REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 4

GS - 2022 - 052602 - ARSEAD – GRUCO – 17.2

Santiago de Cali, 03 JUN 2022

INVITACIÓN PÚBLICA A PRESENTAR OFERTA AL PROCESO DE MÍNIMA CUANTÍA

PN RASES4 MIC 094/2022

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, invita a todas las personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras domiciliadas o con sucursal en Colombia en Consorcio o Unión Temporal existentes en el mercado Nacional, con capacidad de desarrollar el objeto del presente proceso **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE RADIOLOGÍA DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, QUE INCLUYE TOMA DE BIOPSIAS EN EL MUNICIPIO DE IPIALES, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO ; SEGÚN LO ESTIPULADO EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL),TODOS LOS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS DE RADIOLOGÍA DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD Y LOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 QUE SON APROBADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE DISAN – BOGOTA DC O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA."**, de acuerdo a las condiciones técnicas mínimas establecidas y que cumplan con todos los requisitos exigidos para el mismo.

MODALIDAD DE SELECCIÓN

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

Las condiciones de la presente invitación son las siguientes:

1. DATOS DEL PROCESO

<table>
<tr><td>Objeto</td><td>"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE RADIOLOGÍA DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, QUE INCLUYE TOMA DE BIOPSIAS EN EL MUNICIPIO DE IPIALES, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO ; SEGÚN LO ESTIPULADO EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL),TODOS LOS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS DE RADIOLOGÍA DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD Y LOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 QUE SON APROBADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE DISAN – BOGOTA DC O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA.."
<table>
<tr><th>CLASIFICACIÓN UNSPSC</th><th>SEGMENTO</th><th>FAMILIA</th><th>CLASE</th><th>PRODUCTO</th></tr>
<tr><td>8512180</td><td>Servicios de Salud</td><td>Práctica médica</td><td>Laboratorios médicos</td><td>Servicios de Rayos x</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

Presupuesto Oficial

El valor estimado en el presente proceso es de **CUARENTA MILLONES DE PESOS ($40.000.000,00) M/CTE incluido IVA,** vigencia 2022, amparado en el certificado de disponibilidad presupuestal No. 52122 del 18 de mayo del 2022, expedido por la responsable de presupuesto de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4.

ITEM Y/O LOTE	RUBRO Y DESAGREGACION PRESUPUESTAL	UNIDAD	DESCRIPCION	RECURSO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO ESTIMADO, INLCUIDO IVA, EXENTO DE IVA O EXCLUIDO DE IVA SEGÚN CORRESPONDA	VALOR TOTAL ESTIMADO INLCUIDO IVA, EXENTO DE IVA O EXCLUIDO DE IVA SEGÚN CORRESPONDA
1	Servicios para la comunidad, sociales y personales 02-02-02-0009-03 programa O	UPRES NARIÑO	PRESTACION DE SERICIOS DE SALUD	16	SERVICIOS	$40.000.000	$40.000.000
VALOR TOTAL ESTIMADO						$40.000.000	$40.000.000

NOTA: La oferta que exceda el presupuesto oficial no será tenida en cuenta en el presente proceso de selección. (Diligenciar formato "Oferta Económica"

Forma y plazo de ejecución

La ejecución del contrato que se llegue a suscribir en el desarrollo del presente proceso será mediante **tracto sucesivo**, en las condiciones y con las garantías exigidas, hasta agotar el presupuesto asignado, a partir de la expedición de la carta de inicio de ejecución del contrato.

La prestación de servicios de salud especializados en audiología objeto del presente proceso, se debe prestar previa presentación de la orden de servicio emanada de la oficina de referencia y contra referencia de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, copia de la remisión médica y copia de los documentos de identificación.

Una vez la Unidad Prestadora de Salud Nariño expida la autorización, el beneficiario debe dirigirse a las instalaciones del contratista donde se prestará el servicio.

PLAZO

El plazo de ejecución del contrato será a partir de la expedición de la carta de inicio de ejecución al contratista hasta **31 de diciembre de 2022** o hasta agotar presupuesto antes de la fecha de ejecución, previa aprobación de la garantía única y previa registro presupuestal correspondiente.

Forma y procedimiento de adjudicación

La Regional de Aseguramiento en Salud Nro. 4 - Unidad Prestadora de Salud Nariño procederá a la adjudicación del presente proceso en forma total, se tendrá en cuenta la oferta con el mayor porcentaje de descuento, presentada por los oferentes y que cumpla con los requisitos técnicos, jurídicos y económicos establecidos en la invitación del proceso, esta se tomara teniendo en cuenta los ítems establecidos en la oferta económica, en caso de que esta no cumpla la entidad verificara la oferta con el segundo valor económico y así sucesivamente, de acuerdo a lo establecido en el artículo 2.2.1.2.1.5.2 del decreto 1082 del 2015.

NOTA: El ordenador (a) del gasto de la Regional de Aseguramiento en Salud No.4, podrá adjudicar hasta la totalidad del presupuesto asignado del presente proceso, según las necesidades de la Institución.

Lugar de prestación de servicios

El lugar de prestación del servicio se realizará en la ciudad de Pasto, en instalaciones del oferente debidamente habilitado por el instituto de Salud Departamental de Nariño, previa coordinación con el supervisor del contrato.

Forma de pago

La Policía Nacional REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.4 pagará el valor del contrato al Oferente en la ciudad de Cali, mensualmente, dentro de los sesenta (60) días calendarios siguientes a la presentación de la factura comercial en original y dos copias, que deberá ser radicada en la ventanilla única de la oficina central de cuentas de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO, dentro de los primeros cinco (05) días hábiles de cada mes, anexando certificación de pagos parafiscales. El

RECIBO **A SATISFACCIÓN (RAS)** expedido por el supervisor del contrato, una vez cumplidos los trámites administrativos y fiscales vigentes.

Una vez radicada la factura por parte del Oferente, el Coordinador de la Ventanilla Única – Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, deberá remitir la cuenta al Supervisor del Contrato, quien dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a su recepción deberá revisar los documentos y soportes para expedir el Recibo a Satisfacción Técnico–Económico y devolverla junto con los soportes a la Central de Cuentas, para continuar con el trámite correspondiente.

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

Todas las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del OFERENTE, quien no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza.

AUDITORIA DE CUENTAS: Los responsables de la Ventanilla Única de la Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, tramitará a la auditora de cuentas del Proceso Financiero la cuenta acompañada del Recibo a Satisfacción Técnico - Económico para realizar la auditoria, la cual será expedida dentro de los seis (6) días hábiles siguientes a la recepción de la cuenta y será devuelta junto con los soportes a la Central de Cuentas, para continuar con el trámite de pago respectivo.

TRÁMITE DE GLOSAS: En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad con lo establecido en la Ley 1438 del 19 de enero de 2011 *"Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"*. En su artículo 57 *"Trámite de Glosas"*, cuyo texto es el siguiente:

*"**ARTÍCULO 57. TRÁMITE DE GLOSAS.** Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.*

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

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

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago.".

