MEDICINA GENERAL		
39141	890201	CONSULTA POR MEDICINA GENERAL PRIMERA VEZ	$ 40.000	
	890201	CONSULTA DE CONTROL DE SEGUIMIENTO DE PROGRAMA POR MEDICINA GENERAL	$ 36.300	
		DETECCION ALTERACIONES DEL EMBARAZO		
990113	890305	CONSULTA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO X ENFERMERÍA	$ 12.500	
890301	990201	EDUCACIÓN INDIVIDUAL ATENCIÓN MEDICA CONSEJERÍA VIH	$ 22.000	
990113	890308	CONTROL Y SEGUIMIENTO GESTANTE POR PSICOLOGÍA	$ 27.300	
990113	890108	ATENCIÓN VISITA DOMICILIARIA POR PSICOLOGÍA	$ 27.300	
A22001	890114	ATENCIÓN VISITA DOMICILIARIA POR PROMOTORA	$ 7.000	
		DEMANDA INDUCIDA		
	A22001	IDENTIFICACIÓN Y CANALIZACIÓN EFECTIVA DE LA POBLACIÓN HACÍA LA DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA (POR USUARIO Y POR PROGRAMA.)	$ 6.500	

TARIFAS LABORATORIO CLINICO

CÓDIGO	CUPS	EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO CLÍNICO	UVR	PRECIO	VALOR OFERTADO
19017	903801	ÁCIDO ÚRICO	0,56	$ 18.700	
19157	901101	BACILOSCOPIA	0,53	$ 17.700	
19169	903809	BILIRRUBINA DIRECTA	0,35	$ 11.700	
19170	903809	BILIRRUBINA TOTAL	0,45	$ 15.000	
19237	903816	COLESTEROL HDL	0,84	$ 28.000	
19241	903817	COLESTEROL LDL	0,99	$ 33.000	
19242	903818	COLESTEROL TOTAL	1,02	$ 34.000	
19267	907002	COPROLÓGICO	0,33	$ 11.000	
19273	907004	COPROSCÓPICO (INCLUYE: PH SANGRE AZUCARES REDUCTORES Y PARÁSITOS)	1,3	$ 43.300	
19290	903802	SUERO ORINA Y OTROS	0,48	$ 16.000	
19304	902207	CUADRO HEMÁTICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	0,83	$ 27.700	
19323	903844	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA (5 MUESTRAS)	2,3	$ 76.700	
19353	904508	EMBARAZO PRUEBA CUALITATIVA POR (RIA ELISA O EN PLACA MONOCLONAL)	1,62	$ 54.000	
19490	903841	GLUCOSA (EN SUERO LCR OTROS FLUIDOS)	0,5	$ 16.700	
19497	901107	GRAM TINCIÓN Y LECTURA (CUALQUIER MUESTRA)	0,43	$ 14.300	
19505	902211	HEMATOCRITO	0,15	$ 5.000	
19509	911015	HEMOCLASIFICACIÓN (GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH)	1,06	$ 35.300	
19517	902213	HEMOGLOBINA CONCENTRACIÓN DE	0,31	$ 10.300	
19582	901305	HONGOS EXAMEN DIRECTO (KOH)	0,48	$ 16.000	
19749	903856	NITRÓGENO UREICO	0,4	$ 13.300	
19775	907106	PARCIAL DE ORINA INCLUIDO SEDIMENTO	0,53	$ 17.700	
19868	907008	SANGRE OCULTA EN MF	0,25	$ 8.300	
19878	906249	SIDA ANTICUERPOS VIH 1.	2,87	$ 95.700	
19886	906407	SÍFILIS SEROLOGÍA PRESUNTIVA (CARDIOLIPINA O VDRL)	0,53	$ 17.700	
19940	903868	TRIGLICÉRIDOS	0,56	$ 18.700	

TARIFAS DE TRASLADO AMBULANCIA

Servicio Primario	Código	Tarifa S.M.L.D.V	Valor a Cobrar	VALOR OFERTADO	
Transporte primario **Urbano o Rural**, desde el sitio de la urgencia al Hospital. (Solo aplica para SOAT)	601T01	10	$ 333.300		

SMDLV: $ 33.333.00

Traslado asistencial básico terrestre secundario desde Suaza Huila A:

Municipio	Servicio de Ambulancia		SMDLV: $ 33.333.00	SUBTOTAL	Servicio de Ambulancia con Medico Acompañante		SMDLV: $ 33.333.00	SUBTOTAL
	Código	Tarifa S.M.L.D.V			Código	Tarifa S.M.L.D.V		
Acevedo	601T02-1	11	33.333	366.700	601T02-1M	19	33.333	633.300
Altamira	601T02-2	11	33.334	366.700	601T02-2M	19	33.334	633.300
Bogotá	601T02-3	96	33.335	3.200.200	601T02-3M	179	33.335	5.967.000
Florencia	601T02-4	35	33.336	1.166.800	601T02-4M	49	33.336	1.633.500
Guadalupe	601T02-5	12	33.337	400.000	601T02-5M	19	33.337	633.400
Garzón	601T02-6	16	33.338	533.400	601T02-6M	36	33.338	1.200.200
Neiva	601T02-7	52	33.339	1.733.600	601T02-7M	69	33.339	2.300.400
Pitalito	601T02-8	19	33.340	633.500	601T02-8M	33	33.340	1.100.200

Servicio de disponibilidad de ambulancia por hora:

Código	Concepto	Tarifa S.M.L.D.V	SMDLV: $ 33.333.00	SUBTOTAL	VALOR OFERTADO	
601T01-3	Ambulancia quieta	14	33.333	466.700		
601T01-4	Ambulancia en movimiento	18	33.333	600.000		

Valor por Kilometro: **$17.100.00**

TARIFAS DE MEDICAMENTOS E INSUMOS MEDICOS

CODIGOS CUM	NOMBRE GENERICO	FORMA FARMACEUTICA	VALOR VENTA	VALOR OFERTADO
20064694-01	ABACAVIR 300MG TABLETAS	UNIDAD	$ 1.974	
20016991-02	ABACAVIR SOLUCION ORAL 200MG/ML	FRASCO	$ 76.800	
19929516-05	ACETAMINOFEN JARABE X 150 MG/5ML	JARABE	$ 2.120	
19929516-05	ACETAMINOFÉN SOLUCIÓN ORAL 100 MG/ ML (1	GOTAS	$ 4.432	
19935303-04	ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG	TABLETA O CAPSULA	$ 92	
19936296-08	ACETIL SALICILICO ACIDO 100 MG TABLETAS	TABLETA O CAPSULA	$ 36	
57693-02	ACICLOVIR CREMA 5%	UNIDAD	$ 5.358	
209835-06	ACICLOVIR TABLETA 200 MG	TABLETA O CAPSULA	$ 226	
21740-3	ACIDO ASCORBICO SOLUCION ORAL 100 MG	GOTAS	$ 8.724	
4098-2	ACIDO ASCORBICO TABLETA 500 MG	TABLETA O CAPSULA	$ 194	
35662-18	ACIDO FOLICO TABLETA 1 MG	TABLETA O CAPSULA	$ 80	
20105871-01	ACIDO TRANEXAMICO 500MG/5ML	AMPOLLA	$ 10.570	
20041806-1	AGUA ESTERIL PARA INYECCIÓN SOL X 10ML	AMPOLLA	$ 921	
19928206-01	AGUA ESTÉRIL PARA INYECCIÓN SOL X 5 ML	SUSPENSION	$ 937	
20070768	AGUJA HIPODERMICA 18G 1	UNIDAD	$ 500	
19928206-01	ALBENDAZOL SUSPENSIÓN ORAL 100	SUSPENSION	$ 1.219	
19908202-02	ALBENDAZOL TAB X 200	TABLETA O CAPSULA	$ 560	
20041740-01	ALFAMETILDOPA 250MG	UNIDAD	$ 696	
11415-04	ALOPURINOL TABLETA 300 MG	TABLETA O CAPSULA	$ 545	
020012841-01N05BA12	ALPRAZOLAM 0.25 MG TABLETAS	CAJAS	$ 147	
227600-01	ALPRAZOLAM TABLETAS 0.5MG	TABLETA O CAPSULA	$ 128	
19946928-01	ALUMINIO ACETATO POLVO TÓPICO PH4.2	POLVO	$ 634	
19994652-01	AMINOFILINA SOLUCIÓN INYECTABLE 240 MG	AMPOLLA	$ 4.693	
19992832-01	AMIODARONA AMPOLLA150MG	AMPOLLA	$ 31.425	
20043928-01	AMIODARONA CLORHIDRATO TABLETA 200 MG	TABLETA O CAPSULA	$ 764	
17144-09	AMITRIPTILINA 25 MG TABLETAS	UNIDAD	$ 69	
55895-06	AMLODIPINO TABLETAS 5MG	TABLETA O CAPSULA	$ 32	
33492-01	AMOXICILINA SUSPENSION ORAL 250 MG	SUSPENSION	$ 5.379	
33496-09	AMOXICILINA TABLETA O CAPSULA 500 MG	CAPSULA	$ 278	
230357-01	AMPICILINA 250 MG SUSPENSION ORAL	SUSPENSION	$ 4.034	
23598-1	AMPICILINA CAPSULAS 500 MG	CAPSULA	$ 420	
210544-3	AMPICILINA SODICA + SULBACTAM SODICO 1G + 0.5G SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	$ 3.528	
220025-24	AMPICILINA X 1 G AMPOLLA	AMPOLLA	$ 2.772	
20012114	APOSITO OCULAR	UNIDAD	$ 2.000	
19963352-15	ATORVASTATINA TABLETAS 20MG	TABLETA O CAPSULA	$ 107	

19930287-01	ATROPINA SULFATO SOLUCIÓN INYECTABLE 1MG/1ML	AMPOLLA	$	998	
19970782-01	AZITROMICINA 200MG/5ML SUSPENSION ORAL	UNIDAD	$	10.537	
210571-02	AZITROMICINA TABLETA 500MG	TABLETA O CAPSULA	$	1.101	
19915443-1	BECLOMETASONA DIP. LIQUIDO PARA INHALACION X 50 MCG	INHALADOR	$	14.771	
19935124-2	BECLOMETASONA DIP. SOLUCION BUCAL 250MG	UNIDAD	$	15.602	
19916564-01	BECLOMETAZONA DIP. SOLUCION PARA INHALACION NASAL	SOLUCION NASAL	$	14.709	
19908311-1	BENCILO BENZOATO LOCIÓN 25%	LOCION	$	12.697	
19936836-03	BETAMETASONA CREMA 005%	CREMA	$	6.340	
19953548-07	BETAMETASONA X 8 MG SOLUCIÓN INYECTABLE	AMPOLLA	$	1.054	
19900906-12	BIPERIDENO CLORHIDRATO TABLETA 2 MG	TABLETA O CAPSULA	$	302	
32841-01	BIPERIDENO LACTATO SOLUCIÓN INYECTABLE	AMPOLLA	$	503	
19948326-10	BISACODILO TABLETA RECUBIERTA 5 MG	TABLETA O CAPSULA	$	64	
19997087	BOLSA DRENAJE URINARIO (CYSTOFLO)	UNIDAD	$	18.000	
20142109	BOLSA RECOLECTORA ORINA PED	UNIDAD	$	600	
43910-03	BROMOCRIPTINA TABLETA 25 MG	TABLETA O CAPSULA	$	1.891	
19945555-01	BROMURO DE IPRATROPIO 25MG/100ML SOLICION PARA NEBULIZAR	FRASCO	$	70.279	
20005920	BROMURO DE ROCURONIO 5 ML	AMPOLLA	$	23.124	
19936614-02	BROMURO DE VECURONIO 10MG/25ML	AMPOLLA	$	38.400	
30969-05	CALCIO CARBONATO TABLETA 600 MG	TABLETA O CAPSULA	$	227	
20039073	CALCIO GLUCONATO SOLUCIÓN INYECTABLE 10%	AMPOLLA	$	1.695	
20041501	CANULA DE GUEDELL N 3	UNIDAD	$	7.000	
20041501-01	CANULA DE GUEDELL N 5 ADULTO	UNIDAD	$	7.000	
20041501-02	CANULAS DE GUEDELL N 2	UNIDAD	$	8.000	
19967881	CANULAS DE OXIGENO ADULTO	UNIDAD	$	3.100	
19967881	CANULAS DE OXIGENO PEDIATRICAS	UNIDAD	$	4.100	
54972-03	CAPTOPRIL 25 MG TABLETAS	TABLETA O CAPSULA	$	190	
50506-07	CAPTOPRIL 50 MG TABLETAS	TABLETA O CAPSULA	$	118	
56106-3	CARBAMAZEPINA 100MG/5ML SUSPENSION ORAL	SUSPENSION	$	12.217	
44969-09	CARBAMAZEPINA TABLETA 200 MG	TABLETA O CAPSULA	$	198	
N.A	CARBON ACTIVADO X KILO	UNIDAD	$	10.000	
20034018-02	CARBONATO DE CALCIO + D 1500MG+200UI	TABLETA O CAPSULA	$	188	
20005748-07	CARVEDILOL TABLETAS 6.25 MG	UNIDAD	$	406	
19967622	CATETER INTRAVENOSO N 16	UNIDAD	$	4.463	
19967622	CATETER INTRAVENOSO N 18	UNIDAD	$	4.463	
19967622	CATETER INTRAVENOSO N 20	UNIDAD	$	4.463	
19967622	CATETER INTRAVENOSO N 22	UNIDAD	$	4.463	
19967622	CATETER INTRAVENOSO N 24	UNIDAD	$	3.000	
19911823-1	CEFALEXINA SUSPENSIÓN ORAL 250 MG / 5 ML	UNIDAD	$	6.751	
1980539-2	CEFALEXINA TABLETA Ó CÁPSULA 500 MG	CAPSULA	$	561	
19947909-1	CEFRADINA AMPOLLAS 1G	AMPOLLA	$	4.043	
20051014-3	CEFRADINA TABLETA Ó CÁPSULA 500 MG	CAPSULA	$	1.932	
20028604-02	CEFTRIAXONA AMPOLLA 1 GRAMO	UNIDAD	$	3.562	
218560-03	CEFUROXIMA 250MG/5ML SUSPENSION ORAL	SUSPENSION	$	138.865	
32856-3	CIANOCOBALAMINA AMPOLLA 1MG/ML	AMPOLLA	$	1.668	
20054318-03	CIPROFLOXACINA 500 MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA	$	350	
19913325-02	CIPROFLOXACINA SOLUCION INYECTABLE 100MG/10ML	AMPOLLA	$	2.907	
14446-10	CLARITROMICINA 500 MG	TABLETA O CAPSULA	$	1.085	
1980803-03	CLINDAMICINA 600MG/4ML SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	$	2.760	
19934941-15	CLONAZEPAM 0.5MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA	$	160	
19934941-15	CLONAZEPAM 2MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA	$	148	
19995299-07	CLONIDINA TABLETA 0 150MG	TABLETA O CAPSULA	$	74	
20056052-04	CLOPIDROGEL TABLETA 75MG	TABLETA O CAPSULA	$	249	
19942216-01	CLORFENIRAMINA MALEATO JARABE 2 MG/5ML	JARABE	$	3.517	
19905423-1	CLORFENIRAMINA TABLETA 4MG	TABLETA O CAPSULA	$	50	
19973372-03	CLOROQUINA FOSFATO TAB 250MG	TABLETA O CAPSULA	$	340	
19905384-1	CLORURO DE POTASIO SOL. INYECTABLE 2MEQ/ML	AMPOLLA	$	645	
211361-03	CLORURO DE SODIO SOL INYEC 2MEQ/ML	AMPOLLA	$	879	
21475-02	CLOTRIMAZOL 1% CREMA VAGINAL	CREMA VAGINAL	$	5.233	
19912977-02	CLOTRIMAZOL CREMA 1%	CREMA	$	3.636	
19967248-02	CLOTRIMAZOL OVULOS O TABL VAGINALES X100MG	OVULOS	$	575	
19974655-03	CLOZAPINA 100MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA	$	207	
20010760-04	COLCHICINA BALFTABLETA 05 MG	TABLETA O CAPSULA	$	121	
20013455-1	COLISTINA+HIDROCORTISONA+NEOMICINA SOL OTICA	GOTAS	$	5.524	
19944779-1	CORTICOIDE + NEOMICINA + POLIMIXINA SOL. OFTALMICA	GOTAS	$	3.608	
38997-05	CORTICOIDE UNGÜENTO PROCTOLOGICO	TUBO	$	19.572	
19954188	CROMOGLICATO DE SODIO 40MG/ML 4% SOL NASAL	UNIDAD	$	11.875	
19933225	CROMOGLICATO DE SODIO SOLUCIÓN OFTÁLMICA 2%	UNIDAD	$	9.925	
19950543-01	CROMOGLICATO DE SODIO SOLUCIÓN OFTALMICA AL 4%	FRASCO	$	10.294	
19950378-04	CROTAMITON LOCIÓN 10%	LOCION	$	22.915	
20016112	CUELLO ORTOPEDICO ADULTO	UNIDAD	$	47.600	
20016112	CUELLO ORTOPEDICO PEDIATRICO	UNIDAD	$	46.200	
20019105-10	DEXAMETASONA FOSFATO 8 MG/2 ML	AMPOLLA	$	811	
25503-02	DEXTROSA AL 5 % Y CLORURO DE SODIO AL 0.9%	BOLSA	$	4.776	
1982214-02	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 10% SOL X 500 CC	BOLSA	$	4.776	
29522-04	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 5% SOL. X 500 CC	UNIDAD	$	4.473	
20005908-01	DIAZEPAM SOLUCIÓN INYECTABLE 10 MG	AMPOLLA	$	3.761	
19992190-03	DICLOFENACO 75 MG / 3 ML SOLUCION INYECTABLE	UNIDAD	$	712	