FACTURACIÓN – RADICACIÓN DE CUENTAS

La radicación de la facturación impresa de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días hábiles del mes siguiente a la prestación del servicio, la cual como mínimo debe cumplir con:

- Relación general de pacientes atendidos, detallando el Certificado de Atención del Paciente, por cada uno de ellos discriminada en nombre completo, documento de identificación del paciente, fecha de atención al paciente, valor de la factura y firmada por el usuario o acudiente.
- Requisitos establecidos por la DIAN.
- 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 facturación debe venir debidamente firmada por quien la expide, legajada al lado izquierdo, máximo 250 folios y 50 facturas por paquete o envío, hojas alineadas, 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. La facturación no debe tener ganchos metálicos de cosedora ni papel carbón.
- Presentar original de la autorización del servicio.
- Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El RIPS debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 MINSALUD de 2000, resolución 951 de 2002 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen.
- Si el Oferente no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta el mes siguiente.
- La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta (30) días posteriores a la prestación de los servicios.
- La radicación de la cuenta se debe hacer anexando el formato en Excel de radicación de IPS, debidamente diligenciado.
- EL CONTRATANTE dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

En todo caso debe cumplir con los siguientes requisitos específicos:

- ✓ Factura en original y dos copias que cumpla con los requerimientos de ley, a nombre de la Policía Nacional – Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 o Policía Nacional, según sea el origen del usuario beneficiado.
- ✓ Discriminado de la factura.
- ✓ Anexar a la factura certificado de cumplimiento de aportes parafiscales, fotocopia del pago de parafiscales (Uno por cada mes independiente del número de facturas presentadas), documento del representante legal, certificación bancaria y relación de la información del medio magnètico.
- ✓ Orden de prestación de los servicios expedida y autorizada por el Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, debidamente firmada por el usuario o acudiente.
- ✓ Los servicios cobrados deben ser relacionados en los RIPS con la tarifa y el respectivo Código CUPS por cada procedimiento o servicio prestado y de conformidad al objeto del contrato.
- ✓ Soportes de los servicios facturados los cuales deben tener completamente diligenciado el certificado de atención del usuario con la firma del mismo, uno por toda la atención que corresponda con el documento de identificación del usuario o en su defecto la del acudiente.
- ✓ Resumen de la Historia Clínica o epicrisis, para procedimientos quirúrgicos y eventos de hospitalización con sus respectivos soportes.
- ✓ En los eventos de urgencias, aportar el registro de atención de URGENCIAS con sus respectivos soportes.

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

- ✓ Historias clínicas.
- ✓ Autorizaciones

	✓ documento de identificación. Deben venir en CD debidamente marcado y en unidad de conservación plástica en polipropileno y otro polímero químicamente estable. El archivo de medios magnéticos como CD debe cumplir con las características descritas en el Acuerdo 049 del 5 de mayo de 2000 del Archivo General de la Nación. La radicación de la facturación generada por la atención de los usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, se deberá presentar en la ventanilla de central de cuentas de Unidad Prestadora de Salud Nariño, ubicada en la carrera 35 No 19-119, tercer piso de la ciudad de Pasto, en horario administrativo. **CAUSALES DE NO PAGO** Todo servicio ambulatorio (primera vez o control) u hospitalario que no cuente con formato de autorización por parte de la central de autorizaciones de la USP. Todo procedimiento adicional no autorizado, salvo que se haya prestado atendiendo un riesgo inminente para la vida del paciente. Toda urgencia, que no cuente con código de notificación, por parte de la central de autorización de la USP salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 4747 MINPROTECCIÓN de 2007 y Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008. Prestaciones en los servicios de urgencias más allá del servicio de clasificación de triage y de consulta médica, cuando no superen las pautas de auditoría de pertinencia para ser consideradas como una urgencia. Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de inminente para la vida del paciente. La atención del evento adverso entendido como "el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño en el paciente" será asumido por el prestador una vez agotado el debido proceso (Comité de seguridad de paciente extra institucional, Protocolo de Londres). Servicio electivo, fuera del plan de beneficio del SSPN, que no haya sido diligenciado en el formato del Comité Técnico Científico CTC de la DISAN – Dirección de Sanidad y aprobado por esa instancia del nivel central (el cual puede ser en el formato que el Oferente maneje ajustado a lo normado). Bien o servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del SSPN, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del Comité Técnico Científico CTC DISAN – Dirección de Sanidad (El concepto de favorabilidad para estos casos que emita el CTC, obrará como herramienta de mejoramiento y supervisión, más no como causal de no pago) Las contempladas en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen. **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.
	Son causales para el rechazo de la propuesta, las siguientes: **a.** Cuando se compruebe que un proponente ha interferido, influenciado, u obtenida correspondencia interna, proyectos de concepto de evaluación o de respuesta a observaciones, no enviados oficialmente a los proponentes. **b.** Cuando se compruebe confabulación entre los proponentes que altere de cualquier manera la aplicación del principio de selección objetiva. **c.** Cuando el proponente o alguno de sus integrantes se encuentre incurso en las causales de inhabilidades o incompatibilidades fijadas por la Constitución y la Ley.

Causales de rechazo de la propuesta o declaratoria desierta del proceso	**d.** Cuando el Objeto Social de la firma, incluido en el Certificado de Existencia y Representación Legal no faculte a la sociedad para desarrollar la actividad materia de la futura contratación. **e.** Cuando la firma oferente no haya realizado la renovación de la matricula mercantil en firme, reflejada en el certificado de existencia y representación legal o registro mercantil expedido por la cámara de comercio correspondiente. **f.** Cuando el oferente sea persona jurídica y se encuentre incurso en alguna de las causales de disolución o liquidación proferidas por Autoridad Competente. **g.** Cuando se presente más de una oferta por un mismo oferente o se ostente la calidad de Representante Legal o socio de más de una persona jurídica participante en el presente proceso de selección. **h.** Cuando el valor de la propuesta contenga precios artificialmente bajos y al solicitar la justificación esta no sea coherente a la propuesta presentada. **i.** Cuando la oferta no cumpla con las especificaciones técnicas mínimas exigidas. **j.** En el evento en que la Regional De Aseguramiento En Salud No. 4 de la Policía Nacional haya solicitado al oferente por escrito con posterioridad a la presentación de la oferta, aclaraciones o explicaciones relacionadas con información de la misma y éste no dé respuesta hasta el vencimiento del término de traslado del informe de evaluación. **k.** Cuando la oferta se presente en forma extemporánea o en un lugar distinto al señalado en el presente proceso. **l.** No se aceptarán propuestas enviadas por un medio diferente al SECOP II, de hacerlo será causal de rechazo. **m.** Cuando la propuesta sea presentada por Consorcio o Unión Temporal o cualquier tipo de sociedad futura y no se constituya el documento legal que demuestre tal condición. CAUSALES PARA DECLARAR DESIERTO EL PROCESO La Regional De Aseguramiento En Salud No 4 declarará desierto el presente proceso al vencimiento del plazo previsto para adjudicar, cuando entre las propuestas presentadas no se logre adjudicar a ninguna el contrato ofrecido, ya sea porque las propuestas no cumplan con las condiciones para ser adjudicatarias, porque no se presenten propuestas, o por cualquier otra causa que impida la selección objetiva. **Oferta artificialmente baja.** Si de la consulta y análisis de precios o condiciones del mercado se desprende que no existen razones que justifiquen la diferencia de precios entre los precios de referencia y los presentados por los oferentes en el presente proceso, la Entidad Estatal podrá descalificarlos o declarar desierto el proceso, caso en el cual podrá darse inicio a uno nuevo. La declaratoria de desierta del proceso se hará mediante comunicación motivada, que se publicará en el SECOP II.
Factores que se tendrán en cuenta para la evaluación	Al momento de la entrega de las propuestas, se determinará el orden de elegibilidad, comenzando por la oferta con propuesta económica de menor valor y así sucesivamente. De conformidad con el **numeral 4 del artículo 2.2.1.2.1.5.2. del Decreto 1082 de 2015,** la entidad estatal procederá a revisar las ofertas económicas y a verificar los requisitos habilitantes y condiciones técnicas de la oferta con el ofrecimiento económico de menor valor, en caso de que esta no cumpla con los requisitos habilitantes exigidos, vencido el plazo para subsanar los mismos, se procederá a verificar la oferta del ofrecimiento económico con el segundo lugar y así sucesivamente. Si una vez verificadas todas las ofertas presentadas, no se logra la habilitación, el proceso se declarará desierto mediante comunicación motivada que se publicará en el SECOP según Resolución 00090 del 15 de enero de 2018 Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional".
Procedimiento en caso de empate a menor precio	De conformidad con el numeral 7 del artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 de 2015, la entidad adjudicará a quien haya entregado primero la oferta entre los empatados, según el orden de entrega de las mismas.

Información de aceptación de la oferta	Con la publicación de la comunicación de aceptación en el SECOP II el proponente seleccionado quedará informado de la aceptación de su oferta. (Según la Resolución 00090 del 15 de enero de 2018 "Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional".
Análisis de garantías: tipificación, estimación y asignación del riesgo	Las contenidas en la presente Invitación.

2. REQUISITOS MÍNIMOS HABILITANTES

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

2.1 JURÍDICOS

- **Carta de Presentación de la Oferta:** De acuerdo al **formulario adjunto,** firmada por el oferente (persona natural o Representante Legal de la persona jurídica).
- **Certificado de existencia y representación legal** para personas jurídicas y/o matricula mercantil de persona natural expedidos por la Cámara de Comercio respectiva, el cual debe haber sido expedido dentro de los treinta (30) días calendario anteriores a la fecha de presentación de la oferta.
- **CUANDO HUBIERE LUGAR A ELLO, AUTORIZACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA, JUNTA DE SOCIOS O ASAMBLEA GENERAL, AL REPRESENTANTE LEGAL PARA LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO.**
- **Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía** del Representante Legal y/o proponente.
- La Policía Nacional consultará el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República de la firma y del Representante Legal. (www.contraloriagen.gov.co – link, certificado antecedentes fiscales). _
- La Policía Nacional consultará los antecedentes judiciales del oferente o su Representante Legal. (www.policia.gov.co – link, Enlaces de Interés)
- La Policía Nacional consultara el certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación del Representante Legal. (www.procuraduria.gov.co – link, Generar Certificado).
- **Certificación de Aportes Parafiscales y aportes al sistema de seguridad social integral** suscrito por el Representante Legal, o Revisor Fiscal, según corresponda. En este último evento, se deberá anexar fotocopia de la tarjeta profesional del revisor fiscal.
- **Copia del Formulario de Inscripción en el Registro Único Tributario (RUT).**
- **Compromiso Anticorrupción**: De acuerdo con el De acuerdo con el **Formulario adjunto**, suscrito por el oferente (Persona Natural o Representante Legal de la persona jurídica).
- **Origen Lícito de Recursos**: El proponente mediante documento escrito deberá manifestar expresamente que los activos y recursos que conforman el patrimonio del proponente, y de cada uno de sus integrantes (cuando sea el caso) que empleará para el desarrollo del contrato, provienen de actividades lícitas.
- **CERTIFICACIÓN DE NO ESTAR INCURSO EN CAUSALES DE CONFLICTO DE INTERESES, INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD.** (*diligenciar el formulario 6, adjunto al presente documento).*
- **CERTIFICADO DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS (RNMC):** La Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, consultará y verificará en el Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas, si el representante legal de la entidad o la persona natural se encuentra vinculado como infractor de la Ley 1801 de 2016 por concepto del no pago de multas. Para lo cual ingresar al enlace: https://srvpsi.policia.gov.co/PSC/frm_cnp_consulta.aspx. Igual requisito deberá cumplir las personas

naturales (nacionales o extranjeras), el representante legal de las personas jurídicas nacionales o extranjeras y el representante de los consorcios o uniones temporales.

- **FORMULARIO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD:** los oferentes deben diligenciar el formulario adjunto, y presentarlo junto con la propuesta.

- Presentar la Consulta de Inhabilidades en Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años, según la Ley 1918 de 2018.

2.2 TÉCNICOS

- Diligenciamiento del **Anexo** "Especificaciones Técnicas Mínimas".

Experiencia Mínima Contractual: Con el fin de garantizar la calidad de los bienes o servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere acreditar experiencia en proyectos similares al objeto del presente estudio previo, tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos que acrediten la realización de contratos celebrados y ejecutados durante los tres últimos años, de proyectos iguales o similares al presente proceso contractual cuya suma supere el cincuenta por ciento (50%) del presupuesto asignado al presente proceso, con empresas públicas o privadas, para lo cual el oferente deberá presentar máximo tres (3) certificaciones de contratos con concepto favorable de la recepción de los contratos.

Las certificaciones deben contener la siguiente información:

- Objeto del contrato
- No. Del contrato
- Valor
- Plazo
- Fechas de inicio y finalización del contrato
- Cumplimiento
- Nombre y NIT del contratante y del contratista

Cuando la Certificación se allega a nombre de un (1) miembro de un Consorcio o Unión Temporal, de un contrato en que a su vez también fue miembro del Consorcio o Unión Temporal, se tendrá en cuenta conforme al porcentaje de participación en dicho Consorcio o Unión Temporal

- **NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO**
Para el desarrollo del objeto a contratar desde el Estudio Previo se establece que el futuro contratista debe contar con un profesional en **RADIOLOGIA** quien debe presentar la Información de educación recibida en entidades educativas debidamente reconocidas ante el ministerio de educación, asociada a los niveles de primaria, secundaria, técnica, tecnológica, profesional-universitaria, especializaciones, maestrías y doctorados

- **Experiencia del personal:** Con el fin de garantizar la idoneidad del personal Profesional que se vincula al proyecto, el proponente deberá anexar certificación firmada por el representante legal que este personal cuenta con experiencia en Colombia de haber participado mínimo en un (1) proyecto relacionado con el objeto del presente contrato.