19940375-06	DICLOFENACO TABLETA 50 MG	UNIDAD	$	197	
19953925-07	DICLOXACILINA CÁPSULA 500 MG	CAPSULA	$	544	
228279-01	DICLOXACILINA SUSPENSIÓN ORAL 250MG/5ML	SUSPENSION	$	7.764	
19919306-2	DIFENHIDRAMINA JARABE	JARABE	$	4.521	
19997996-01	DIGOXINA 0.75 MG/ML SOL ORAL	SOLUCION ORAL	$	48.018	
20052758-02	DIGOXINA SOLUCIÓN INYECTABLE 025 MG /	AMPOLLA	$	8.180	
31838-1	DIGOXINA TABLETA 025 MG	TABLETA O CAPSULA	$	1.305	
19912860-1	DIHIDROCODEINA JARABE 2.42MG/ML	UNIDAD	$	5.525	
19913783-47	DIMENHIDRINATO TABLETA 50 MG	TABLETA O CAPSULA	$	113	
19959402-08	DIPIRONA 2.5 G + HIOSCINA 20 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE	UNIDAD	$	4.068	
20006845-09	DIPIRONA SOLUCION INYECTABLE 2 G/2ML	UNIDAD	$	2.324	
19941379	DOBUTAMINA AMPOLLA 250MG/20ML	AMPOLLA	$	15.791	
20071938-01	DOLUTEGRAVIR SODICO TABLETAS RECUBIERTAS	TABLETA O CAPSULA	$	92.433	
19930858-2	DOXICICLINA TABLETA Ó CÁPSULA 100 MG	TABLETA O CAPSULA	$	276	
19972643	ELECTRODOS	UNIDAD	$	1.350	
44569-25	ENALAPRIL 20 MG TABLETAS	TABLETA O CAPSULA	$	87	
40113-37	ENALAPRIL 5 MG TABLETAS	TABLETA O CAPSULA	$	70	
207346-2	ENEMAS SOLUCION SALINA 25% X 1000ML	ENEMA	$	37.033	
19993730-01	ENOXAPARINA SODICA 40MG/4ML	UNIDAD	$	25.000	
20032463-01	EPINEFRINA 1MG71ML	AMPOLLA	$	1.468	
20131515	EQUIPO DE BURETROL	UNIDAD	$	6.477	
20169021	EQUIPO DE MACROGOTEO	UNIDAD	$	5.000	
20027153	EQUIPO DE MICROGOTEO	UNIDAD	$	3.947	
19912966-07	ERGOTAMINA 100MG + CAFEÍNA 1MGTABLETA Ó CÁPSULA	TABLETA O CAPSULA	$	536	
18933-10	ERITROMICINA 500 MG TABLETAS	TABLETA O CAPSULA	$	832	
25798-03	ERITROMICINA SUSPENSIÓN X 250 MG / 5 ML	SUSPENSION	$	8.981	
19950313-2	ESOMEPRAZOL TABLETA O CAPSULA 20MG	TABLETA O CAPSULA	$	185	
20124026	ESPECULOS DESECHABLES PARA CITOLOGIA	UNIDAD	$	3.000	
19950985-01	ESPIRAMICINA TABLETAS 3.000.000 UI	TABLETA O CAPSULA	$	2.567	
19973061-05	ESPIRONOLACTONA 25 MG TABLETAS	TABLETA O CAPSULA	$	188	
20010390-01	ESTRÓGENOS TAB CONJUG. Ó ASOC.X 0.625 MG	TABLETA O CAPSULA	$	1.236	
19990588-06	FENITOÍNA SÓDICA SOLUCIÓN INYECTABLE 250MG X 5ML	AMPOLLA	$	3.134	
20043387-02	FENITOÍNA SÓDICA TABLETA Ó CÁPSULA 100 M	CAPSULA	$	450	
19905549-01	FENOBARBITAL 100MG TABLETAS	TABLETA O CAPSULA	$	427	
20108399-01	FENOBARBITAL ELIXIR 20 MG / 5 ML (04%)	ELIXIR	$	6.368	
20008611-01	FENOBARBITAL SÓDICO SOLUCIÓN INYECTABLE	AMPOLLA	$	3.376	
20014670-01	FENTANILO 0.5MGR/10ML	AMPOLLA	$	6.763	
19961688-02	FITOMENADIONA (VITAMINA K1) SOLUCIÓN INYECTABLE1MG/1ML	AMPOLLA	$	4.285	
11837-1	FLUCONAZOL CÁPSULA 200 MG	TABLETA O CAPSULA	$	356	
19982059-01	FLUIMUCIL	FRASCO	$	37.836	
19956947-07	FLUOXETINA TABLETA 20 MG	TABLETA O CAPSULA	$	68	
20011388-13	FUROSEMIDA SOLUCIÓN INYECTABLE 20 MG /	AMPOLLA	$	647	
42216-13	FUROSEMIDA TABLETA 40 MG	TABLETA O CAPSULA	$	72	
1981505-13	GEMFIBROZIL TABLETA 600 MG	TABLETA O CAPSULA	$	374	
19988977-04	GENTAMICINA 160 MG SOLUCIÓN INYECTABLE	AMPOLLA	$	2.615	
19988939-04	GENTAMICINA 80 MG SOLUCIÓN INYECTABLE	AMPOLLA	$	970	
19932412-1	GENTAMICINA SOLUCIÓN OFTÁLMICA	GOTAS	$	4.648	
20069305-07	GLIBENCLAMIDA TABLETAS 5MG	TABLETA O CAPSULA	$	121	
	GLUCOMETRO ACCU CHEK ACTIVE			-	
19999331-01	HALOPERIDOL SOL ORAL 2MG/ML	GOTAS	$	6.455	
11417-1	HALOPERIDOL SOLUCIÓN INYECTABLE 5 MG /	UNIDAD	$	2.539	
19940398-02	HALOPERIDOL TABLETA 5 MG	TABLETA O CAPSULA	$	232	
20029707-03	HEPARINA SÓDICA SOLUCIÓN INYECTABLE 5000UI/ML X 5ML	AMPOLLA	$	42.328	
34162-07	HIDROCLOROTIAZIDA TABLETA 25 MG	UNIDAD	$	29	
19940721-13	HIDROCORTISONA AMPOLLAS 100 MG	AMPOLLA	$	4.553	
40194-02	HIDROCORTISONA CREMA 1%	UNIDAD	$	3.480	
20067505-04	HIDROXICINA 100 MG SOL INYECTABLE	AMPOLLA	$	20.564	
19977699-03	HIDROXIDO DE ALUMINIO + MAGNESIO SUSP 4%	UNIDAD	$	10.180	
20132464	HUMEDIFICADORES	UNIDAD	$	11.400	
51330-06	IBUPROFENO TABLETA 400 MG	UNIDAD	$	174	
19969493-01	IMPLANON NXT 68 MG	UNIDAD	$	317.650	
19914262-04	INSULINA GLARGINA 100UI/ML (10 ml)	AMPOLLA	$	168.728	
19950478	INSULINA GLULISINA SOLUCION INYECTABLE 100UI/ML	SOLUCION INYECTABLE	$	110.632	
20021158-1	INSULINA ZINC CRISTALINA100UI/ML	AMPOLLA	$	16.485	
19901469-2	INSULINA ZINC N.P.H. SUSPENSIÓN INYECTAB100UI	AMPOLLA	$	16.762	
19965437-01	IODOPOVIDONA SOLUCIÓN TÓPICA	LOCION	$	4.000	
19938287-1	IPRATROPIO BROMURO AEROSOL 002 MG / DO	UNIDAD	$	12.691	
19951877-04	ISOSORBIDE DINITRATO TABLETA 10 MG	TABLETA O CAPSULA	$	80	
19931807	JERINGA X 1 CC	UNIDAD	$	500	
41809	JERINGA X 10 CC	UNIDAD	$	500	
41809	JERINGA X 5 CC	UNIDAD	$	500	
19991627	JERINGA X 50 C.C.	UNIDAD	$	5.000	
19918847-02	KETOCONAZOL TABLETA 200 MG	TABLETA O CAPSULA	$	463	
19984823-01	KETOTIFENO JARABE 1 MG / 5 ML	UNIDAD	$	5.212	
1981073-3	KETOTIFENO TABLETA 1MG	TABLETA O CAPSULA	$	999	
19900990-1	LABETALOL 5MG/ML (0.5%) SOL. INYECTABLE	AMPOLLA	$	35.353	

19942561-03	LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE (SOLUCION HARTMANN)	UNIDAD	$	7.712	
19975104-03	LAMIVUDINA 10MG/ML SOLUCION ORAL	SOLUCION ORAL	$	27.577	
20001515-03	LAMOTRIGINA TABLETA 100MG	TABLETA O CAPSULA	$	462	
19935577-3	LEVODOPA+CARBIDOPA 25MG/250MG	TABLETA O CAPSULA	$	579	
19959695-3	LEVOMEPROMAZINA SOLUCION ORAL 4%	GOTAS	$	18.036	
19905097-03	LEVOMEPROMAZINA TABLETA 25 MG	TABLETA O CAPSULA	$	566	
19981474-02	LEVONORGESTREL + ETINILESTRADIOL 003MG+015MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA	$	90	
19989785-07	LEVONORGESTREL MICRONIZADO 75 MG IMPLANTE SUBDERMICO (JADELLE)	IMPLANTE SUBDERMICO	$	334.545	
42722-08	LEVOTIROXINA TABLETAS 100MCG	TABLETA O CAPSULA	$	75	
19960116-02	LEVOTIROXINA TABLETAS 50MCG	UNIDAD	$	74	
50709-04	LIDOCAINA AEROSOL 80G/83ML	FRASCO	$	124.813	
19980849-1	LIDOCAÍNA CLORHIDRATO GEL O JALEA 2%	UNIDAD	$	15.997	
218168-03	LIDOCAÍNA CON EPINEFRINA FRASCO	FRASCO	$	15.874	
31540-06	LIDOCAINA SIN EPINEFRINA FRASCO	FRASCO	$	28.099	
20018308-01	LITIO CARBONATO TABLETA CAPSULA 300MG	TABLETA O CAPSULA	$	364	
34537-02	LOPERAMIDA CLORHIDRATO TABLETA 2MG	TABLETA O CAPSULA	$	90	
19911481-01	LOPINAVIR + RITONAVIR 80MG+20MG SUSP	FRASCO	$	118.300	
19967068-01	LOPINAVIR + RITONAVIR TABLETA 200MG + 50MG	TABLETA O CAPSULA	$	1.440	
19900990-1	LORATADINA JARABE 100ML	JARABE	$	4.032	
19907271-1	LORATADINA TABLETA 10 MG	UNIDAD	$	54	
19914657-05	LORAZEPAM 2 MG TAB	TABLETA O CAPSULA	$	92	
20123643-17	LOSARTAN POTASICO TABLETAS 100MG	UNIDAD	$	206	
19965499-11	LOSARTAN TABLETA RECUBIERTA 50MG	TABLETA O CAPSULA	$	96	
20034926-04	LOVASTATINA TABLETA 20 MG	TABLETA O CAPSULA	$	63	
19975028	MASCARILLA DE VENTURY ADULTO	EQUIPO	$	20.000	
19975028	MASCARILLA DE VENTURY PEDIATRICA	EQUIPO	$	22.000	
19997693-1	MEBENDAZOL SUSPENSIÓN ORAL 100MG / 5 ML	SUSPENSION	$	3.409	
35811-02	MEBENDAZOL TABLETA 100 MG	TABLETA O CAPSULA	$	269	
13854-02	MEDROXIPROGESTERONA + ETINILESTRADIOL 25MG 5MG SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	$	20.000	
19997397-02	MEDROXIPROGESTERONA AMPOLLA	AMPOLLA	$	6.650	
19999216-01	MEDROXIPROGESTERONA TABLETA 5 M	TABLETA O CAPSULA	$	518	
20008613-01	MEPERIDINA SOL. INYECTABLE 100MG/2ML	AMPOLLA	$	4.170	
19905554-12	METFORMINA TABLETA 850 MG	UNIDAD	$	136	
37193-01	METILERGOMETRINA MALEATO AMPOLLA 0.2 MG	AMPOLLA	$	11.925	
20025656-06	METIMAZOL TABLETA 5 MG	TABLETA O CAPSULA	$	248	
19948280-04	METOCARBAMOL TABLETA 750 MG	UNIDAD	$	241	
19903576-03	METOCLOPRAMIDA SOLUCIÓN INYECTABLE10MG/2ML	UNIDAD	$	1.385	
19930423-02	METOCLOPRAMIDA SOLUCION ORAL (GOTAS)4MG/ML	GOTAS	$	4.244	
19941418-04	METOCLOPRAMIDA TABLETA 10 MG	TABLETA O CAPSULA	$	67	
19976470-03	METOPROLOL 50 MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA	$	67	
20149724-01	METOPROLOL AMPOLLA 5 MG	AMPOLLA	$	31.708	
19924180-2	METOPROLOL TABL X 100 MG	TABLETA O CAPSULA	$	156	
19927154-07	METOTREXATE TAB 2.5 MG	TABLETA O CAPSULA	$	870	
19908811-4	METRONIDAZOL 250 MG SUSPENSION	UNIDAD	$	9.696	
1983837-03	METRONIDAZOL OVULOS	OVULOS	$	358	
1983837-03	METRONIDAZOL X 500 MG TABLETAS	TABLETA O CAPSULA	$	162	
19975025	MICRONEBULIZADOR ADULTO	UNIDAD	$	10.000	
20084647	MICRONEBULIZADOR PEDIATRICO	UNIDAD	$	10.000	
19944864-03	MIDAZOLAM SOLUCIÓN INYECTABLE 5 MG / 5	AMPOLLA	$	7.761	
19914260-03	MISOPROSTOL TABLETAS 200 MICROGRAMOS	TABLETA O CAPSULA	$	3.744	
20013906-01	MORFINA 10MG/ML	AMPOLLA	$	2.816	
19986585-02	NAPROXENO SUSPENSION ORAL 150 MG / 5 ML	SUSPENSION	$	4.011	
17145-18	NAPROXENO TABLETA O CAPSULA 250 MG	TABLETA O CAPSULA	$	163	
19949535-02	N-BUTIL BROMURO DE HIOSCINA 10MG TABLETAS	TABLETA O CAPSULA	$	404	
19926478-05	N-BUTIL BROMURO DE HIOSCINA 20 MG. / 1 ML.	AMPOLLA	$	2.585	
19948580-02	NIFEDIPINA X 10 MG TABLETAS Ó CAP		$	734	
20025310-02	NIFEDIPINA X 30 MG TABLETAS Ó CAP	CAPSULA	$	307	
40927-14	NIMODIPINO 30MG	TABLETA O CAPSULA	$	142	
20102153-02	NISTATINA OVULO O TABLETA VAGINAL 100.00	TABLETAS VAGINALES	$	1.025	
19956538-1	NISTATINA SUSPENSIÓN ORAL 100000 UI /	SUSPENSION	$	6.396	
19985876-02	NITROFURANTOÍNA TABLETA Ó CÁPSULA 100 MG	CAPSULA	$	561	
19905208-1	NITROGLICERINA AMPOLLA 50MG/10ML	AMPOLLA	$	32.365	
24967-01	NITROPUSIATO DE SODIO SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA	$	33.120	
19940783-01	NOREPINEFRINA AMPOLLA 4MG/ML	AMPOLLA	$	3.455	
20028243-05	NORFLOXACINO 400 MG TABLETAS	TABLETA O CAPSULA	$	324	
19922566-10	OMEPRAZOL 40 MG	AMPOLLA	$	4.270	
20035947-28	OMEPRAZOL CÁPSULA 20 MG	CAPSULA	$	104	
20049275-02	OXACILINA AMPOLLAS 1G	UNIDAD	$	3.488	
22201	OXIGENO MEDICINAL POR LITRO	LITRO	$	100	
20018967-01	OXIMETAZOLINA SOLUCIÓN NASAL 025 MG /	UNIDAD	$	7.331	
19915399-04	OXITOCINA SOLUCIÓN INYECTABLE 10 U.I. /	AMPOLLA	$	2.671	
20054699-03	PEN. G BENZATINICA 2.400.000 UI	AMPOLLA	$	4.508	
219603-07	PEN.G BENZATINICA.1200000 AMPOLLAS	AMPOLLA	$	2.743	
19995692-01	PEN.G PROCAÍNICA POLVO 800000 AMPOLLAS	AMPOLLA	$	2.166	
218000-10	PEN.G SÓDICA 5000000. AMPOLLAS	AMPOLLA	$	5.234	
220027-13	PENICILINA G SODICA 1.000.000 UI AMPOLLA	AMPOLLA	$	2.754	

20020831-03	PIPOTIAZINA 25MG/ML	AMPOLLA	$	10.363	
19902915-2	PIRANTEL PAMOATO TABLETA 250MG	TABLETA O CAPSULA	$	637	
13649-1	PIRANTEL SUSPENSIÓN 250MG/5ML	SUSPENSION	$	3.325	
20057639-11	PIRIDOXINA CLORHIDRATO 50MG TABLETAS	TABLETA O CAPSULA	$	160	
19989785-07	POSTDAY 0.75MG	TABLETA O CAPSULA	$	2.931	
19961372-07	PRAZOSINA TABLETA 1 BACETMG	TABLETA O CAPSULA	$	89	
19984620-01	PREDNISOLONA ACETATO 1%+FENILEFRINA CLORHIDRATO 012%	UNIDAD	$	9.366	
20011084-05	PREDNISOLONA TABLETA 5 MG	UNIDAD	$	72	
205556	PRESERVATIVOS	UNIDAD	$	500	
19978181-10	PROPANOLOL 40 MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA	$	113	
35619-03	PROPANOLOL 80 MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA	$	217	
20060996-01	RALTEGRAVIR 100MG	TABLETA O CAPSULA	$	10.931	
20060995-1	RALTEGRAVIR 25MG	TABLETA O CAPSULA	$	2.728	
1998842-1	RALTEGRAVIR Tab 400mg	UNIDAD	$	43.712	
19924286-06	RANITIDINA 50 MG/2ML	AMPOLLA	$	692	
40564-02	RANITIDINA TABLETA 150 MG	TABLETA O CAPSULA	$	155	
N.A.	RECIPIENTES PARA COPROLOGICO	UNIDAD	$	500	
N.A.	RECIPIENTES PARA ORINA	UNIDAD	$	500	
19963611	RITONAVIR x100mg caja x 30 tab	TABLETA	$	163.000	
19919760-01	SALBUTAMOL (SULFATO) SOL. NEBULIZACION 050%	SOL. NEBULIZACION	$	28.153	
1984494-1	SALBUTAMOL 100 MCG/DOSIS AEROLSOL HFA	INHALADOR	$	9.945	
19994006-01	SALBUTAMOL JARABE 2 MG / 5 ML	JARABE	$	2.914	
19951161-02	SALES DE REHIDRATACION ORAL FORMULA OMS20.64g	UNIDAD	$	1.596	
19903347-1	SERTRALINA TABLETA 50MG	TABLETA O CAPSULA	$	174	
19969493	SINOIMPLANT KIT * 2 IMPLANTES SUBDERMICOS	UNIDAD	$	128.000	
19911220-05	SODIO BICARBONATO SOLUCIÓN INYECTABLE 1	AMPOLLA	$	4.132	
19932754-02	SODIO CLORURO (SSN) 0.9% SOL.X 500	BOLSA	$	4.110	
20085432	SONDA FOLEY N 20	SONDA	$	5.601	
20085432	SONDA FOLEY N 22	SONDA	$	5.601	
20085432	SONDA FOLLEY N 10	SONDA	$	5.601	
20085432	SONDA FOLLEY N 14	SONDA	$	5.601	
20085432	SONDA FOLLEY N 16	SONDA	$	6.000	
20085432	SONDA FOLLEY N 18	SONDA	$	5.601	
20085432	SONDA FOLLEY N 8	SONDA	$	5.846	
19949288	SONDA NASOGASTRICA N 14	SONDA	$	2.000	
19949288	SONDA NASOGASTRICA N 16	SONDA	$	2.563	
19949288	SONDA NASOGASTRICA N 8	SONDA	$	2.500	
19949288	SONDA NASOGASTRICA N PEDIATRICA	SONDA	$	2.500	
203310	SONDA NELATON N 10	SONDA	$	3.000	
203310	SONDA NELATON N 12	SONDA	$	3.000	
203310	SONDA NELATON N 16	SONDA	$	3.000	
203310	SONDA NELATON N 6	SONDA	$	3.000	
20037305-01	SUCCINILCOLINA 1G/10ML AMPOLLA	AMPOLLA	$	43.200	
36743-03	SUCRALFATO 1 GR TABLETA	TABLETA O CAPSULA	$	579	
19961609-01	SUERO ANTIESCORPIÓN	SOLUCION INYECTABLE	$	1.076.868	
2016001849	SUERO ANTIOFIDICO 30MG 7MG 15MG	AMPOLLA	$	581.817	
19943524-01	SULFACETAMIDA SODICA 10%	GOTAS	$	6.572	
19930887-02	SULFADIAZINA DE PLATA CREMA 1%	UNIDAD	$	7.871	
201145-1	SULFASALAZINA TABLETAS 500MG	TABLETA O CAPSULA	$	481	
20080792-20	SULFATO FERROSO 300 MG TABLETAS RECUBIERTAS	TABLETA O CAPSULA	$	86	
19963970-02	SULFATO FERROSO JARABE 120ML	JARABE	$	3.936	
19935299-01	SULFATO MAGNESIO SOLUCIÓN INYECTABLE 20	AMPOLLA	$	2.014	
20124026	SUPERKIT CITOLOGICO	KIT	$	6.588	
20087985-01	T. DE CU.	UNIDAD	$	20.000	
20048499	TAPON HEPARINIZADO	TAPON	$	964	
20140868-01	TENOFOVIR DISOPROXIL FURAMATO 300MG EMTRICITABINA 200 MG	TABLETA O CAPSULA	$	4.543	
20027951-04	TEOFILINA TABLETA O CAPSULA 125 MG	TABLETA O CAPSULA	$	360	
20061730-12	TEOFILINA TABLETA Ó CÁPSULA 300 MG	CAPSULA	$	296	
38998-04	TERBUTALINA SULFATO LÍQUIDO PARA NEBULIZACION	GOTAS	$	16.669	
000039003-01	TERBUTALINA SULFATO SOLUCIÓN INYECTABLE	AMPOLLA	$	3.792	
20046007-02	TETANOL TOXOIDE TETÁNICO AMPOLLAS	AMPOLLA	$	17.480	
38332-02	TIAMINA SOLUCIÓN INYECTABLE 100 MG / ML	AMPOLLA	$	10.276	
23440-10	TIAMINA TABLETA 300MG	TABLETA O CAPSULA	$	375	
19941885-07	TIMOLOL SOLUCION OFTALMICA 0.5%	SOLUCION OFTALMICA	$	5.671	
19946427-01	TINIDAZOL SUSPENSIÓN FRASCO 200MG/15ML	SUSPENSION	$	3.812	
29317-08	TINIDAZOL TABLETAS 500MG	TABLETA O CAPSULA	$	231	
19982772	TIRAS PARA GLUCOMETRIA	UNIDAD	$	8.000	
20045072-04	TRAMADOL 100MG AMPOLLAS	UNIDAD	$	1.158	
19924520-04	TRAMADOL SOLUCIÓN ORAL 100 M	GOTAS	$	3.339	
17135-2	TRAZODONA TABLETAS 50MG	TABLETA O CAPSULA	$	153	
19999947-1	TRIMEBUTINA MALEATO 200 MG	TABLETA O CAPSULA	$	388	
51063-03	TRIMETOPRIM + SULFA 160/800 TABLETAS	TABLETA O CAPSULA	$	320	
20678-3	TRIMETOPRIM + SULFA 80/400 TABLETAS	TABLETA O CAPSULA	$	1.451	
19925515-1	TRIMETOPRIM + SULFA SUSPENSION	SUSPENSION	$	10.328	
20084718	TUBO ENDOTRAQUEAL N 2.0	OROTRAQUEAL	$	7.000	
20084718	TUBO ENDOTRAQUEAL N 2.5	OROTRAQUEAL	$	5.000	
20084718	TUBO ENDOTRAQUEAL N 3.0	OROTRAQUEAL	$	6.000	

20084718	TUBO ENDOTRAQUEAL N 3.5	OROTRAQUEAL	$	7.000	
20084718	TUBO ENDOTRAQUEAL N 4.0	OROTRAQUEAL	$	7.000	
20084718	TUBO ENDOTRAQUEAL N 4.5	OROTRAQUEAL	$	7.000	
20084718	TUBO ENDOTRAQUEAL N 5.0	OROTRAQUEAL	$	7.000	
20084718	TUBO ENDOTRAQUEAL N 5.5	OROTRAQUEAL	$	8.000	
20084718	TUBO ENDOTRAQUEAL N 6.0	OROTRAQUEAL	$	8.000	
20084718	TUBO ENDOTRAQUEAL N 6.5	OROTRAQUEAL	$	7.000	
20084718	TUBO ENDOTRAQUEAL N 7.0	OROTRAQUEAL	$	7.000	
20084718	TUBOS ENDOTRAQUEAL N 7.5	OROTRAQUEAL	$	7.000	
20016549-119	VALPRÓICO ÁCIDO TABLETA Ó CÁPSULA 250 MG	CAPSULA	$	302	
19955370-07	VALPRÓICO SÓDICO JARABE 250 MG /5 ML	UNIDAD	$	6.979	
20016111	VENDA ALGODÓN 4X5	UNIDAD	$	3.000	
20016111	VENDA DE ALGODON LAMINADO 6X5	UNIDAD	$	5.000	
20016111	VENDA DE ALGODÓN LAMINADO YARDAS 5X5	UNIDAD	$	3.990	
N.A.	VENDA DE YESO 4X5	UNIDAD	$	10.000	
N.A.	VENDA DE YESO 6X5	UNIDAD	$	18.000	
20165860	VENDA ELASTICA 4X5	UNIDAD	$	3.000	
20165860	VENDA ELASTICA 5X5	UNIDAD	$	2.407	
20165860	VENDA ELASTICA 6X5	UNIDAD	$	5.400	
37892-04	VERAPAMILO 80 MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA	$	152	
37897-04	VERAPAMILO TAB 120 MG	TABLETA O CAPSULA	$	190	
19934152-2	VITAMINA A TABLETA 50.000 U.I	TABLETA O CAPSULA	$	228	
20199440	VITAMIX ALIMENTO EN POLVO CON VITAMINAS Y MINERALES SOBRE X 1 G	SOBRES	$	39.936	
20096037-06	WARFARINA TABLETAS 5 MG	TABLETA O CAPSULA	$	457	
20063923-01	ZIDOVUDINA + LAMIVUDINA TABLETA 300MG + 150MG	TABLETA O CAPSULA	$	1.167	
19974944-3	ZIDOVUDINA 10MG/ML SOLUCION ORAL	SOLUCION ORAL	$	32.138	

PROPONENTE

_____

Firma representante legal
C.C. N° _____ Exp en _____

ANEXO No. 3

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Cumplir con los protocolos establecidos para la prestación de servicios médicos hospitalarios de BAJA COMPLEJIDAD.
2. Practicar única y exclusivamente los procedimientos dispuestos mediante autorización firmada por el Jefe de Sanidad o quien éste designe.
3. Cumplir con las condiciones técnicas que se exijan para la presentación de la propuesta.
4. **El contratista deberá sostener los precios y tarifas ofrecidas para cada vigencia, durante el plazo de ejecución del Contrato y sus adicciones**. **Las tarifas ofertadas a SOAT se facturarán al inicio de cada vigencia anual de acuerdo al incremento de Ley y las tarifas institucionales se incrementarán de acuerdo con el S.M.L.M.V decretado por el Gobierno Nacional.**
5. Una vez sean actualizados los precios de medicamentos y/o dispositivos médicos de venta institucional por parte de las entidades, esta, deberá presentar informe detallado donde se justifique su incremento, con sus respectivos valores, códigos y análisis comparativo. Asimismo las nuevas tarifas se aplicaran una vez tengan el aval de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 previa revisión de auditoria médica y se notifiquen a las entidades.
6. Presentar plan de contingencia en el evento de presentar falla los equipos, o casos de fuerza mayor con los profesionales.
7. Entregar una estadística mensual de los pacientes atendidos incluyendo el número del documento y nombres completos del paciente, la fecha de atención y el servicio prestado.
8. El contratista debe disponer de por lo menos una línea telefónica, para poder tener comunicación constantemente con la entidad.
9. Para la autorización del servicio, debe presentarse documento de identificación en original según el caso (Registro civil de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad). (Atención de urgencias vitales y atención inicial de urgencias). **Boletín de autorización vigente** Los servicios electivos (programados), se prestarán previa verificación de derechos y autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 , por lo tanto si el usuario no es portador de la **autorización vigente**, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 a los correos deuil.rases-rco@policia.gov.co para obtener su consentimiento antes de prestar el servicio.. **Boletín de autorización vigente** Los servicios electivos (programados), se prestarán previa verificación de derechos y autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 , por lo tanto si el usuario no es portador de la **autorización vigente**, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 a los correos disan.griss-aut@policia.gov.co , disan.griss-crf@policia.gov.co , disan.refer-nal@policia.gov.co y a los 350-413-1671 y 350-554-6128 , por lo tanto si el usuario no es portador de la autorización vigente, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 los correos disan.rase2-aut@policia.gov.co y deuil.rases-rco@policia.gov.co para obtener su consentimiento antes de prestar el servicio.
10. Todo procedimiento adicional que no haga parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado, y que el proveedor estime conveniente en un momento dado atender al usuario, así se encuentre entre el listado contractual y tarifado, requerirá el aval por parte de la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, sin que se convierta en obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente.
11. 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. Este estará sujeto a glosa total hasta que el comité ADHOC de la IPS y la dependencia de Garantía de la Calidad (GARCA) de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, se reúnan y expidan el plan de mejoramiento y se determine la inherencia del evento para determinar el monto a cancelar definitivo.
12. El contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes ***cinco días a su ocurrencia***, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de salud derivados del evento adverso. (Dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-006 Reporte de Incidentes y Eventos Adversos que se adjunta a la presente minuta contractual.
13. El contratista se compromete a NO continuar prestando los servicios objeto del presente contrato una vez este agotado el valor del contrato, **SALVO** en casos de urgencia médica debidamente justificada de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud. Los servicios

prestados por fuera del contrato que no cumpla con las anteriores condiciones, no serán pagados por el CONTRATANTE.