CAPACIDAD OPERATIVA

El Oferente deberá certificar que cuenta con la Capacidad operativa como instalaciones, equipo biomédico, recurso humano y logístico, para la prestación de servicios de acuerdo con necesidades y bajo estándares de seguridad para la atención de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

OTRAS CONDICIONES TECNICAS VERIFICABLES

- **CERTIFICADO DE DECLARATORIA DE REQUISITOS ESENCIALES POR EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD:** El oferente debe cumplir con la normatividad establecida por el Ministerio de Salud y la Protección Social las normas generales vigentes. Presentar el Certificado de declaratoria de requisitos esenciales del Instituto Departamental de Salud de Nariño, certificado de habilitación.

- **SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD**: El oferente debe Cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantia de Calidad, los requisitos mínimos esenciales y las condiciones sanitarias que fijen las autoridades competentes tanto en el orden Nacional como Territorial.

2.3 ECONÓMICOS

- **Oferta Económica:** La oferta económica deberá ajustarse conforme a la clase de oferta señalada en el **Anexo adjunto,** el cual se evaluará con el menor valor ofertado.
- **Sostenibilidad de Precio:** El oferente deberá manifestar la sostenibilidad de los precios durante la vigencia del contrato (diligenciar el Formulario N° 4 adjunto).

2.4 OTROS DOCUMENTOS

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

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

3. CRONOGRAMA DEL PROCESO

Publicación de la invitación	Lugar: PORTAL ÚNICO DE CONTRATACIÓN SECOP II https://community.secop.gov.co/STS/Users/Login/Index?SkinName=CCE&currentLanguage=es-CO&Page=login&Country=CO Fecha: **SEGÚN CRONOGRAMA SECOPII**
Observaciones a la invitación	Los interesados podrán solicitar aclaraciones, observaciones o comentarios a la invitación Pública a través de la **plataforma SECOP II, según el CRONOGRAMA SECOPII** hasta un día antes de la fecha programada para la presentación de propuestas, las cuales serán contestadas por Regional de Aseguramiento No.4 antes del vencimiento del plazo para presentar oferta. Este requisito será publicado en COMENTARIOS de la Plataforma SECOPII como requisito de la invitación. **NOTA: NO SE TENDRÁN EN CUENTA OBSERVACIONES REALIZADAS DE FORMA VERBAL, NI TAMPOCO LAS REALIZADAS POSTERIORES A LA FECHA Y HORA DESCRITAS EN LA PLATAFORMA SECOPII, NI LAS REALIZADAS EN SITIOS DIFERENTES A LOS SEÑALADOS ANTERIORMENTE.**
Entrega de propuestas	**Lugar:** La propuesta será recibida ÚNICAMENTE a través de la **plataforma SECOP II.** Para ello el interesado deberá estar registrado y contar con usuario y contraseña. No se aceptarán propuestas enviadas por correo electrónico, ni otro medio diferente al señalado en la invitación.
Evaluación de las Propuestas y Verificación de los Requisitos Habilitantes	SEGÚN CRONOGRAMA SECOPII . En el evento que la propuesta a evaluar no cumpla con la verificación de los requisitos mínimos habilitantes, este mismo plazo aplicara para la propuesta en segundo orden de elegibilidad y así sucesivamente para las demás propuestas si se continúe con la misma situación.
Termino para la publicación del informe de verificación de los requisitos habilitantes	SEGÚN CRONOGRAMA SECOPII
Publicación para observaciones y Presentación de documentos habilitantes	SEGÚN CRONOGRAMA SECOPII
Notificación de aceptación de oferta.	SEGÚN CRONOGRAMA SECOPII

NOTA: Se requiere obligatoriamente la presentación de una **OFERTA TOTAL**, es decir, todos los ítems que conforman el proceso, de lo contrario la oferta será rechazada.

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

*De ser necesaria la modificación de las condiciones de la invitación, esta se efectuará mediante ADENDA, la cual será expedida y publicada en el portal único de contratación hasta el día hábil anterior a la fecha y hora establecida para la entrega de las propuestas, o hasta donde por norma de la contratación lo disponga.

*En caso de tener dificultades para presentar la oferta en la plataforma del SECOP II seguir el protocolo de Indisponibilidad establecido por Colombia Compra Eficiente, el correo de la Regional de Aseguramiento en Salud No 4, al cual puede comunicar la dificultad es: deval.rases-con@policia.gov.co

4. SUPERVISOR DEL CONTRATO

El Supervisor del Contrato será el jefe del ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD POLICIAL PRIMARIO DE IPIALES, quien haga sus veces o quien con posterioridad designe el Ordenador del gasto, este será responsable de la supervisión, vigilancia y control de ejecución del contrato según corresponda, para ello deberá cumplir con lo dispuesto en la Resolución 00090 del 15 de Enero de 2018 de la Dirección General de la Policía Nacional "Por la cual se reglamenta la actividad de los interventores, supervisores y coordinadores de los contratos y/o convenios en la Policía Nacional "y el instructivo 024 DISAN – ASJUR del 27 de Marzo de 2.009 de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional "ACTIVIDAD DE LOS INTERVENTORES SUPERVISORES Y COORDINADORES DE LOS CONTRATOS Y/O CONVENIOS EN LA POLICÍA NACIONAL, además deberá verificar la remisión del Paciente y demás procedimientos, cuando así lo estime conveniente

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

Atentamente,

LA POLICÍA NACIONAL

Mayor. **CARLOS ANDRES CAMACHO VESGA**
JEFE REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°4

Elaborado por: LEIDY YADIRA AUCU URBANO
Analista de Contratos
Revisado por: IT. OSCAR SABALZA MARTINEZ
Analista de Contratos
Revisado por: TE. GUSTAVO ANDRES NARVAEZ ARTEAGA
Líder de Contratos
Revisado por: CT. YURY LORENA RAMIREZ ZUÑIGA
Jefe Grupo Administrativo y Financiero
Aprobado por: IT. DIEGO FERNANDO CARDONA ORTIZ
Líder Asuntos Jurídicos
Revisado por: Abogada Esp. SULY AIDE CORTES GRAJALES
Asesor Jurídico