14. **El contratista debe dar a conocer a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 las Guías de manejo institucionales**.
15. La radicación de la facturación (Impresa y en medio magnético) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los **DIEZ (10) PRIMEROS DÍAS HÁBILES DEL MES SIGUIENTE A LA PRESTACIÓN**, la cual como mínimo debe cumplir con:
    - Relación general de pacientes atendidos, detallando la pre-factura por cada uno de ellos discriminada y firmada por el usuario o acudiente.
    - Requisitos establecidos por la DIAN.REGIONAL
    - 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.
    - 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.
    - Presentar original de la autorización del servicio.
    - Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El cual debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 de 2000 del MINSALUD y demás normas que lo reglamenten o modifiquen. El sistema que genere el RIPS deberá adicionar en una última columna para las prestaciones "Consulta Médica Especializada primera vez (890202)" y "Consulta Médica Especializada control (890302)" Se debe anexar el CD con el RIPS correspondiente, además del cuadro en Excel según el instructivo 013 del 04/06/13 de la DISAN.
16. EL CONTRATISTA DEBE SUMINISTRAR A LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO: 1.) Notificar al supervisor del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato. 2.) **Informar al supervisor del contrato semanalmente el valor ejecutado del contrato y cuando el contrato se encuentre en un 80% ejecutado**. 3) Debe reportar al supervisor del contrato los indicadores de la Circular Externa Supersalud 056 y 058 de 2009, así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. 4.) Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Jefatura de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 o el ordenador del gasto. 5.) **Enviar el primer día hábil de cada semana a la** Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 **la información de notificación epidemiológica semanal (solo se notifica los casos de usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional).**
17. El contratista Generara de manera mensual estadística de eventos adversos y auditoria al 100% de estos, comprometiéndose en todos los casos a establecer planes de mejoramiento.
18. El contratista debe tener disponibilidad de oficina de atención al usuario, y en todo caso cualquier queja interpuesta deber dársele el tramite respectivo del cual se enviar copia al supervisor del contrato, o en su defecto a la oficina de garantía y calidad de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2.
19. El contratista no atenderá pacientes que no cuenten con la debida autorización vigente por parte de la oficina de referencia y contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, teniendo en cuenta que dicha autorización tiene vigencia (06) meses calendario; procedimientos realizados en estas condiciones no serán cancelados por el CONTRATANTE.
20. Disponer de los indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud e implementar sus propios programas de Auditoria de conformidad con el Decreto 1011 de 2006 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o complementen.
21. Presentar el resultado del análisis de los eventos adversos que sean requeridos por la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, dentro de los treinta (30) días siguientes a la solicitud, así mismo asistir a la cita concertada para cierre de esos casos.

22. Presentar el plan de mejoramiento derivado de las visitas de calidad realizadas por la Regional de Aseguramiento en Salud N° 2 y el resultado de la ejecución del mismo, en los casos en los que haya lugar.

23. Garantizar y respetar los derechos de los pacientes de conformidad con la Ley 23 de 1981, la Circular Externa Conjunta 0016 de 2013 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

24. El PRESTADOR se compromete a recolectar y reportar mensualmente al Regional de Aseguramiento en Salud N° 2, el registro por persona de las actividades de Protección Especifica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, según el Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la Resolución No. 4505 de 2012, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicho reporte deberá ser enviado a LA Regional de Aseguramiento en Salud N° 2 dentro de los primeros diez (10) días calendario mediante él envió al correo electrónico deuil.rases-epi@policia.gov.co.

25. Capacitar a su personal en el registro y soporte clínico relacionado con las actividades de Proyección Especifica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.

26. Reportar de manera escrita, en un plazo no mayor a quince (15) días previos al registro, la novedad de cierre de los servicios de urgencias y hospitalización, en caso de que estos hayan sido contratados por la Regional de Aseguramiento en Salud N° 2 , lo anterior según lo establece la Resolución 003100 de 2019 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud".

27. Verificar la calidad de afiliado del usuario que solicite ser atendido haciendo uso de los mecanismos de validación de derechos dispuestos por la Regional de Aseguramiento en Salud N° 2.

28. Las Actividades, Intervenciones, Procedimientos y Medicamentos no contemplados en el Plan de Beneficios en Salud y que hayan sido ordenados en fallos de tutela y/o medidas provisionales deberán cumplirse estrictamente conforme lo ordene la providencia del Juez de Conocimiento, e informará a la Regional de Aseguramiento en Salud N° 2 para que esta genere la autorización.

29. Prestar el servicio de urgencias a los usuarios de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 2, e informar y reportar el ingreso de sus afiliados al servicio de urgencias, incluyendo las urgencias por eventos catastróficos dentro de las veinticuatro (24) horas hábiles siguientes al ingreso, de acuerdo a lo señalado en el Decreto 4747 de 2007, la Resolución 3047 de 2008 y demás normas que lo adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan.

30. Reportar la capacidad instalada de los servicios objeto de contratación, conforme al REPS.

31. Prestar atención a los pacientes del programa de VIH (Gestantes, pacientes con Tuberculosis, hijos de madre VIH menores de 18 meses), de acuerdo a las guías de manejo, establecidas por el MSPS, para cada una de las patologías; realizando y reportando los laboratorios y seguimientos del usuario, su familia y la gestión del riesgo de acuerdo a las frecuencias establecidas y como mínimo una vez cada doce (12) meses y detección temprana de acuerdo a la normatividad vigente, se deberá enviar reporte al correo deuil.rases-rco@policia.gov.co, los primeros 5 de cada mes.

32. Realizar gestión del riesgo y detección temprana, para el diagnóstico oportuno de las enfermedades precursoras de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), Hipertensión Arterial y Diabetes; realizando y reportando los exámenes de laboratorio y seguimientos del usuario, su familia y la gestión del riesgo de acuerdo a las frecuencias establecidas y como mínimo una vez cada 12 meses.

33. Realizar detección temprana de cáncer de cuello uterino y mama, informando a la Regional de Aseguramiento en Salud N° 2 oportunamente los resultados para definir plan de manejo.

34. Destinar los recursos entregados para la ejecución de los servicios contratados, velando en todo momento por el manejo acertado, correcto y racional de los mismos.

35. Cumplir con la oportunidad pactada en la prestación de los servicios objeto del presente contrato.

36. Identificar complicaciones derivadas de la atención, y en caso de requerir otro nivel de complejidad, informar a LA Regional de Aseguramiento en Salud N° 2, este hecho.

37. Solicitar autorización a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2de cualquier remisión de pacientes que se requiera efectuar a otro nivel de complejidad.

38. Mantener vigente, durante todo el término de duración del contrato, su habilitación como prestador de servicios de salud e informar a más tardar al día hábil siguiente de la ocurrencia de cualquier modificación que se genere respecto de la habilitación. La Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 podrá verificar en cualquier momento la habilitación, las condiciones de prestación del servicio y las instalaciones del PRESTADOR. En este sentido, El PRESTADOR se obliga a declarar los servicios habilitados y reportar las novedades frente a los mismos a los órganos de control; cualquier incumplimiento de esta obligación constituirá causal válida de terminación unilateral del contrato por parte de LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, sin perjuicio de las acciones a que haya lugar.

39. Suministrar en forma oportuna y por el medio más expedito a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 la información para responder las peticiones, quejas y reclamos de los afiliados y de las Entidades de Control y/o Autoridades Judiciales, y en general dar respuesta escrita a las solicitudes que formule LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 con ocasión de la ejecución del contrato, en un término no superior a cinco (5) días hábiles o en el término dispuesto por la entidad de control y/o autoridad judicial.

40. Apoyar y facilitar las labores de auditoría, supervisión, evaluación y control que LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 realice en forma directa, asistiendo y participando de los comités que cite LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 y/o en aquellos que acuerden las partes. Las recomendaciones que se deriven de dichos comités deben ser implementadas por el PRESTADOR, quien deberá informar a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 la implementación de las recomendaciones dentro del mes siguiente a su solicitud.

41. Informar oportunamente a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 los casos de presunta suplantación o fraude de usuarios y prestar toda su colaboración en la prevención y seguimiento de fraudes, así como en la identificación y obtención de materiales probatorios.

42. Suministrar oportunamente la información relacionada con la prestación de servicios de salud derivada de accidentes de tránsito y enfermedades catastróficas.

43. Informar cuando se presente a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 sobre el fallecimiento de usuarios que se produzca en sus instalaciones o bajo su tratamiento al correo electrónico que se designe para tal efecto, adjuntando copia del certificado de defunción. Sin perjuicio del reporte que se debe realizar a través de la herramienta SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud de conformidad con la normatividad vigente

44. Proveer la información solicitada de forma clara, y oportuna conforme a los plazos establecidos, tal y como lo dispone el artículo 114 de la Ley 1438 del 2011.

45. Permitir a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 la consulta de la información relacionada con el estado de salud y la prestación de los servicios a los afiliados de La Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, facilitando copia de la historia clínica y anexos de ésta, en medio magnético o físico, con el fin de dar trámite a requerimientos judiciales y prejudiciales, requerimientos de autoridades administrativas y labores de auditoría médica efectuada por LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2. Así mismo, el PRESTADOR se compromete a suministrar la copia de la historia clínica a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, dentro de los plazos impuestos por la autoridad Judicial o Administrativa.

46. Suministrar mensualmente, con la radicación de la cuenta de cobro, los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), para dar cumplimiento a las obligaciones y condiciones delimitadas en el parágrafo 2º del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007 y demás normas que lo adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan.

47. El PRESTADOR permitirá que LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 consulte información relacionada con el PAMEC y el SIC en el marco del SOGC, de acuerdo a la normatividad vigente y a las que lo modifiquen o sustituyan. Enviar copia de la notificación de los eventos de vigilancia y salud pública, con el fin de obtener oportunidad en la información de los eventos sujetos a vigilancia. Esta notificación se reporta los lunes o el primer día hábil, en caso de festivo, de cada semana, al correo electrónico que disponga para tal efecto LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2. Lo anterior no exime al PRESTADOR del cumplimiento del Decreto 3518 de 2006, en cuanto a los reportes de estos eventos.

48. Cumplir con las medidas de atención y reporte a las autoridades competentes de los casos de violencia de acuerdo a lo establecido en la Ley 1257 de 2008, Decreto 4796 y 4799 de 2011, Decreto 2734 de 2012 y la Resolución 459 de 2012 y demás normas que las adicionen, sustituyas o modifiquen.

49. Realizar consulta externa ambulatoria para las víctimas de violencia sexual sin distingo de sexo, edad, raza, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social. Para eso se debe registrar las acciones de la víctima que puedan tener implicaciones médico-legales y los demás registros, según el reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual, según la Resolución 459 de 2012.

50. El PRESTADOR autoriza la inclusión de su nombre en el cuadro de prestadores adscritos a la red de servicios de salud de LA Regional de Aseguramiento en Salud N° 2, incluyendo en él su dirección, portafolio de servicios ofrecidos u otras características especiales y permitirá el uso de elementos publicitarios e informativos de LA Regional de Aseguramiento en Salud N° 2 en las instalaciones del PRESTADOR, en el lugar y de la forma definida de común acuerdo entre las partes.

51. El PRESTADOR deberá abstenerse de prestar, prescribir o realizar con cargo a LA Regional de Aseguramiento en Salud N° 2 los servicios correspondientes a aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como tratamientos médicos, quirúrgicos o terapéuticos que involucren medicamentos no aprobados por el INVIMA y/o esquemas terapéuticos o protocolos de atención no aprobados por las sociedades científicas. Tampoco aquellos considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y en general, aquellos no autorizados, previo el cumplimiento de los trámites legales requeridos.

52. Incluir a sus trabajadores al régimen de seguridad social Integral y mantener su vinculación; el PRESTADOR será el único responsable por la asunción de los costos de afiliación y vinculación permanente. El PRESTADOR deberá remitir certificación suscrita por el revisor fiscal o contador y el representante legal, en la cual se indique el cumplimiento de esta obligación.

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

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

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

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

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

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

59. Responder legalmente por cualquier perjuicio que le acaeciere al usuario durante su estancia o estadía en las instalaciones donde suministre servicios el PRESTADOR, atribuible a dolo o negligencia así sea levísima, previa orden judicial.

60. Dar estricta aplicación a los procedimientos establecidos por la normatividad legal vigente respecto de la cadena de custodia, a saber, el artículo 255 de la Ley 906 de 2004, Resolución 06394 de 2004, Ley 1146 de 2007, Resolución 1776 de 2008 y demás normas que las modifiquen, adicionen, aclaren o sustituyan.

61. Dar estricto cumplimiento a las normas sobre salud ocupacional.

62. EL PRESTADOR se obliga a no emplear o usar los datos personales e información de los usuarios en fines diferentes al objeto del contrato, lo anterior sin perjuicio a lo establecido denominada como Protección de Datos Personales.

63. EL PRESTADOR se compromete a permitir el ingreso de los auditores concurrentes a sus instalaciones, áreas o servicios, y se compromete a facilitar el proceso de auditoría concurrente de acuerdo con la normatividad vigente.

64. EL PRESTADOR garantizará que el personal destinado para la ejecución del servicio contratado está debidamente capacitado, con la experiencia suficiente y necesaria, así como también, que cuenta con la debida autorización por el ente de control competente para desempeñar sus funciones.

65. Garantizar la atención de recién nacidos, para lo cual deberá cumplir con lo establecido en los artículos 10, 23, 24 y 25 del Acuerdo 415 de 2009 de la CRES y demás normas que las modifiquen aclaren, adicionen o sustituyan.

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

67. EL PRESTADOR tendrá a cargo la retroalimentación y actualización de las historias clínicas, la cual deberá diligenciar con la información de los pacientes de forma clara, veraz y acertada. Adicionalmente, el PRESTADOR se obliga a registrar las novedades que se presenten con ocasión a la atención prestada por ésta. En virtud de lo anterior, el PRESTADOR deberá responder ante LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 por inexactitudes, confusiones, datos incorrectos y no actualizados, así como, las demás inconsistencias que conlleven a error a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 o a cualquier tercero.

68. EL PRESTADOR se obliga a presentar y suministrar información veraz.

69. Presentar los informes a la Dirección o Coordinación Departamental o al área del nivel Nacional competente en la periodicidad que solicite La Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 y/o conforme lo dispuesto en el presente contrato y sus anexos.

70. No usar el nombre de La Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 para justificar ante sus proveedores o terceros el cumplimiento de sus obligaciones u otros asuntos internos.

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

72. Los medicamentos que sean prescritos a los afiliados y beneficiarios de La Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 por parte de los profesionales de la salud del PRESTADOR, deberán cumplir con los requisitos establecidos en el Artículo 17 del Decreto 2200 de 2005 que regula la prestación del servicio farmacéutico, incorporando en cada formulación como mínimo los siguientes datos: 1. Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica. 2. Lugar y fecha de la prescripción. 3. Nombre del paciente y documento de identificación. 4. Número de la historia clínica. 5. Tipo de usuario (subsidiado) 6. Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico). 7. Concentración y forma farmacéutica. 8. Vía de administración. 9. Dosis y frecuencia de administración. 10. Período de duración del tratamiento. 11. Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras. 12. Indicaciones que a su juicio considere el prescriptor. 13. Vigencia de la prescripción. 14. Nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional, así como la norma que adicione, modifique, aclare o sustituya la normatividad aquí señalada.

73. Es obligación por parte del CONTRATISTA publicar en la página de Contratación SECOP II, (en el proceso de referencia) la factura y/ o cuenta de cobro (incluyendo parafiscales), antes de que finalice la fecha limite, la cual se relaciona más adelante. De no publicar la factura, no se podrá dar trámite a la misma para ser obligada; de acuerdo a lo establecido en la GUIA RAPIDA DE GESTION CONTRACTUAL PARA PROVEEDORES EN EL SECOP II, en el punto IV. Envío de Facturas.

74. El CONTRATISTA deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020.

75. El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley

estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.

76. El contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial.
77. Las demás obligaciones que de la naturaleza del presente contrato se deriven o impongan las normas legales.

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

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

ANEXO No. 4

OBLIGACIONES DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2

1. Poner a disposición del **CONTRATISTA** los bienes y lugares que se requieran para la ejecución y entrega del objeto contratado.

2. Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un supervisor, a través de quien la **POLICÍA NACIONAL** mantendrá la interlocución permanente y directa con el **CONTRATISTA**.

3. Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del supervisor designado para el efecto, exigiéndole la ejecución idónea y oportuna del objeto a contratar.

4. Recibir a satisfacción los bienes y/o servicios que sean entregados por el **CONTRATISTA**, cuando estos cumplan con las condiciones establecidas y en especial las especificaciones u obligaciones técnicas contenidas en el anexo técnico.

5. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar, para lo cual el supervisor dará aviso oportuno a la POLICÍA NACIONAL, sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento.

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

7. Tramitar diligentemente las apropiaciones presupuestales que requiera para solventar las prestaciones patrimoniales que hayan surgido a su cargo como consecuencia de la suscripción del contrato.

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

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

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

ANEXO No. 5

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

Como quiera que en la ejecución de los contratos celebrados en los años anteriores no se han presentado inconvenientes en los mismos, la estimación del riesgo (probabilidad de ocurrencia del riesgo) corresponde a los porcentajes mínimos indicado dentro de la normatividad vigente en el Manual de Contratación para la Policía Nacional y las necesidades de la institución.