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

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

REQUISITOS GENERALES

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

LOTE	ITEM	CONDICIONES TECNICAS MINIMAS	OFRECE	
			SI	NO
No aplica	1	EL SERVICIO DEBE SER PROPORCIONADO BAJO RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR CONTRATADO, con cumplimiento de Requisitos según lo contemplado por el Ministerio de la Protección Social, en el Decreto 1011 del 2006; Resolución 3100 del 2019 y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares de calidad en prestación de servicios de salud. Estos pueden ser verificados en cualquier momento por parte del grupo de Auditores de la Unidad Prestadora de Salud Nariño.		
No aplica	2	El talento humano científico técnico del oferente deberá reunir los requisitos definidos por el Decreto 1336 / 90 del Ministerio de Salud o aquellas normas que lo deroguen o sustituyan en cuanto a su idoneidad. BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA SE PERMITIRÁ la participación en la atención en salud de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional de ESTUDIANTES EN FORMACIÓN		
No aplica	3	Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias.		
No aplica	4	Deberá contar con personal idóneo responsable del proceso de Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud y atención al usuario, con el fin de garantizar una comunicación efectiva y ágil con la Unidad Prestadora de Salud Nariño para el manejo de la prestación del servicio.		
No aplica	5	EL CONTRATISTA NO PODRÁ CONTINUAR PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, UNA VEZ SE HAYA AGOTADO EL PRESUPUESTO ASIGNADO AL MISMO.		
No aplica	6	La atención por consulta externa debe prestarse previa autorización expedida solamente por el Funcionario del Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, anexando copia del documento de identidad del usuario (cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad o registro civil). Usuarios que no cumplan estos requisitos, no deben ser atendidos.		
No aplica	7	Todo cambio de horario de atención y/o lugar de prestación del servicio deberá ser notificado a la Jefatura de la Unidad Prestadora de Salud Nariño o al Supervisor de Contrato con un mínimo de 96 horas previas al cambio. El contratista dispondrá de una persona encargada de la Coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre procedimientos, quejas, programaciones y en general para la atención de los usuarios. De ello deberá notificar a la Unidad Prestadora de Salud Nariño mediante documento escrito una vez le sea entregada la respectiva carta de inicio del contrato		
No aplica	8	Por ningún motivo el contratista puede solicitar con posterioridad autorización de servicios ya prestados a usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Nariño que nunca fueron notificados y/o informados, en su debido tiempo bajo los términos de Ley, al Funcionario de la Oficina de Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud de la Unidad Prestadora de Salud Nariño.		
No aplica	9	Una vez ejecutado el 100% del contrato, el Contratista se compromete con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante		
No aplica	10	El oferente deberá disponer con médicos especialistas en cada área, enfermeras profesionales con experiencia, personal de apoyo técnica asistencial y administrativo que le permitirá dar cumplimiento al objeto del presente contrato		
No aplica	11	El contratista deberá anexar junto a su propuesta el portafolio de servicios que deberá contener como mínimo la siguiente información: Indicar el tipo de actividad y/o servicios que está en capacidad de atender. Indicar el número de usuarios que se puedan atender y procedimientos quirúrgicos por especialidad que puede realizar por mes.		
No aplica	12	Demostración de la tenencia y clase de equipos que utilizará en la prestación de los servicios y su diagnóstico (Garantía de disponibilidad). Certificación firmada por el Representante Legal de la IPS y/o ESE; en la que conste la existencia y		

		disponibilidad de los equipos médicos que destinarán para la prestación de los servicios. En el caso de ausencia del profesional de la salud o daño del equipo o la no prestación del servicio pactado en el siguiente documento el oferente deberá garantizar la prestación del servicio con eficacia, eficiencia, seguridad y oportunidad		
No aplica	13	Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros CINCO (05) días hábiles del mes siguiente en la Ventanilla Única Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, organizada de acuerdo con la normatividad descrita en la ley general de archivo, LEY 594 DE JULIO 14 DE 2000 DEMÁS NORMAS QUE LA SUSTITUYAN O MODIFIQUEN. En esta Facturación debe aparecer el Número de Contrato vigente al que se carga la cuenta, cumpliendo con los requisitos legales vigentes en original y dos copias. Los servicios cobrados deben ser relacionados con la tarifa y el respectivo Código CUPS. Por cada procedimiento o servicio prestado. Soportes de los servicios facturados; incluyendo las lecturas de apoyo diagnóstico. Resumen de la Historia Clínica y/o Epicrisis, para procedimientos quirúrgicos, correspondiente a los servicios relacionados en la factura y que se hubieren prestado al usuario. RIPS de atenciones prestadas Anexar a la factura, fotocopia del pago de parafiscales (Uno por cada mes independiente del número de facturas presentadas). Orden de prestación de los servicios expedida por el Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud de la Unidad Prestadora de Salud Nariño original identificada por el sello del médico de Grupo Regional Redes Integrales Servicios de Salud, debidamente firmada por el usuario o acudiente, fotocopia del carné o constancia vigente y documento de identificación del paciente. La facturación se debe presentar en forma ordenada y los procedimientos cobrados deben llevar el código y tarifa SOAT según el caso.		
No aplica	14	Envió a la Jefatura de la Unidad Prestadora de Salud Nariño (Carrera 35 No. 19 – 119) durante los cinco (5) primeros días hábiles del mes los siguientes indicadores de Gestión: Porcentaje de Contra referencia Oportunidad de citas de medicina especializada Igualmente se debe incluir los indicadores estipulados en la circular 030 de la Supersalud de 19 de mayo de 2006,en formato Excel dentro de los 5 primeros días de cada mes a los siguientes correos alexandra.arevalo4832@correo.policia.gov.co		
No aplica	15	La oportunidad en asignación de citas se desarrollara con base en la oferta de servicios presentado por la IPS ofertante pero no deberá superar un máximo de 72 horas excepto pacientes con urgencia médica cuya atención debe ser inmediata y entrega de resultados en menos de 12 horas.		
No aplica	16	Adicionalmente es indispensable que el proponente presente la certificación de requisitos mínimos de Habilitación expedida por el Instituto Departamental de Salud de Nariño como representante del Ministerio de Protección Social. El oferente deberá certificar experiencia para lo cual deberá allegar certificaciones de máximo 3 contratos ejecutados o en ejecución cuyo objeto sea IGUAL O SIMILAR A PRESTACION DE SERVICIOS EN RADIOLOGIA, expedidas por el contratante, cuya sumatoria sea igual o superior al 50% del valor del presupuesto oficial establecido para esta invitación. Las certificaciones deberán contener la siguiente información: Objeto del contrato Valor del contrato Plazo de ejecución del contrato Fecha de iniciación y finalización del contrato Nombre del contratante Nombre del contratista, debidamente firmado por el representante legal o por quien haga sus veces. No se admiten: Certificaciones de Subcontrataciones. No se acepta auto certificaciones. No se aceptan COPIAS DE CONTRATOS, FACTURAS, ORDENES DE SERVICIO, ORDENES DE PAGO, se requieren certificaciones. NOTA: Las certificaciones serán objeto de verificación, no serán tenidas en cuenta aquellas certificaciones en las que no se pueda constatar que el contratista cumplió a cabalidad con el objeto del contrato. Si el contrato corresponde a un contrato ejecutado bajo la modalidad de consorcio o unión temporal, el valor a tener en cuenta como experiencia será igual al valor total facturado del contrato multiplicado por el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes, para lo cual se deberá anexar copia de documento consorcial o unión temporal donde se pueda verificar el porcentaje de participación.		
No aplica	19	El contratista se obliga a realizar el reporte y auto reporte dentro de los cinco días a su ocurrencia de los incidentes y eventos adversos identificados durante la atención de los usuarios al correo ruth.larranaga@correo.policia.gov.co. Denar.upres@correo.policia.gov.co a fin de que de manera conjunta su equipo y el equipo de calidad de la Unidad Prestadora de Salud Nariño planteen acciones		

No aplica	20	El oferente se compromete a prestar los servicios de acuerdo al plan integral de Salud de la Fuerzas Militares y la Policía Nacional ACUERDO 002 y agotar todas las alternativas del vademécum de la Policía Nacional ACUERDO 052 de 2013 Manual de medicamentos y terapéutica		
No aplica	21	En caso de presentarse objeciones, éstas deberán ser respondidas y tramitadas según los términos establecidos en el artículo 56 y 57 de la Ley 1438 de 2011, contados a partir de la fecha de notificación al CONTRATISTA por parte de la Unidad Prestadora de Salud Nariño y de la institución prestadora de servicios de salud		
No aplica	22	El contratista permitirá al equipo auditor de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, el acceso en tiempo real y oportuno a todos los registros asistenciales diligenciados dentro de la atención de los usuarios de la Policía Nacional , adicionalmente permitirá también, el acceso a las unidades de análisis que contengan el resultado de los casos de importancia en salud pública y de los incidentes y eventos adversos, así como permitir que el equipo auditor efectué la revisión de la facturación in situ de los servicios prestados a nuestros usuarios.		
No aplica	23	El contratista debe acreditar la aplicación de protocolos aceptados en salud para el manejo de pacientes.		
No aplica	24	El contratista se obliga a REMITIR todos los RIPS de las atenciones a los usuarios de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, anexos a las cuentas de cobro y junto con los indicadores solicitados por la Unidad Prestadora de Salud Nariño durante los cinco primeros días hábiles del mes y paralelamente a los correos electrónicos alexandra.arevalo4832@correo.policia.gov.co. Además se debe incluir en el archivo AF de los RIPS el número del contrato que afecta la cuenta de cobro		
No aplica	25	El contratista dispondrá de una persona encargada de la Coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre procedimientos, quejas, programaciones y en general para la atención de los usuarios. De ello deberá notificar a la Unidad Prestadora de Salud Nariño mediante documento escrito una vez le sea entregada la respectiva carta de inicio del contrato.		
No aplica	26	Por ningún motivo se abstendrá de atender al usuario sin informar previamente a la entidad contratante el imprevisto presentado, esto con el fin de evitar molestias al mismo. Cabe anotar que los trámites administrativos no deben impedir la atención del usuario.		
No aplica	26	El oferente se compromete a cumplir con el decreto 351 del 19-02-2014 el reglamenta la gestión integral de residuos generado en la atención de salud y otras actividades.		
No aplica	27	El contratista debe presentar formalmente al contratante junto con la propuesta el modelo de prestación de servicios definido por la entidad para dar cumplimiento al instructivo 009 de 2014 modelo de atención en salud familiar de la policía nacional.		
No aplica	28	El oferente debe CERTIFICAR el inicio y la implementación del Sistema De Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, el manual del SGSST del lugar donde se prestara el servicio, para así dar cumplimiento del decreto 1072 de 2015 y sus complementarios		
No aplica	29	El oferente deberá presentar certificado de la ARL (SURA, COLMENA, COLPATRIA, POSITIVA, entre otras), donde se reporte que cuentan con SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SGSST, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 0312-13/02-2019		
No aplica	30	El oferente deberá presentar certificado de accidentalidad de la ARL (SURA, COLMENA, COLPATRIA, POSITIVA, entre otras), donde se informe que la empresa no haya presentado accidentes mortales durante el periodo anterior a la contratación. (2021)		
No aplica	31	El oferente deberá presentar certificado de la ARL o SENA, de un funcionario que aprobó el curso de 50 horas del SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SGSST, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 0312-13/02-2019		
No aplica	32	El oferente deberá presentar certificado de conocimientos y especificación de los peligros/ riesgos de la empresa, con la forma de controlarlos al ejecutar el servicio por realizar en la Unidad Prestadora de Salud Nariño		
No aplica	33	El oferente deberá presentar la matriz de peligros y riegos de su empresa		
No aplica	34	El oferente deberá presentar el plan de emergencia actualizado de su empresa		
No aplica	35	EL OFERENTE DEBERA INFORMAR AL JEFE DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO y supervisor de CONTRATO, MENSUALMENTE SOBRE LA EJECUCION DEL CONTRATO Y CUANDO EL MISMO SE ENCUENTRE EN UN CINCUENTA 50%, UN SETENTA (70%), UN NOVENTA (90%) Y UN CIEN (100%) POR CIENTO. Una vez recibida la información la oficina de Contratos comunicarán al Jefe de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO		
No aplica	36	Crear un espacio adecuado para garantizar la atención y el acceso de los Pacientes discapacitados, que nos permita brindar un manejo adecuado, acogiéndose a los nuevos estatutos de protección para este tipo de población. (Rampla, ascensor o Habilitación de consultorios en el primer piso)		
No aplica	37	El contratista se compromete a entregar copia de Epicrisis, procedimientos y apoyos diagnósticos realizados al paciente durante su atención en cuenta de cobro, incapacidades, fórmulas médica y/o cuando el paciente lo requiera.		