Igualmente, no se exigirán pólizas de conformidad con lo preceptuado en el artículo 2.2.1.2.1.4.5 del Decreto 1082 de 2015; sin embargo, la entidad contratista se comprometerá a garantizar el cumplimiento de las obligaciones contraídas y la calidad de los servicios mediante el cumplimiento de la normatividad vigente con la mera suscripción del contrato y responderá por los daños ocasionados a terceros con la póliza global de responsabilidad civil que toma para dicho fin las Diferentes Empresas Sociales del Estado como que son "E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA DE SUAZA-HUILA -HUILA", ""E.S.E. CENTRO DE SALUD JUAN DE DIOS DEL PITAL-HUILA", "E.S.E. HOSPITAL MUNICIPAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE-HUILA".

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

ANEXO No. 6

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PN RASES N° 2 CD N° 85-5-XXXXX-XX CELEBRADO ENTRE LA NACION-POLICÍA NACIONAL- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2 Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, CUYO OBJETO ES LA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 – DEL MUNICIPIO DE SUAZA– HUILA.

Entre los suscritos, de una parte: LA NACION-POLICIA NACIONAL-DIRECCION DE SANIDAD-REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2, quien actúa a través de su representante legal o su delegado, y por la otra, EL CONTRATISTA, debidamente identificados como aparece en el ANEXO N°1 "DATOS DEL CONTRATO" hemos convenido celebrar el presente contrato Interadministrativo, previas las siguientes consideraciones: a) Que se elaboraron los estudios previos y documentos de conformidad con lo señalado en el articulo 2.2.1.1.2.1.1 del Decreto 1082 de 2015. b) Que al momento de la apertura del proceso de selección, se contó con la respectiva apropiación presupuestal que respalda el presente compromiso. c) Que el presente contrato se deriva del proceso PN RASES N° 2 CD 006 2022 bajo la modalidad de Contratación Directa – CONTRATO INTERADMINISTRATIVO, en virtud de lo previsto en el artículo 2 numeral 4 literal c de la ley 1150 de 2007 y en el artículo 2.2.1.2.1.4.4 del Decreto 1082 de 2015. d) Que la POLICIA NACIONAL designará un supervisor para el presente contrato, el cual mantendrá comunicación con el CONTRATISTA, durante el desarrollo del contrato y ejercerá las funciones prescritas en la Resolucion No. 00090 de 2018. e) Que habiéndose dado cumplimiento a todos los trámites y requisitos que exige la contratación administrativa para este tipo de contrato (Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015), es procedente la celebración del mismo, el cual se regirá por las siguientes clausulas: **PRIMERA. OBJETO:** El objeto del presente contrato es el que se indica el Anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". **SEGUNDA. FINALIDADES DEL CONTRATO:** El presente contrato está orientado a lograr la efectiva y eficiente prestación de los servicios asistenciales y hospitalarios propios de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2, en consecuencia, el CONTRATISTA se compromete para con la POLICÍA NACIONAL-REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2 a prestar el servicio requerido para suplir las necesidades definidas en los estudios previos. En tal sentido, queda claro que todas las obligaciones a cargo del CONTRATISTA, derivadas del presente contrato, así como de la naturaleza de su objeto y las finalidades por él previstas, son obligaciones de resultado. Estas finalidades deberán tenerse en cuenta para la adecuada comprensión e interpretación del presente contrato, especialmente en lo que concierne a sus reglas y condiciones, así como para determinar el alcance de los derechos y obligaciones que el mismo atribuye a las partes **TERCERA - VALOR**: Para efectos legales, fiscales y presupuestales, el valor del contrato asciende a la suma descrita en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". **CUARTA - FORMA DE PAGO**: LA POLICÍA pagará al CONTRATISTA el valor de este contrato de conformidad con lo dispuesto en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". **QUINTA – APROPIACIÓN PRESUPUESTAL**: El presente contrato está amparado por el certificado de disponibilidad presupuestal que se indica en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". Una vez suscrito el mismo se efectuará el correspondiente registro presupuestal. **SEXTA - PLAZO DE EJECUCIÓN**: El plazo de ejecución del contrato es el señalado en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". **SÉPTIMA - VIGENCIA**: La Vigencia del presente contrato será de cuatro (4) meses adicionales al plazo de ejecución establecido en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". **OCTAVA - LUGAR Y FORMA DE PRESTACION DEL SERVICIO:** El sitio en el cual se hará la prestación del servicio objeto del contrato será el que aparece en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". **NOVENA - DERECHOS DEL CONTRATISTA**: En general, son derechos del CONTRATISTA: **1.)** Recibir el pago que en su favor establece el presente contrato. **2.)** Obtener la colaboración necesaria de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 2 para el adecuado desarrollo del contrato. **DECIMA - OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA**: En general, son obligaciones del CONTRATISTA. **1)** Cumplir con los protocolos establecidos para la prestación de servicios médicos hospitalarios de baja complejidad. **2)** Practicar única y exclusivamente los procedimientos dispuestos mediante autorización firmada por el Jefe de Sanidad o quien éste designe. **3)** Cumplir con las condiciones técnicas que se exijan para la presentación de la propuesta. **4)** **El contratista deberá sostener los precios y tarifas ofrecidas para cada vigencia, durante el plazo de ejecución del Contrato y sus adicciones**. **5)** **Las tarifas ofertadas a SOAT se facturarán al inicio de cada vigencia anual de acuerdo al incremento de Ley y las tarifas institucionales se incrementarán de acuerdo con el S.M.L.M.V decretado por el Gobierno Nacional.** **6)** Una vez sean actualizados los precios de medicamentos y/o dispositivos médicos de venta *institucional* por parte de la XXXXXXXXXXXXXXXXX, deberá presentar informe detallado donde se justifique su incremento, con sus respectivos valores, códigos y análisis comparativo. Asimismo las nuevas tarifas se aplicaran una vez tengan el aval de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 2 previa revisión de auditoria médica y se notifiquen a la XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX. **7)** Presentar plan de contingencia en el evento de presentar falla los equipos, o casos de fuerza mayor con los profesionales. **8)** Entregar una estadística mensual de los pacientes atendidos incluyendo el número del documento y nombres completos del paciente, la fecha de atención y el servicio prestado. **9)** El contratista debe disponer de por lo menos una línea telefónica, para poder tener comunicación constantemente con la entidad. **10)** Para la autorización del servicio, debe *presentarse documento de identificación* en original según el caso (Registro civil de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores

de edad). (Atención de urgencias vitales y atención inicial de urgencias). **Boletín de autorización vigente** Los servicios electivos (programados), se prestarán previa verificación de derechos y autorización de la Unidad Prestadora de Salud Huila , por lo tanto si el usuario no es portador de la **autorización vigente**, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la Unidad Prestadora de Salud Huila a los correos deuil.rases-rco@policia.gov.co para obtener su consentimiento antes de prestar el servicio.. **Boletín de autorización vigente** Los servicios electivos (programados), se prestarán previa verificación de derechos y autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 , por lo tanto si el usuario no es portador de la **autorización vigente**, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 a los correos disan.griss-aut@policia.gov.co , disan.griss-crf@policia.gov.co , disan.refer-nal@policia.gov.co y a los 350-413-1671 y 350-554-6128 , por lo tanto si el usuario no es portador de la autorización vigente, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 los correos disan.rase2-aut@policia.gov.co y deuil.rases-rco@policia.gov.co para obtener su consentimiento antes de prestar el servicio. **11)** Todo procedimiento adicional que no haga parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado, y que el proveedor estime conveniente en un momento dado atender al usuario, así se encuentre entre el listado contractual y tarifado, requerirá el aval por parte de la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, sin que se convierta en obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente. **12)** 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. Este estará sujeto a glosa total hasta que el comité ADHOC de la IPS y la dependencia de Garantía de la Calidad (GARCA) de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, se reúnan y expidan el plan de mejoramiento y se determine la inherencia del evento para determinar el monto a cancelar definitivo. **13)** El contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes ***cinco días a su ocurrencia***, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de salud derivados del evento adverso. (Dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-006 Reporte de Incidentes y Eventos Adversos que se adjunta a la presente minuta contractual. **14)** El contratista se compromete a NO continuar prestando los servicios objeto del presente contrato una vez este agotado el valor del contrato, **SALVO** en casos de urgencia médica debidamente justificada de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumpla con las anteriores condiciones, no serán pagados por el CONTRATANTE. **15) El contratista debe dar a conocer a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 las Guías de manejo institucionales**. **16)** La radicación de la facturación (Impresa y en medio magnético) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los **DIEZ (10) PRIMEROS DÍAS HÁBILES DEL MES SIGUIENTE A LA PRESTACIÓN**, la cual como mínimo debe cumplir con: A. Relación general de pacientes atendidos, detallando la pre-factura por cada uno de ellos discriminada y firmada por el usuario o acudiente. B. Requisitos establecidos por la DIAN.REGIONAL. C. 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. D. 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. E. Presentar original de la autorización del servicio. F. Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El cual debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 de 2000 del MINSALUD y demás normas que lo reglamenten o modifiquen. El sistema que genere el RIPS deberá adicionar en una última columna para las prestaciones "Consulta Médica Especializada primera vez (890202)" y "Consulta Médica Especializada control (890302)" Se debe anexar el CD con el RIPS correspondiente, además del cuadro en Excel según el instructivo 013 del 04/06/13 de la DISAN. **17)** QUE EL CONTRATISTA DEBE SUMINISTRAR A LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO: 1.) Notificar al supervisor del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato. 2.) **Informar al supervisor del contrato semanalmente el valor ejecutado del contrato y cuando el contrato se encuentre en un 80% ejecutado**. 3) Debe reportar al supervisor del contrato los indicadores de la Circular Externa Supersalud 056 y 058 de 2009, así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. 4.) Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Jefatura de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 o el ordenador del gasto. 5.) **Enviar el primer día hábil de cada semana a la** Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 **la información de notificación epidemiológica semanal (solo se notifica los casos de usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional). 18)** El contratista Generara de manera mensual estadistica de eventos adversos y auditoria al 100 % de estos, comprometiéndose en todos los casos a establecer planes de mejoramiento. **19)** El contratista debe tener disponibilidad de oficina de atención al usuario, y en todo caso cualquier queja interpuesta deber dársele el tramite respectivo del cual se enviar copia al supervisor del contrato, o en su defecto a la oficina de garantía y calidad de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2. **20) El contratista no atenderá pacientes que presenten boletines de autorización vencidos, teniendo en cuenta que *dicho* documento tiene vigencia 60 días calendario; procedimientos realizados en estas condiciones no serán cancelados por el CONTRATANTE. 21)** Las demás que se deriven a lo largo del desarrollo del presente proceso de contratación. **22)** Disponer de los indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en

el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud e implementar sus propios programas de Auditoria de conformidad con el Decreto 1011 de 2006 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o complementen. **23)** Presentar el resultado del análisis de los eventos adversos que sean requeridos por la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 , dentro de los treinta (30) días siguientes a la solicitud, así mismo asistir a la cita concertada para cierre de esos casos. **24)** Presentar el plan de mejoramiento derivado de las visitas de calidad realizadas por la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 y el resultado de la ejecución del mismo, en los casos en los que haya lugar. **25)** Garantizar y respetar los derechos de los pacientes de conformidad con la Ley 23 de 1981, la Circular Externa Conjunta 0016 de 2013 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. **26)** El PRESTADOR se compromete a recolectar y reportar mensualmente al Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, el registro por persona de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, según el Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la Resolución No. 4505 de 2012, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicho reporte deberá ser enviado a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 dentro de los primeros diez (10) días calendario mediante él envió al correo electrónico deuil.rases-epi@policia.gov.co. **27)** Capacitar a su personal en el registro y soporte clínico relacionado con las actividades de Proyección Especifica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento. **28)** Reportar de manera escrita, en un plazo no mayor a quince (15) días previos al registro, la novedad de cierre de los servicios de urgencias y hospitalización, en caso de que estos hayan sido contratados por la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 , lo anterior según lo establece la Resolución 003100 de 2019 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud". **29)** Verificar la calidad de afiliado del usuario que solicite ser atendido haciendo uso de los mecanismos de validación de derechos dispuestos por la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2. **30)** Las Actividades, Intervenciones, Procedimientos y Medicamentos no contemplados en el Plan de Beneficios en Salud y que hayan sido ordenados en fallos de tutela y/o medidas provisionales deberán cumplirse estrictamente conforme lo ordene la providencia del Juez de Conocimiento, e informará a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 para que esta genere la autorización. **31)** Prestar el servicio de urgencias a los usuarios del la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, e informar y reportar el ingreso de sus afiliados al servicio de urgencias, incluyendo las urgencias por eventos catastróficos dentro de las veinticuatro (24) horas hábiles siguientes al ingreso, de acuerdo a lo señalado en el Decreto 4747 de 2007, la Resolución 3047 de 2008 y demás normas que lo adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan. **32)** Reportar la capacidad instalada de los servicios objeto de contratación, conforme al REPS. **33)** Prestar atención a los pacientes del programa de VIH (Gestantes, pacientes con Tuberculosis, hijos de madre VIH menores de 18 meses), de acuerdo a las guías de manejo, establecidas por el MSPS, para cada una de las patologías; realizando y reportando los laboratorios y seguimientos del usuario, su familia y la gestión del riesgo de acuerdo a las frecuencias establecidas y como mínimo una vez cada doce (12) meses y detección temprana de acuerdo a la normatividad vigente, se deberá enviar reporte al correo deuil.rases-rco@policia.gov.co, los primeros 5 de cada mes. **34)** Realizar gestión del riesgo y detección temprana, para el diagnóstico oportuno de las enfermedades precursoras de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), Hipertensión Arterial y Diabetes; realizando y reportando los exámenes de laboratorio y seguimientos del usuario, su familia y la gestión del riesgo de acuerdo a las frecuencias establecidas y como mínimo una vez cada 12 meses. **35)** Realizar detección temprana de cáncer de cuello uterino y mama, informando a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 oportunamente los resultados para definir plan de manejo. **36)** Destinar los recursos entregados para la ejecución de los servicios contratados, velando en todo momento por el manejo acertado, correcto y racional de los mismos. **37)** Cumplir con la oportunidad pactada en la prestación de los servicios objeto del presente contrato. **38)** Identificar complicaciones derivadas de la atención, y en caso de requerir otro nivel de complejidad, informar a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, este hecho. **39)** Solicitar autorización a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2de cualquier remisión de pacientes que se requiera efectuar a otro nivel de complejidad. **40)** Mantener vigente, durante todo el término de duración del contrato, su habilitación como prestador de servicios de salud e informar a más tardar al día hábil siguiente de la ocurrencia de cualquier modificación que se genere respecto de la habilitación. La Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2podrá verificar en cualquier momento la habilitación, las condiciones de prestación del servicio y las instalaciones del PRESTADOR. En este sentido, El PRESTADOR se obliga a declarar los servicios habilitados y reportar las novedades frente a los mismos a los órganos de control; cualquier incumplimiento de esta obligación constituirá causal válida de terminación unilateral del contrato por parte de LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, sin perjuicio de las acciones a que haya lugar. **41)** Suministrar en forma oportuna y por el medio más expedito a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 la información para responder las peticiones, quejas y reclamos de los afiliados y de las Entidades de Control y/o Autoridades Judiciales, y en general dar respuesta escrita a las solicitudes que formule LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 con ocasión de la ejecución del contrato, en un término no superior a cinco (5) días hábiles o en el término dispuesto por la entidad de control y/o autoridad judicial. **42)** Apoyar y facilitar las labores de auditoría, supervisión, evaluación y control que LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 realice en forma directa, asistiendo y participando de los comités que cite LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 y/o en aquellos que acuerden las partes. Las recomendaciones que se deriven de dichos comités deben ser implementadas por el PRESTADOR, quien deberá informar a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 la implementación de las recomendaciones

dentro del mes siguiente a su solicitud. **43)** Informar oportunamente a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 los casos de presunta suplantación o fraude de usuarios y prestar toda su colaboración en la prevención y seguimiento de fraudes, así como en la identificación y obtención de materiales probatorios. **44)** Suministrar oportunamente la información relacionada con la prestación de servicios de salud derivada de accidentes de tránsito y enfermedades catastróficas. **45)** Informar cuando se presente a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 sobre el fallecimiento de usuarios que se produzca en sus instalaciones o bajo su tratamiento al correo electrónico que se designe para tal efecto, adjuntando copia del certificado de defunción. Sin perjuicio del reporte que se debe realizar a través de la herramienta SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud de conformidad con la normatividad vigente. **46)** Proveer la información solicitada de forma clara, y oportuna conforme a los plazos establecidos, tal y como lo dispone el artículo 114 de la Ley 1438 del 2011. **47)** Permitir a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 la consulta de la información relacionada con el estado de salud y la prestación de los servicios a los afiliados de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, facilitando copia de la historia clínica y anexos de ésta, en medio magnético o físico, con el fin de dar trámite a requerimientos judiciales y prejudiciales, requerimientos de autoridades administrativas y labores de auditoría médica efectuada por LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2. Así mismo, el PRESTADOR se compromete a suministrar la copia de la historia clínica a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, dentro de los plazos impuestos por la autoridad Judicial o Administrativa. **48)** Suministrar mensualmente, con la radicación de la cuenta de cobro, los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), para dar cumplimiento a las obligaciones y condiciones delimitadas en el parágrafo 2º del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007 y demás normas que lo adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan. **49)** El PRESTADOR permitirá que LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 consulte información relacionada con el PAMEC y el SIC en el marco del SOGC, de acuerdo a la normatividad vigente y a las que lo modifiquen o sustituyan. Enviar copia de la notificación de los eventos de vigilancia y salud pública, con el fin de obtener oportunidad en la información de los eventos sujetos a vigilancia. Esta notificación se reporta los lunes o el primer día hábil, en caso de festivo, de cada semana, al correo electrónico que disponga para tal efecto LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2. Lo anterior no exime al PRESTADOR del cumplimiento del Decreto 3518 de 2006, en cuanto a los reportes de estos eventos. **50)** Cumplir con las medidas de atención y reporte a las autoridades competentes de los casos de violencia de acuerdo a lo establecido en la Ley 1257 de 2008, Decreto 4796 y 4799 de 2011, Decreto 2734 de 2012 y la Resolución 459 de 2012 y demás normas que las adicionen, sustituyas o modifiquen. **51)** Realizar consulta externa ambulatoria para las víctimas de violencia sexual sin distingo de sexo, edad, raza, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social. Para eso se debe registrar las acciones de la víctima que puedan tener implicaciones médico-legales y los demás registros, según el reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual, según la Resolución 459 de 2012. **52)** El PRESTADOR autoriza la inclusión de su nombre en el cuadro de prestadores adscritos a la red de servicios de salud de LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, incluyendo en él su dirección, portafolio de servicios ofrecidos u otras características especiales y permitirá el uso de elementos publicitarios e informativos de LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 en las instalaciones del PRESTADOR, en el lugar y de la forma definida de común acuerdo entre las partes. **53)** El PRESTADOR deberá abstenerse de prestar, prescribir o realizar con cargo a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 los servicios correspondientes a aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como tratamientos médicos, quirúrgicos o terapéuticos que involucren medicamentos no aprobados por el INVIMA y/o esquemas terapéuticos o protocolos de atención no aprobados por las sociedades científicas. Tampoco aquellos considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y en general, aquellos no autorizados, previo el cumplimiento de los trámites legales requeridos. **54)** Incluir a sus trabajadores al régimen de seguridad social Integral y mantener su vinculación; el PRESTADOR será el único responsable por la asunción de los costos de afiliación y vinculación permanente. El PRESTADOR deberá remitir certificación suscrita por el revisor fiscal o contador y el representante legal, en la cual se indique el cumplimiento de esta obligación. **55)** El servicio farmacéutico debe manejarse de acuerdo a lo prescrito por el Decreto 2200 de 2005 y la Resolución 1403 de 2007 y demás normas que lo modifiquen, sustituyan o complementen. **56)** Someterse a la codificación estipulada por la norma vigente, código único de medicamentos (CUM), es decir los medicamentos deben ser identificados de ésta manera, desde el momento de la oferta hasta el pago de la factura. **57)** Todas las actuaciones del PRESTADOR deben sujetarse a las normas de regulación de precios de medicamentos expedidas por el Gobierno Nacional. **58)** En caso que durante la vigencia del contrato se expida norma regulatoria para la elaboración, manejo y dispensación de insumos, El Oferente deberá acogerse a dicha normatividad, sin que sea necesario modificar el presente contrato. **59)** Diligenciar el consentimiento informado para cada paciente, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley y en la jurisprudencia. **60)** Brindar atención preferencial a las gestantes, recién nacidos, niños, niñas, adolescentes, discapacitados y adulto mayor en todos los servicios asistenciales y administrativos. Así mismo, proteger en todo momento los derechos constitucionales de las niñas, niños y adolescentes, en especial, los referentes a la salud y a la vida en condiciones de calidad y de dignidad. **61)** Responder legalmente por cualquier perjuicio que le acaeciere al usuario durante su estancia o estadía en las instalaciones donde suministre servicios el PRESTADOR, atribuible a dolo o negligencia así sea levísima, previa orden judicial. **62)** Dar estricta aplicación a los procedimientos establecidos por la normatividad legal vigente respecto de la cadena de custodia, a saber, el artículo 255 de la Ley 906 de 2004, Resolución 06394 de 2004, Ley 1146 de 2007, Resolución 1776 de 2008 y demás normas que las modifiquen, adicionen, aclaren o sustituyan. 63) Dar estricto cumplimiento a las normas

sobre salud ocupacional. **63)** EL PRESTADOR se obliga a no emplear o usar los datos personales e información de los usuarios en fines diferentes al objeto del contrato, lo anterior sin perjuicio a lo establecido denominada como Protección de Datos Personales. **64)** EL PRESTADOR se compromete a permitir el ingreso de los auditores concurrentes a sus instalaciones, áreas o servicios, y se compromete a facilitar el proceso de auditoría concurrente de acuerdo con la normatividad vigente. **65)** EL PRESTADOR garantizará que el personal destinado para la ejecución del servicio contratado está debidamente capacitado, con la experiencia suficiente y necesaria, así como también, que cuenta con la debida autorización por el ente de control competente para desempeñar sus funciones. **66)** Garantizar la atención de recién nacidos, para lo cual deberá cumplir con lo establecido en los artículos 10, 23, 24 y 25 del Acuerdo 415 de 2009 de la CRES y demás normas que las modifiquen aclaren, adicionen o sustituyan. **67)** Cumplir con las exigencias legales y éticas del manejo de la Historia Clínica de los pacientes. **68)** EL PRESTADOR tendrá a cargo la retroalimentación y actualización de las historias clínicas, la cual deberá diligenciar con la información de los pacientes de forma clara, veraz y acertada. Adicionalmente, el PRESTADOR se obliga a registrar las novedades que se presenten con ocasión a la atención prestada por ésta. En virtud de lo anterior, el PRESTADOR deberá responder ante LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 por inexactitudes, confusiones, datos incorrectos y no actualizados, así como, las demás inconsistencias que conlleven a error a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 o a cualquier tercero. **69)** EL PRESTADOR se obliga a presentar y suministrar información veraz. **70)** Presentar los informes a la Dirección o Coordinación Departamental o al área del nivel Nacional competente en la periodicidad que solicite LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 y/o conforme lo dispuesto en el presente contrato y sus anexos. **71)** No usar el nombre de LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 para justificar ante sus proveedores o terceros el cumplimiento de sus obligaciones u otros asuntos internos. **72)** EL PRESTADOR garantizará que los servicios contratados en el presente contrato, sean acordes y complementarios con el nivel de complejidad que requiere cada procedimiento. **73)** Los medicamentos que sean prescritos a los afiliados y beneficiarios de La Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 por parte de los profesionales de la salud del PRESTADOR, deberán cumplir con los requisitos establecidos en el Artículo 17 del Decreto 2200 de 2005 que regula la prestación del servicio farmacéutico, incorporando en cada formulación como mínimo los siguientes datos: 1. Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica. 2. Lugar y fecha de la prescripción. 3. Nombre del paciente y documento de identificación. 4. Número de la historia clínica. 5. Tipo de usuario (subsidiado) 6. Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico). 7. Concentración y forma farmacéutica. 8. Vía de administración. 9. Dosis y frecuencia de administración. 10. Período de duración del tratamiento. 11. Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras. 12. Indicaciones que a su juicio considere el prescriptor. 13. Vigencia de la prescripción. 14. Nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional, así como la norma que adicione, modifique, aclare o sustituya la normatividad aquí señalada. **74)** Las demás obligaciones que de la naturaleza del presente contrato se deriven o impongan las normas legales. **DECIMA PRIMERA – DERECHOS DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2.** 1.) Supervisar el desarrollo y ejecución del presente contrato y acceder a los documentos e información que soportan la labor del CONTRATISTA. 2.) Solicitar y recibir información técnica respecto de los bienes y demás del CONTRATISTA en desarrollo del objeto del presente contrato. 3.) Rechazar los bienes recibidos cuando no cumplan con los requerimientos técnicos exigidos. **DECIMA SEGUNDA - OBLIGACIONES GENERALES DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2**: 1) Poner a disposición del **CONTRATISTA** los bienes y lugares que se requieran para la ejecución del objeto contratado. 2) Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un Supervisor, a través de quien la **POLICÍA NACIONAL** mantendrá la interlocución permanente y directa con el **CONTRATISTA. 3)** Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del Supervisor designado para el efecto, exigiéndole la ejecución idónea y oportuna del objeto a contratar. 4) Recibir a satisfacción los bienes y/o servicios que sean entregados por el CONTRATISTA, cuando estos cumplan con las condiciones establecidas y en especial las especificaciones u obligaciones técnicas contenidas en el anexo técnico. 5) Pagar al **CONTRATISTA** en la forma pactada y con sujeción a las disponibilidades presupuestales y de PAC previstas para el efecto. 6) 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. 7) Solicitar y recibir información técnica respecto del bien y demás del **CONTRATISTA** en desarrollo del objeto del contractual. 8) Incluir aquellas obligaciones propias de cada proceso que coadyuven al cumplimiento de las obligaciones contractuales. 9) Rechazar los servicios cuando no cumplan con los requerimientos técnicos exigidos. **DÉCIMA TERCERA. RESERVA DEL PRESENTE CONTRATO:** El CONTRATISTA se obliga para con la POLICÍA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2 a no *suministrar ninguna* clase de información o detalle a terceros y a mantener como documentación reservada, todos los aspectos que conozca en el cumplimiento del presente contrato, así como los asuntos técnicos e instalaciones de la Policía Nacional, conocidos o que llegaren a ser conocidos por el contratista, durante el desarrollo con posterioridad a la ejecución del contrato. **DÉCIMA CUARTA. INDEMNIDAD:** El CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a la POLICÍA NACIONAL de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa sus actuaciones. **DÉCIMA QUINTA. MONEDA DEL CONTRATO:** La moneda del presente contrato es la indicada en el anexo No.1 DATOS DEL CONTRATO. **DECIMA SEXTA. CESIONES Y SUBCONTRATOS:** El CONTRATISTA no podrá ceder en todo o en parte el presente contrato a persona alguna natural o jurídica, nacional o extranjera, sin previa autorización escrita de la POLICÍA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2, pudiendo esta reservarse las razones que tenga para negar dicha

autorización. La celebración de subcontratos no relevará al CONTRATISTA de las responsabilidades que asume en virtud del presente contrato. La POLICÍA no adquirirá relación alguna con los Subcontratistas. **DECIMO SEPTIMA. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** El CONTRATISTA declara bajo la gravedad del juramento, la cual se entenderá cumplida con la suscripción del presente Contrato, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad señaladas en la ley. **DECIMO OCTAVA. SUSPENSIÓN TEMPORAL:** Las partes podrán suspender temporalmente el plazo de ejecución del contrato, cuando se presenten causas que impidan la ejecución temporal o transitoria, por ocurrencia de un imprevisto o hecho inevitable, una vez establecida en debida forma la causal se suscribirá una acta entre las partes, donde conste el evento, su causa, el término de la suspensión y aquellas previsiones que se consideren necesario consignar. El tiempo de suspensión no se computara para los efectos del plazo extintivo del presente contrato. Para el reinicio de la ejecución y, superada la situación que originó la suspensión del plazo de ejecución, se suscribirá la correspondiente acta de reinicio. **DECIMO NOVENA. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** Si con ocasión del desarrollo y ejecución del contrato sugieren diferencias o discrepancias entre las partes, estas se comprometen a utilizar los mecanismos de solución directa previstos en el artículo 68 de la Ley 80 de 1993. **VIGÉSIMA. PERFECCIONAMIENTO, LEGALIZACIÓN Y EJECUCIÓN:** Para el perfeccionamiento del presente contrato se requiere de las firmas de las partes y del correspondiente registro presupuestal. **VIGÉSIMA PRIMERA. DOCUMENTOS:** Entre otros, los documentos que a continuación se relacionan se consideran para todos los efectos parte integrante del presente contrato y en consecuencia producen sus mismos efectos u obligaciones jurídicas y contractuales: **1.)** Invitación a presentar oferta. **2.)** Propuesta del Contratista en aquellas partes aceptadas por la POLICÍA NACIONAL-REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2 **3).** Anexos del contrato. **4.)** Documentos que suscriban las partes. **VIGÉSIMA SEGUNDA. IMPUESTOS:** El CONTRATISTA pagará todos los impuestos, tasas, contribuciones y similares que se deriven de la ejecución del contrato, de conformidad con la ley colombiana. **VIGÉSIMA TERCERA. LIQUIDACIÓN:** El presente contrato se podrá liquidar de conformidad con lo señalado en los artículos 60 de la Ley 80 de 1993 y artículo 11 de la Ley 1150 de 2007. **VIGÉSIMA CUARTA. VEEDURÍAS CIUDADANAS:** el presente contrato está sujeto a la vigilancia y control ciudadano, en los términos que señala el artículo 66 de la Ley 80 de 1993. **VIGÉSIMA QUINTA. RÉGIMEN LEGAL:** Este contrato se regirá por el Estatuto General de Contratación Administrativa vigente y sus decretos reglamentarios, las leyes de presupuesto, en general las normas civiles y comerciales vigentes, las demás normas concordantes que rijan o lleguen a regir los aspectos del presente contrato y las disposiciones de la Policía Nacional que apliquen. **VIGESIMA SEXTA: DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para todos los efectos, las partes acuerdan como domicilio contractual la ciudad de Neiva, para constancia de lo anterior, se firma en un (1) original y copia en Neiva- Huila a los

LA POLICÍA NACIONAL

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2

CONTRATISTA

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATISTA
Calidad en que Actúa

Este anexo es de carácter infromativo

ANEXO No. 1 "DATOS DEL CONTRATO"

CONTRATO	**PN UPRES DEUIL 85-5-XXXXX-2021**
CONTRATANTE	LA NACION-POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA–DIRECCION DE SANIDAD REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2
REPRESENTANTE LEGAL Y/O DELEGADO	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
CARGO	Jefe Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2
DISPOSICION DE NOMBRAMIENTO	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
DELEGACIÓN DEL GASTO	Resolución N° 00277 del 27 de enero de 2020 emanada del Director General de la Policía Nacional.
CONTRATISTA	**NOMBRE:** XXXXXXX **NIT:** XXXXXXXXXXXX **REPRESENTANTE LEGAL:** XXXXXX **DOC. IDENTIDAD:** XXXXXXXX **CIUDAD NOTIFICACIÓN:** XXXXX **DIRECCIÓN:** XXXXXX **TELEFONO:** XXXXXX
CONSIDERANDOS	Que el presente contrato se deriva del PROCESO **PN RASES Nº 2 CD 006 2022.**
SUPERVISOR DEL CONTRATO	La supervisión del Contrato, que se llegue a suscribir como resultado de la definición del proceso de contratación estará a cargo del responsable del ESPRI Garzon o quien haga sus veces o quien con posterioridad designe el ordenador del gasto, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo con las funciones asignadas para el efecto, teniendo en cuenta lo descrito en la Ley 1474 de 2011 y la Resolución 00090 del 15 de enero de 2018 *"Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional adoptado mediante Resolución 03049 de 2014".*
CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO	El objeto del presente proceso es PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 – DEL MUNICIPIO DE SUAZA– HUILA.
CLAUSULA TERCERA.- VALOR	Sera por la suma de **CUATRO MILLONES DE PESOS ($4.000.000.000,00) M/LEGAL** distribuidos de la siguiente manera: Un valor de **($4.000.000,00)** para la vigencia 2022.
CLAUSULA CUARTA.- FORMA DE PAGO	La Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, pagará al **CONTRATISTA** el valor del contrato que resulte del presente proceso, en la ciudad de Neiva, de manera mensual, dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previa presentación de la factura electrónica, acompañada de formato 2BS-FR-0045 Constancia Recibo a Satisfacción de Bienes o Servicios (**RAS**) **original firmado** de los servicios prestados, expedida por parte del supervisor del contrato junto con la acreditación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, pensiones y riesgos profesionales. Los documentos deben radicar los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, cuando se trate de servicios sin respaldo presupuestal (urgencia médica) deben ser entregadas en medio físico los primeros diez (10) días calendario de cada mes, ante la Ventanilla Única-Central de Cuentas del Grupo de Apoyo Administrativo de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, 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 seis (6) del mes siguiente, los pagos se realizarán dentro de los (60) días hábiles siguientes a la fecha de la radicación. En todo caso, los pagos están sujetos a la disponibilidad de PAC y ubicación de los recursos por parte del Nivel Central.