No aplica	38	El manejo especializado debe comprender el tratamiento integral de las complicaciones presentadas durante los procedimientos inherentes al manejo médico.		
No aplica	39	El contratista deberá presentar la cuenta de cobro junto con la relación con el formato que maneja auditoria médica de la Unidad Prestadora de Salud Nariño mensualmente con los siguientes datos por cada cuenta radicada en formato Excel en medio magnético que conste de las siguientes variables: fecha de la atención de la factura, nombre e identificación del paciente, código CUPS, procedimiento realizado, código CIE 10, Diagnóstico, edad, valor de la factura el cual será enviado al correo: alejandra.benavides@correo.policia.gov.co. Este formato se entregará al supervisor para que lo haga llegar al contratista.		
No aplica	40	En caso de constituirse una glosa, el representante de la entidad contratada deberá allegar copia de pago o certificación de aportes parafiscales actualizada.		
No aplica	41	El Oferente a quien se le adjudique el contrato deberá certificar que hará uso del APLICATIVO SISAP WEB implementado por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional con el fin de garantizar una buena ejecución del contrato.		
No aplica	42	EL CONTRATISTA SE OBLIGA A REPORTAR DENTRO DE LOS SIGUIENTES CINCO DIAS 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 LA ATENCIÓN EN SALUD DERIVADOS DEL EVENTO ADVERSO		
No aplica	43	EL CONTRATISTA DEBE GARANTIZAR LA REALIZACION DE LOS SIGUIENTES EXAMENES ADEMAS DE LOS DESCRITOS EN LAS CONDICIONES TECNICA DE ESTE DOCUMNETO : • TRÁNSITO INTESTINAL CON MARCADORES RADIOPACOS • HISTEROSALPINGOGRAFIA. • TOMOGRAFÍA MULTICORTE • MAMOGRAFÍA BILATERAL DIGITAL BIOPSIAS		
No aplica	44	PRESTAR EN FORMA OPORTUNA LOS SERVICIOS OFERTADOS Y SEGÚN HORARIO DE ATENCIÓN ESTIPULADO POR EL CONTRATISTA, el cual debe ser notificado una vez sea adjudicado el contrato, bajo los principios de eficacia, eficiencia, efectividad, universalidad y solidaridad; BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA EL CONTRATISTA PODRÁ ABSTENERSE DE RECIBIR AL USUARIO, ARGUMENTANDO NO TENER DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO REQUERIDO.		
No aplica	45	La atención por consulta AMBULATORIA deben prestarse previa autorización expedida solamente por el Funcionario de Referencia contra Referencia de LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO, anexando copia del documento de identidad del usuario (cedula de ciudadania, tarjeta de identidad o registro civil) usuarios que no cumplan con estos requisitos no deben ser atendidos		
No aplica	46	TODOS LOS SERVICIOS SERÁN PRESTADOS PREVIA AUTORIZACIÓN SOLAMENTE DEL FUNCIONARIO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO, anexando copia del documento de identidad del Usuario, ACLARANDO QUE EN CASO QUE SE DEMUESTRE POR PARTE DEL CONTRATISTA QUE DICHA ATENCION FUE PRESTADA A UN PACIENTE QUE NO PERTENECE AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL O DE OTRO DEPARTAMENTO. NO SE RECONOCERA NINGUN VALOR POR LA ATENCION PRESTADA.		
No aplica	47	Para Prestar el servicio de radiologia baja y mediana complejidad se hará a los pacientes previa orden de servicio en original, firmada por el médico solicitante perteneciente al nivel I de atención o interconsulta derivada de los Profesionales adscritos a LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO y SOLAMENTE BAJO REMISIÓN QUE INCLUYE LA VALIDACIÓN FIRMADA POR EL LÍDER MÉDICO DE LA OFICINA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA; donde se especifique el examen, terapéutica y/o procedimiento a realizar de acuerdo con el objeto del contrato y el diagnóstico del servicio solicitado según padecimiento del Paciente remitido		
No aplica	48	El pago correspondiente a las cuentas que presenten los prestadores de servicios de salud, que contraten con LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO de la Policía Nacional, estará sujeta a la validación de los Registros Individuales de la prestación de servicios de salud (RIPS), los que deben presentarse teniendo en cuenta la estructura vigente de datos establecida en el Anexo Técnico de la Resolución No. 3374 de 2000 emanada del Ministerio de la Protección Social y demás normas que la modifiquen o complementen.		
No aplica	49	Aceptar y facilitar las visitas del Auditor médico de LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO, en lo referente a: revisión de historias clinicas, requerimientos de habilitación, verificación de la existencia de procesos que garanticen la calidad del servicio prestado a nuestros usuarios , aceptar y facilitar las visitas del supervisor del contrato delegado por el jefe de LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO para el control y supervisión del contrato y seguimiento a quejas y reclamos de nuestros usuarios.		

No aplica	50	En el caso de que se requiera un procedimiento que ofrezca el CONTRATISTA para el manejo del paciente y no esté considerado dentro de lo relacionado con el objeto del contrato y se defina como PRESTACION EXCEPCIONAL Y CALIFICADA COMO URGENCIA NO DIFERIBLE, este se podrá prestar única y exclusivamente mediante autorización escrita firmada por de LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO de la Policía Nacional y Líder del Proceso de Referencia Contra referencia y Autorizaciones, siendo esta cancelada con la misma tarifa estipulada en el contrato previo aval de auditoria medica de la Dirección de Sanidad		
No aplica	51	El CONTRATISTA deberá entregar a corte 5 de cada mes los reportes de mamografías de todas las pacientes atendidas en el mes inmediatamente anterior especificando los datos de ley con su respectivo resultado y recomendaciones esto con el fin de programar seguimiento a usuarias de pendiendo el BIRADS ya se en medios físico o magnético a la oficina de promoción y prevención.(Aplica para tamizaje de primera vez mayores de 50 años)		
No aplica	52	El CONTRATISTA deberá informar de manera inmediata los reportes de pacientes con resultados BIRADS 4 y 5 para ubicación y seguimiento inmediato.		
No aplica	53	Para los CONTRATISTAs que brinden servicios de radiología baja y mediana complejidad se permitirá hacer Procedimientos en sus Instalaciones, siempre y cuando cumplan con los requisitos de Habilitación estipulados para tal fin; si se requiere Consultas Intrahospitalarias para Concepto por Especialidad, SE HARÁN ÚNICAMENTE EN LA RED CONTRATADA ACTUALMENTE POR LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO		
No aplica	54	PAGOS EXCONTRACTUALES: Una vez ejecutado el 100% del contrato, el Contratista se compromete con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo los casos que sean autorizados por el jefe de LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO y auditoria medica de la Dirección de Sanidad para pago por resolución de urgencias y lo cual será previamente notificado al contratista .Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante. Todas las autorizaciones emitidas por la Unidad Prestadora de Salud Nariño, para la atención de los afiliados al subsistema de salud, por medio de la oficina de referencia y contrareferencia Nariño, no serán ordenes mayores a 60 días y/o actualizadas a la fecha en la cual se solicita la valoración; por lo tanto las que no cumplan con dichas condiciones, no serán pagados por el contratante		
No aplica	55	La unidad que posee la necesidad y de acuerdo al objeto a contratar indicará la necesidad de verificar la experiencia de las personas que prestaran los servicios requeridos. Identificando adicionalmente los requisitos de formación académica (Profesión, especializaciones, etc.). TALENTO HUMANO REQUERIDO: Deberá contar con el Especialista en Radiología; Idoneidad demostrada bajo parámetros establecidos por la normatividad vigente, con los Diplomas o Certificaciones que Acrediten sus Estudios, la correspondiente Especialidad y toda la Documentación inherente al Proceso. El CONTRATISTA deberá certificar la tenencia de este recurso humano mediante una legitimación firmada por el representante legal y el diligenciamiento del Formato de Idoneidad Recurso Humano Ofrecido. Adicionalmente deberá cumplir en su totalidad con la ley de Talento Humano en Salud Ley 1164 de 2007.		
No aplica	56	SERVICIO SOLICITADO: Apoyo diagnóstico y procedimientos inherentes de competencia en **RADIOLOGIA DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD**, Ambulatoria estipulada en el Acuerdo 002 de abril de 2001. Su acceso será previa valoración por médico adscrito a la red contratada, acogiéndose a la malla de pertinencia del contratante		
No aplica	57	El contratista se compromete a brindar horarios de atención preferencial a los beneficiarios del subsistema de salud de la policía nacional garantizando así condiciones que permitan accesibilidad, oportunidad y continuidad en los servicios prestados.		
No aplica	58	Se solicita además la realización de procedimientos derivados de su especialidad, exámenes de mayor tecnología si se necesitaran o la aplicación de medicamentos en salas especiales por la condición del paciente, asumiendo las reacciones adversas si se presentan, para su correspondiente solución		
No aplica	59	El CONTRATISTA se obliga a realizar los trámites de legalización del contrato dentro de los tres días hábiles siguientes al retiro de la documentación de la Asesoría Jurídica – Grupo de Contratos y firma de las hojas de instrucciones respectiva.		
No aplica	60	El CONTRATISTA se obliga a que de conformidad con lo establecido en el Artículo 41 de la Ley 80 de 1993, modificado por el Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, en el momento de legalizar el contrato y de presentar las respectivas facturas, acreditara el pago mensual de los aportes de la afiliación y cotización a los sistemas de Seguridad Social y Cajas de Compensación Familiar, Instituto de Bienestar familiar y Sena. Para tal fin deberá allegar con la correspondiente factura, certificación donde conste dicho cumplimiento firmado por el representante legal o el revisor fiscal si conforme a la normatividad vigente estuviese obligada a tenerlo.		