Los pagos previstos se acreditarán a la cuenta a favor del CONTRATISTA, o en otro banco o cuenta que éste designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias, por medio de aviso escrito con no menos de sesenta (60) días de anticipación, acompañado de certificación bancaria original con fecha de expedición no superior a treinta (30) días calendario, a nombre de la firma Contratista. Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley.

Las facturas deben ser expedida a nombre de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 2 con NIT: 901362454-1.

De igual forma, en cumplimiento a la Guía de Lineamientos para la radicación y obligación de Cuentas Médicas (1AR-GU-0002) de la Policía Nacional, el contratista deberá tener en cuenta las otras Condiciones así:

4. El Prestador del Servicio de Salud de la Red externa, deberá cargar los **Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)** en el módulo de radicación cuentas médicas de la Dirección de Sanidad, (RECUM) cuando haya lugar a este proceso.

https://recum.policia.gov.co:8080/cm/recum/Vista/frLogin.aspx, con el fin de ser validados siguiendo los lineamientos establecidos para ello, se validará la información de los documentos suministrada por la IPS en el módulo de radicación de cuentas médicas, como: número consecutivo de factura, concepto, cantidad y valor etc.

En razón a lo anterior, es de aclarar que para el ingreso a la plataforma SISAPW (RECUM), se debe asignar usuario y contraseña, a los responsables del cargue de RIPS que sean asignado en cada IPS.

Por situación de fuerza mayor, ese responsable que hacia las funciones del cargue de RIPS, no hace parte de la IPS o lo hayan cambiado de cargo y asignan otra persona nueva, es de responsabilidad de la IPS, informar a la unidad de la novedad y realizar solicitud de nuevo usuario y contraseña mediante correo electrónico deuil.upres-cue@policia.gov.co enviando estos datos requeridos así:



Aclarando a las entidades IPS, que para cualquier servicio a prestar sea *(consultas ambulatoria, servicio odontológico ambulatorio, exámenes de laboratorio, imágenes y otras ayudas diagnostica, procedimientos terapéuticos ambulatorio, medicamentos de uso ambulatorio, insumo, oxigeno y arrendamiento de equipos de uso ambulatorio, atención inicial de urgencia, servicio de internación y/o cirugía (hospitalaria ambulatoria), ambulancia, honorarios profesionales)* **debe solicitar bien sea al grupo de Referencia y Contrarreferencia Nacional o UPRES HUILA, autorización del servicio expedida mediante código de autorización sistematizada del SISAPW de acuerdo al servicio**.

Según los servicios se autorizan de la siguiente manera así:

REFERENCIA y CONTRAREFERENCIA NACIONAL

Autorización Atención inicial de Urgencia

*Enviar mediante el anexo No. 2 y demás soportes como historia clínica, epicrisis o que soportes la solicitud Para Urgencias (**solo la atención inicial de urgencia) (esta primera atención inicial de urgencia cubre de 1 a 3 días de estancia)*** si dicha estancia requiere más prorroga de estancia debe solicitar a Referencia Huila, para beneficiarios correspondiente del Huila.

Correos electrónicos:
DISAN.GRISS-AUT@POLICIA.GOV.CO
DISAN.REFER-NAL@POLICIA.GOV.CO

- *Para Estancias hospitalarias y/o procedimientos derivados.*

DISAN.GRISS-CRF@POLICIA.GOV.CO

CELULAR REFERENCIA NACIONAL: 3505546128 - 3504131671

Nota: ***REFERENCIA NACIONAL DISAN (NO AUTORIZA SERVICIOS)***

- **Prorrogas de estancia**
- **Pruebas COVID**
- **Ambulancias**
- **Pacientes programados para cirugía**
- **Citas de consulta externa - Odontología**
- **SOAT**

Atentados

REFERENCIA y CONTRAREFERENCIA HUILA

REFERENCIA HUILA; *autoriza los servicios que más adelante se relacionan; solicitando mediante el anexo No. 3 al correo electrónico* **deuil.rases-rco@policia.gov.co**

SERVICIOS QUE AUTORIZA REFERENCIA HUILA:

- PRORROGAS DE ESTANCIA
- PRUEVAS COVID
- AMBULANCIA
- PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGIA
- CITAS DE CONSULTA EXTERNA
- SOAT
- ATENTADOS
- ODONTOLOGIA
- SERVICIOS AMBULATORIOS

Recuerden que las autorizaciones deben ser sistematizadas SISAP WEB, deben emitirles el código de la autorización sistematizada, bien sea que le autorice REFERENCIA NACIONAL O REFERENCIA HUILA.

5. Facturas que corresponden a servicios médicos por contrato deben ser entregadas en medio físico los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, cuando se trate de documentación de servicios sin respaldo presupuestal (urgencia médica) deben ser entregadas en medio físico los primeros diez (10) días calendario de cada mes, junto con el certificado de pre radicado del módulo de radicación de cuentas médicas, en la ventanilla única de Central de Cuentas de donde corresponde la ordenación del gasto, con los siguientes soportes:

- Factura (de acuerdo a la normatividad establecida y los requisitos de Ley artículos 616-1,616-3 617 y 618 E. T; artículos 772, 773, 774 Código de Comercio, Modificado Ley 1231 de 2008), este documento debe estar a nombre de la unidad de Sanidad, con el respectivo NIT y soportes de conformidad con lo establecido en la Resolución 3047 de 2008

Teniendo en cuenta el Decreto 2242 de 2015 "*Por el cual se reglamentan las condiciones de expedición e interoperabilidad de la factura electrónica con fines de masificación y control fiscal*" en el Artículo 3. – punto 2 - parágrafo 1, que a la letra dice:

"*El obligado a facturar electrónicamente deberá entregar al adquiriente una representación gráfica de la factura electrónica en formato impreso o en formato digital...*", las unidades de la Dirección de Sanidad, deberán verificar si los proveedores están obligados a facturar electrónicamente y cumplan con el protocolo de habilitación como facturador electrónico según indicaciones del Decreto en mención.

MINSALUD, Instructivo 013 de 2013 – DISAN o la norma que la adicione, modifique o sustituya.

- Planilla de radicación de pacientes en formato especificado sin ser modificado. (1AR-FR-0028 RADICACION DE CUENTAS MÉDICAS) de forma física y al correo electrónico en formato EXCEL deuil.upres-cue@policia.gov.co y/o al correo electrónico del funcionario que actualmente este a cargo de la Ventanilla Única- Radicación de Cuentas Medicas - Central de Cuentas del Grupo de Apoyo Administrativo de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2; El valor total e individual de la planilla debe corresponder a los valores de las facturas físicas, el formato está compuesta por los siguientes datos así:

Pagina 1 de 1	PROCEDIMIENTO: ADMINISTRAR CUENTAS POR PAGAR	POLICÍA NACIONAL
Código: 1AR-FR-0028		
Fecha: 14-12-2012	RADICACION DE CUENTAS MEDICAS	
Versión: 0		

Nº	Nº FACTURA	FECHA DE FACTURA	FECHA DE ATENCION	NOMBRE PACIENTE	Nº IDENTIFICACION	PROCEDIMIENTO	VR. FACTURADO
					TOTAL		

- De acuerdo a la ley 594 del 2.000 por la cual se establece la Ley General de Archivo, la cuenta debe llegar en carpeta preferiblemente de las indicaciones de la institución, (carpeta blanca con 4 alas) sin ningún tipo de ganchos, documentos sin ser perforados, foliada en la parte superior derecha con lápiz No. 2, a partir del consecutivo No. 7 máximo hasta 200 folios por carpeta; de igual forma se aclara que cada cuenta debe venir en una carpeta diferente, independientemente si los folios de las misma son una cantidad mínima. Si la cuenta de cobro sobrepasa los 200 folios ésta debe dividirse en varias carpetas y continuar con el consecutivo de foliación del primer tomo, **las hojas de menor dimensión al de tamaño carta debe ir pegado en una hoja completo bien sea carta u oficio.**
- El oferente a quien se le adjudique el presente proceso deberá cargar la respectiva cuenta de cobro en la PLATAFORMA SECOP II con el fin de que ésta sea verificada por el supervisor del contrato y poder realizar el respectivo pago".
- Listado adicional de soportes según el tipo de servicio facturado, conforme al anexo No.5 de la Resolución 3047 de 2008.

NOTA 1: El contratante dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

AUDITORIA DE CUENTAS: La facturación presentada estará sujeta a la auditoria de cuentas, para lo cual el responsable de la ventanilla única- Central de cuentas UPRES HUILA, tramitará la cuenta acompañada del recibido a satisfacción técnico, para que se realice la auditoría, según los tiempos estipulados en el Articulo 57 de la ley 1438 del 19/01/2011.

OBJECIONES Y GLOSAS: En el evento de que se presenten glosas u 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 N.° 2.

Las objeciones se cancelarán en la medida que éstas sean aclaradas o soportadas, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente articulo 57 LEY 1438, "*Trámite de glosas*".
CONCILIACIÓN DE GLOSAS: En el evento que se hallen glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitarán de conformidad con lo establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, el cual a la letra expresa:

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

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

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

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

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

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

PROCEDIMIENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA EMISIÓN DEL RAS

SOPORTES DE LAS FACTURAS PARA EL MECANISMO DE PAGO

SOPORTES DE FACTURAS SEGÚN TIPO DE SERVICIO PRESTADO

Además de los documentos requeridos por usuario, se requieren los soportes por servicio, así: Instructivo 019 del 29-05-2020 *"componente auditoria de la facturación de los eventos en salud de la Dirección de Sanidad"*.

	Consultas ambulatorias: • Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle. • Autorización. • Comprobante de recibido del usuario. • Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades • Soporte de la atención. **Servicios odontológicos ambulatorios:** • Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle. • Autorización. • Comprobante de recibido del usuario. • Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades. • Odontograma y/o soporte de la atención. **Exámenes de laboratorio, imágenes y otras ayudas diagnósticas ambulatorias:** • Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle. • Autorización de referencia y contra referencia • Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico. • Comprobante de recibido del usuario. • Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades. • Soporte de la atención. **Procedimientos terapéuticos ambulatorios:** • Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle • Autorización. • Comprobante de recibido del usuario. • Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades. • Soporte de la atención. **Medicamentos de uso ambulatorio:** • Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle. • Autorización. • Comprobante de recibido del usuario. • Fotocopia de la fórmula médica. **Insumos, oxígeno y arrendamiento de equipos de uso ambulatorio:** • Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle. • Autorización. • Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades. • Comprobante de recibido del usuario. **Lentes:** • Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle. • Autorización. • Comprobante de recibido del usuario. • Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.

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

- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle
- Autorización.
- Resumen de atención o epicrisis.
- Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos.
- Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico.
- Descripción quirúrgica.
- Registro de anestesia.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Lista de precios si se trata de insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades.
- Fotocopia del informe patronal de accidente de trabajo (PAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente.
- Fotocopia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito.

Ambulancia:

- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos. Si aplica
- Autorización.
- Hoja de traslado.

Honorarios profesionales:

- Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle.
- Autorización.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Descripción quirúrgica. Si aplica.
- Registro de anestesia. Si aplica.

DOCUMENTOS ADICIONALES PARA EL MECANISMO DE PAGO

- Factura electrónica (cumplimiento al decreto 2242 de 2015) (por paciente).
- 2BS-FR-0045 Constancia Recibo a Satisfacción de Bienes o Servicios (emitido por supervisor).
- Certificados de pagos parafiscales y seguridad social (actualizada).
- Certificado de antecedentes disciplinarios y tarjeta profesional (contador y/o revisor fiscal)
- Anexar impresa el soporte de PRE-RADICADO de RIPS.

6. LINEAMIENTOS DE LA FACTURACIÓN ELECTRÓNICA

Dando cumplimiento al decreto 2242 de 2015, la Resolución No 000020 de 26-03-2019 expedida por la Dirección de Impuesto y Aduanas Nacionales DIAN y circular CR-016 Proceso de Recepción de Facturas Electrónicas de Venta, Notas Débito y notas Crédito, expedida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION FINANCIERA SIIF NACION).

Se permite informar que las facturas electrónicas emitidas por las entidades prestadoras de bienes y/o servicios deben facturar bien sea por competencia de la UPRES HUILA, de acuerdo al contrato que se haya adjudicado, y/o en su defecto si los servicios son denominados urgencia médica. con la unidad que a continuación se relaciona así:

RAZON SOCIAL: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 2**
NIT No.: 9004-.419-.719-1
DIRECCION: CRA 22 SUR No 26ª-21 Barrio Fronteras del Milenio
TELEFONO: 8630065 EXT 6419
CORREO ELECTRONICO: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD **PCI: 16-01-02-053**

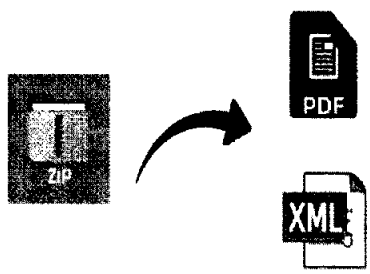
- Utiliza el formato electrónico de generación XML estándar establecido por la DIAN.
- Lleva la numeración consecutiva autorizada por la DIAN.
- Cumple con los requisitos del art. 617 del ET y discrimina el impuesto al consumo cuando es el caso.
- Incluye la firma digital o electrónica para garantizar autenticidad integridad y no repudio de la factura electrónica, de acuerdo con la política de firma adoptada por la DIAN.
- Incluye el Código Único de Factura Electrónica CUFE.
- Diligenciar en la sección de la factura Datos del Emisor, en el campo "correo" la dirección electrónica, en donde le será notificado en caso de existir fallas en la validación del correo.
- **Registrar en la sección de la factura Datos del Adquiriente en el campo "Correo", el buzón electrónico** siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co**, dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con el fin que, una vez generada la factura electrónica a través del medio seleccionado, éste la envíe automáticamente.**
- Generar factura obteniendo el contenedor electrónico -Documento .ZIP (PDF, XML).
- En la sección de la factura **NOTA O OBSERVACIONES** la entidad debe digitar los siguiente: **#$** luego el código de identificación de la entidad **PCI** a la cual le va a enviar la factura; número contrato, correo del supervisor, finalizando con **#$,** debidamente separados por punto y coma sin espacios, según ej. Adjunto

#$16-01-02-053;98-5-20019-2020;correo supervisor#$

- ***Nota importante:*** De no darse el envío automático por parte del proveedor o contratista desde el operador tecnológico autorizado, solución gratuita de la DIAN o software propio, descrito en el numeral 4, estos podrán remitir la factura al buzón indicado para tal fin.

Generar factura obteniendo el contenedor electrónico -Documento .Zip (PDF, XML).

- **DOCUMENTO ZIP. de recepción de Facturas Electrónicas**



Desde cualquier correo electrónico, puede enviar al buzón electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el contenedor electrónico -Documento .Zip (PDF, XML), referenciando en el asunto de este correo el código de identificación de la entidad a la cual le va a enviar la factura, datos del contrato, y correo del supervisor, debidamente separados por punto y coma, sin espacios según ej. Adjunto:

16-01-02-041;85-7-20033-2020;pepito.perez@correo.policia.gov.co

El contratista o proveedor, una vez haga su factura electrónica de venta tal como se indica, Le llegara una notificación de factura electrónica de la entidad al correo electrónico del supervisor, indicando o notificando que tiene un documento pendiente por aprobar en la plataforma Olimpia, que por obligación el supervisor debe ingresar a la plataforma Olimpia, y es donde el supervisor verifica la factura para que sea rechazada o aprobada la factura, una vez haga el paso por parte del supervisor de rechazo o aprobación, la entidad debe estar atento si le llega notificación de que aprobaron o rechazaron la factura, si la factura es rechazada el supervisor debe justificar el rechazo, pero si es aprobada puede proceder a radicar en físico la factura con todos sus soportes normales como han estado haciendo ante la oficina Central de Cuentas de la UPRES HUILA.

Una vez radicada la factura por parte del adjudicatario contratista, el supervisor del contrato dentro de los (2) días hábiles siguientes a su recepción, deberá revisar los documentos y soportes para

expedir el Recibo a Satisfacción Técnico-Económico y devolver la cuenta junto con los soportes a la Central de Cuentas para continuar con el trámite de pago respectivo.

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

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace claridad a la facturación electrónica, los contratistas prestadores de bienes y/o servicios, una vez envíen la factura electrónica al correo antes mencionado, deberá seguir radicando físicamente como se ha venido haciendo en la oficina de Central de Cuentas RASES No. 2, factura original con sus respectivos soportes originales y firmado a que haya lugar.

CAUSALES DE NO PAGO:

- Todo servicio ambulatorio (primera vez o control) que no cuente con formato de autorización por parte de la central de autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 y la central de autorizaciones de referencia Nacional de la Dirección de Sanidad.
- Toda urgencia, que no cuente con código de notificación por parte de la central de autorización de Referencia y Contrarreferencia, salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 4747 MINPROTECCIÓN de 2007 y Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008.
- 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.
- El contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes ***cinco días a su ocurrencia***, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de salud derivados del evento adverso. (Dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-006 Reporte de Incidentes y Eventos Adversos.
- Bien o servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del Plan de beneficios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN), cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del Comité Técnico Científico CTC DISAN (El concepto de favorabilidad para estos casos que emita el CTC, obrará como herramienta de mejoramiento y supervisión, más no como causal de no pago).
- Las contempladas en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen.
- El incumplimiento al decreto 2242 de 2015, la Resolución No 000020 de 26-03-2019
- expedida por la Dirección de Impuesto y Aduanas Nacionales DIAN y circular CR-016 Proceso de Recepción de Facturas Electrónicas de Venta, Notas Débito y notas Crédito, expedida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION FINANCIERA SIIF NACION).
- El incumplimiento del Prestador del Servicio de Salud de la Red externa, no realice el cargue de los **Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)** en el módulo de radicación cuentas médicas de la Dirección de Sanidad, (RECUM).

NOTA - PLATAFORMA SECOP II: El oferente a quien se le adjudique el presente proceso deberá cargar la respectiva cuenta de cobro en la PLATAFORMA SECOP II, con el fin de que esta sea verificada por el supervisor del contrato y poder realizar el respectivo pago
Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: XXXXXXXXX
BANCO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
TIPO DE CUENTA: XXXXXXXXXXXXX
NUMERO DE CUENTA: XXXXXXXXXXX
OFICINA: XXXXXXXXXXX

<table>
<tr><td>CLAUSULA QUINTA- APROPIACIÓN PRESUPUESTAL</td><td>Para la vigencia 2022 amparados en el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. SIIF No. SIIF No. 24822 y QUIPU Nº 50 del 13 de Marzo del 2022, expedido por el Jefe de Presupuesto de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2.</td></tr>
<tr><td>CLAUSULA SEXTA.- PLAZO DE EJECUCIÓN</td><td>El desarrollo de la ejecución del contrato que se suscriba será HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2022, tiempo durante el cual el CONTRATISTA deberá dar cumplimiento cabal a la prestación que se obliga. Dicho plazo iniciará a partir de la entrega de la carta de inicio de ejecución del Contrato por parte de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2.</td></tr>
<tr><td>CLAUSULA OCTAVA: LUGAR DE PRESTACION DEL SERVICIO</td><td>Los servicios objeto del presente proceso se prestarán en las instalaciones de las entidades las veinticuatro (24) horas del dia, durante la vigencia del contrato asi:
<table>
<tr><th>ENTIDAD</th><th>DIRECCION</th></tr>
<tr><td>E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE FATIMA SUAZA-HUILA</td><td>Carrera 5 N 7-25</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>CLAUSULA DECIMA QUINTA: MONEDA DEL CONTRATO</td><td>Pesos colombianos</td></tr>
</table>

LA POLICÍA NACIONAL

ORDENADOR DEL GASTO

CONTRATISTA

REPRESENTANTE LEGAL ENTIDAD CONTRATISTA

Este anexo es de carácter infromativo

FORMULARIO 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Neiva, XX XX XXXXXXXXX XXXX

Señores
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2

Ciudad.

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Contratación Directa PN RASES Nº 2 CD 006 2022 cuyo objeto es la PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 – DE LOS MUNICIPIO DE SUAZA– HUILA.

Yo **XXXXXXXXXXXXXXXXX**, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Gerente de la ESE HOSPITAL xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, de conformidad con lo establecido presento propuesta seria y formal para participar en el proceso de Contratación Directa PN RASES Nº 2 CD 006 2022, convocado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2, cuyo objeto es PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 – DE LOS MUNICIPIO DE SUAZA– HUILA, 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.

Los ítems se encuentran detalladamente enunciados en la invitación y en el anexo N° 1 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.
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 incompatibilidad determinadas por la Constitución Política y la ley aplicable.
4. Que el proponente, en este caso (ESE HOSPITAL XXXXXXXXXXXXXXXXXXX), está compuesto por las siguientes personas, y que el nombre de su representante legal, dirección, teléfono y fax son los siguientes: (***xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

7. Declaramos bajo nuestra responsabilidad, que los bienes que se entregarán a la POLICÍA NACIONAL – DIRECCION DE SANIDAD-REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2, en el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias de la invitación, sus Anexos y sus Formularios.
8. En todo caso, aceptamos y reconocemos que cualquier omisión en la que hayamos podido incurrir en la investigación de la información que pueda influir para la determinación de nuestra propuesta, no nos eximirá de la obligación de asumir las responsabilidades que nos lleguen a corresponder como contratistas, y renunciamos a cualquier reclamación, reembolso o ajuste de cualquier naturaleza por cualquier situación que surja y no haya sido contemplada por nosotros en razón de nuestra falta de diligencia en la obtención de la información.
9. Reconocemos que ni POLICÍA NACIONAL – DIRECCION DE SANIDAD-REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2, ni el personal interno o externo al mismo que haya intervenido en la contratación que se promueve por medio del presente proceso de selección y contratación, han manifestado declaración o garantía alguna expresa o implícita en cuanto a la exactitud, confiabilidad o integridad de la información contenida en las fuentes de información analizadas y conocidas por el proponente, en los materiales proporcionados o en las declaraciones realizadas durante el transcurso de cualquier audiencia ó visita efectuada a las instalaciones en las cuales se llevarán a cabo las labores para la ejecución del contrato, ya sea por escrito o en forma verbal, y que nada de lo contenido en cualquiera de los documentos a los que hemos tenido acceso ha sido considerado como una promesa o declaración en cuanto al pasado o al futuro.
10. Reconocemos que ni la invitación a presentar ofertar del proceso de contratación, ni la información contenida en este documento o proporcionada en conjunto con el mismo o comunicada posteriormente a cualquier persona, ya sea en forma verbal o escrita con respecto a cualquiera de los aspectos del contrato ofrecido, se ha considerado como una asesoría en materia de inversiones, legal, tributaria, fiscal o de otra naturaleza, y declaramos que para la preparación de nuestra propuesta hemos obtenido asesoría independiente en materia financiera, legal, fiscal, tributaria, y técnica, y que nos hemos informado plena y adecuadamente sobre los requisitos legales aplicables en la jurisdicción del presente proceso de selección y contratación y del contrato que se suscriba.
11. Manifestamos y declaramos que nuestra propuesta no contiene ningún tipo de información confidencial o privada de acuerdo con la ley colombiana, y, en consecuencia, consideramos que POLICÍA NACIONAL – DIRECCION DE SANIDAD-REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2 se encuentra facultado para revelar dicha información sin reserva alguna, a partir de la fecha de apertura de las propuestas, a sus agentes o asesores, a los demás proponentes ó participantes en el proceso de selección y contratación impulsado, y al público en general (Esta declaración puede ser suprimida y sustituida por una en la que se declare que la propuesta contiene información confidencial, en el caso de ser ello así, debiendo indicar de manera explícita los folios en los cuales obra tal información, y la justificación legal y técnica que ampara los documentos que sean citados con la confidencialidad invocada, mencionando las normas, disposiciones, decisiones de organismos competentes y actos administrativos que le confieran tal confidencialidad a los mismos).
12. Los suscritos (Integrantes del proponente en el caso de proponente plural; nombre del proponente, en caso de persona jurídica, adaptando la redacción del párrafo a tal circunstancia), quienes nos presentamos en calidad de proponentes al presente proceso de selección y contratación bajo (Forma o título bajo el cual se presenta la propuesta), declaramos y aceptamos, explícitamente, que asumimos la responsabilidad plena por los resultados y obligaciones del contrato ofrecido, según los términos del Reglamento que rige el proceso de contratación, y reconocemos que nos encontramos vinculados o comprometidos de manera ilimitada, incondicional, insubordinada y solidaria respecto de todas y cada una de las obligaciones o responsabilidades derivadas de la presentación de la propuesta, de la correspondiente adjudicación, y de la suscripción del contrato respectivo, conforme a las condiciones de responsabilidad previstas en la Ley.
13. Declaramos bajo juramento, el que se entiende prestado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.

14 Que me obligo a suministrar a solicitud de POLICÍA NACIONAL – DIRECCION DE SANIDAD-REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2 cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.

15 Que recibiremos notificaciones mediante plataforma SECOP II

16 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***).(**xxxx

FORMULARIO No. 2

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

El (los) suscrito(s) a saber: XXXXXXXXXXXXXXXXXX domiciliado en la XXXXXXXXXXXXXX, identificado con CC XXXXXXXXXXXXXXXX, quien obra en calidad de Gerente E.S.E Hospital XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2 adelanta un proceso por la modalidad de Contratación Directa sin pluralidad de oferentes.

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

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

CLÁUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.

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

1.1. 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 Contratación Directa.

a) No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2, 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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2 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 Contratación Directa sin pluralidad de oferentes.

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

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 *(XXXXXXXXXX-HUILA)* a los ***(Día del mes en letras y números, días del mes del año).***

EL PROPONENTE:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Gerente E.S.E Hospital XXXXXXXXXXXXXXXXXX.
Direccion xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

FORMULARIO No. 3

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

FORMATO DE INFORMACIÓN DE TERCEROS

DILIGENCIAR EN LETRA IMPRETA, MAQUINA O COMPUTADOR

1. TIPO DE BENEFICIARIO

1.1. Consorcio o Unión Temporal	☐	1.11. Persona Natural Extranjera	☐
1.2. Departamento	☐	1.12. Persona Natural Nacional	☐
1.3. Empresa Pública no Financiera	☐	1.13. Persona Jurídica Nacional Sector Privado	☐
1.4. Empresa Pública Financiera	☐	1.14. Persona Jurídica Publica Administracion Central Nacional	☐
1.5. Establecimiento Publico Nacional	☐	1.15. Persona Jurídica Extranjera Sector Privado	☐
1.6. Gobierno Extranjero	☐	1.16. Regional sin Nit Especial	☐
1.7. Municipio	☐	1.17. Resguardo	☐
1.8. Otra Publica Departamental	☐	1.18. Sociedad de Economia Mixta	☐
1.9. Otra Publica Municipal	☐	1.19. Universidad Publica	☐
1.10 Otro beneficiario	☐	1.20. Empresa Industrial y Comercial del Estado	☐

2. TIPO DE DOCUMENTO

2.1. Cedula de Ciudadanía	☐	2.4. Otro Tipo de Documentacion	☐
2.2. Cedula de Extranjeria	☐	2.5. Pasaporte	☐
2.3. Numero de Identificacion Tributaria	☐	2.6. Tarjeta de Identidad	☐

NUMERO DEL DOCUMENTO ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ - ☐

ANEXAR FOTOCOPIA DE CEDULA O NIT

3. TIPO DE RETENCION

3.1 Autoretenedor no Gran Contribuyente	☐	3.5. General no es Gran Contribuyente ni Auto retenedor	☐
3.2. Entidad Estatal o sin animo de lucro	☐	3.6. Régimen Común	☐
3.3. Gran contribuyente Autoretenedor	☐	3.7. Régimen Simplificado	☐
3.4. Gran contribuyente no Autoretenedor	☐		

4. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL _____

5. PAÍS _____

6. CIUDAD _____

7. TELÉFONO Y FAX _____

8. DIRECCIÓN _____

9. E - MAIL _____

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

1. ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA _____

2. NUMERO DE LA CUENTA ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3. CLASE DE CUENTA CORRIENTE ☐ AHORROS ☐

ANEXAR CERTIFICACIÓN

SE DA FE DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL _____

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL _____

FORMULARIO No. 4

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 la". *"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 – DE LOS MUNICIPIOS DE SUAZA– HUILA."*

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 lo establecido en el 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 SG-SST"*.

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 _____

ANEXO 7

CERTIFICACION DE LA CAPACIDAD OPERATIVA E INSTALACIONES

Yo, _____, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. _____ expedida en _____, en representación de la empresa _____o en mi nombre propio, certifico bajo la gravedad de juramento que la firma que represento cuenta con la capacidad operativa para la ejecución del objeto presente proceso de contratación, Certifico que cuento con la infraestructura, máquinas, equipos, herramientas e instrumentos, personal y recursos necesarios para cumplir con las condiciones señaladas en el presente proceso de contratación.

Nombre y Firma Representante legal _____

C.C. N° _____

Nombre Razón Social y NIT._____

ANEXO No. 8 FORMULARIO REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

Código: 355-FR-0006 Fecha: 24/10/2018 Versión: 3	PROCESO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS	POLICÍA NACIONAL

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

ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD POLICIAL:

FECHA DE NOTIFICACIÓN DD MM AA **CÓDIGO DE REPORTE:**

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

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

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

7. MÉDICO TRATANTE:

II. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

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

11. NOMBRE DEL SERVICIO:

12. DESCRIPCIÓN

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

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

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

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

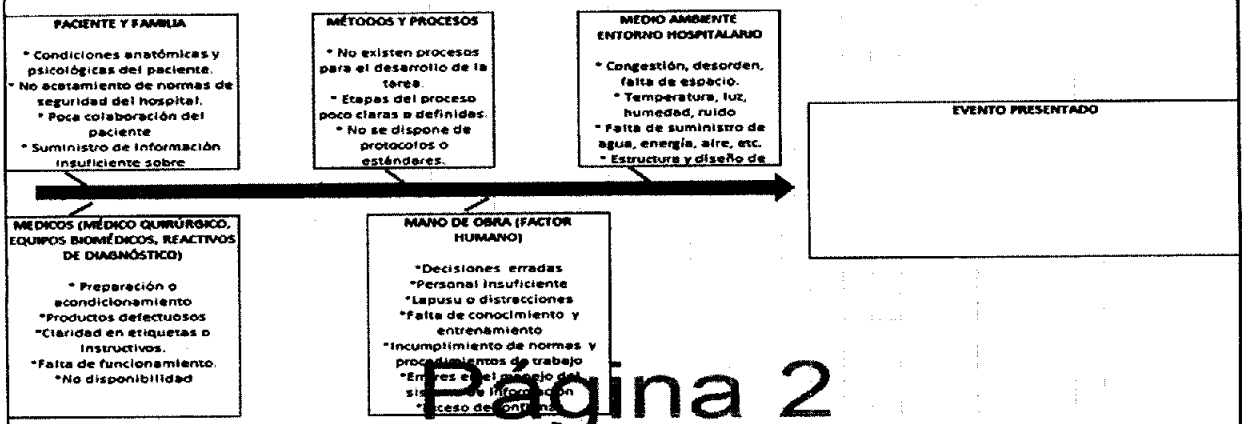
III. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS: (Diligencie este campo cuando el evento este relacionado con los medicamentos o dispositivos médicos. Marque M para el caso de Medicamentos y DM para el caso de dispositivo médico)

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

IV. INFORMACIÓN DEL REPORTANTE

21. NOMBRES Y APELLIDOS	22. CARGO	23. SERVICIO

V. ANÁLISIS DE CAUSAS



Página 2

OTRAS CAUSAS

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

VI. PLAN DE INTERVENCIÓN

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

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

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