No aplica	61	En igualdad de condiciones clínicas tiene prioridad la atención a maternas, menores 5 años y adulto mayor y personas con algún tipo de discapacidad, Crear un espacio adecuado para garantizar la atención y el acceso de los Pacientes discapacitados, que nos permita brindar un manejo adecuado, acogiéndose a los nuevos estatutos de protección para este tipo de población y a la resolución 2003 del 2014		

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	OFRECE	
		SI	NO
1	Presentar junto a la oferta el Certificado no superior a tres meses emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.		
2	Presentar junto a la oferta el Certificado de Accidentalidad de la ARL (Sura, Colmena, Colpatria, Positiva, entre otras), donde se acredite la no ocurrencia accidentes mortales durante el periodo anterior a la contratación, no obstante si no se cuenta con el documento al momento de la presentación de la oferta, se deberá anexar una constancia donde se indique que se encuentra en trámite; así mismo deberá anexar carta firmada por el Representante Legal y Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad donde certifiquen que no se han presentado sucesos mortales.		
3	Presentar junto a la oferta el Certificado de la ARL o SENA, que la persona responsable del diseño y ejecución del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, cursó y aprobó el curso de las 50 horas SG-SST circular 063 del 2020		
4	Presentar junto a la oferta la constancia donde se certifique que los integrantes de la empresa (en todos sus niéveles) tienen pleno conocimiento y especificación de los peligros/riesgos, así como los medios de control de los mismos, al momento de ejecutar el servicio en la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4.		
5	Presentar junto a la oferta la Matriz de identificación de peligros y riesgos con sus respectivas medidas preventivas, controles generales y especificos.		

OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS HABILITANTES

ITEM	CUPS	CONDICIOES TECNICAS MINIMAS	OFRECE	NO OFRECE
1	870001	RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE		
2	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO		
3	870004	RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA		
4	870005	RADIOGRAFIA DE MASTOIDES COMPARATIVAS		
5	870006	RADIOGRAFIA DE PEÑASCOS		
6	870007	RADIOGRAFIA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO		
7	870101	RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)		
8	870102	RADIOGRAFIA DE ORBITAS		
9	870103	RADIOGRAFIA DE AGUJEROS OPTICOS		
10	870104	RADIOGRAFIA DE MALAR		
11	870105	RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO		
12	870107	RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES		
13	870108	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES		
14	870112	RADIOGRAFIA DE MAXILAR SUPERIOR		
15	870113	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR		
16	870131	RADIOGRAFIA DE ARTICULACION TEMPOROMAXILAR (ATM)		
17	870601	RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO		
18	870602	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO		
19	870603	RADIOGRAFIA DE FARINGE [FARINGOGRAFIA]		
20	871010	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL		
21	871019	RADIOGRAFIA DE COLUMNA UNION CERVICO DORSAL		
22	871020	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA		
23	871030	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR		
24	871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA		
25	871050	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX		
26	871060	RX DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL (TEST ESCOLIOSIS)		
27	871062	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)		
28	871070	RADIOGRAFIA DINAMICA DE COLUMNA VERTEBRAL		
29	871091	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS		
30	871111	RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL		
31	871112	RADIOGRAFIA DE ESTERNON		

32	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A.ó A.P.y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS ó LATERAL CON BARIO)		
33	871129	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES		
34	871202	APICOGRAMA		
35	871208	RADIOGRAFIA PARA SERIE CARDIOVASCULAR (CORAZON Y GRANDES VASOS, SILUETA CARDIACA) CON BARIO EN ESOFAGO		
36	872002	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE		
37	872011	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)		
38	873001	RADIOGRAFÍA PARA SERIE ESQUELÉTICA		
39	873002	RADIOGRAFIA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDIPULAR)		
40	873004	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA [CARPOGRAMA]		
41	873111	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO		
42	873112	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA		
43	873121	RADIOGRAFIA DE HUMERO		
44	873122	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO		
45	873123	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES		
46	873202	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS		
47	873204	RADIOGRAFIA DE HOMBRO		
48	873205	RADIOGRAFIA DE CODO		
49	873206	RADIOGRAFIA DE MUÑECA		
50	873210	RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO		
51	873302	RADIOGRAFÍA PARA MEDICIÓN DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRÍA] O ESTUDIO DE PIE PLANO (PIES CON APOYO)		
52	873306	RADIOGRAFÍA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GENIOMETRICA U ORTOGRAMA) EN FORMATO 4*17 NIÑOS		
53	873311	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION FEMORAL		
54	873312	RADIOGRAFIA DE FEMUR AP Y LATERAL		
55	873313	RADIOGRAFIA DE PIERNA AP Y LATERAL		
56	873314	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION TIBIAL		
57	873333	RADIOGRAFIA DE PIE AP Y LATERAL		
58	873335	RADIOGRAFIA DE CALCANEO AXIAL Y LATERAL		
59	873340	RADIOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR AP Y LATERAL		
60	873411	RADIOGRAFIA DE PELVIS O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)		
61	873412	RADIOGRAFIA DE PELVIS (CADERA) COMPARATIVA		
62	873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA AP, LATERAL		
63	873422	RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)		
64	873424	RADIOGRAFIA TANGENCIAL DE ROTULA		
65	873426	RADIOGRAFIAS AXIALES DE ROTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES		
66	873431	RADIOGRAFIA DE TOBILLO AP LATERAL Y ROTACION INTERNA		
67	873443	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES		
68	873444	RADIOGRAFÍAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES: STRESS, TUNEL, OBLICUAS		
69	876801	MAMOGRAFIA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRURGICA		
70	876802	MAMOGRAFIA BILATERAL		
71	881112	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MAS		
72	881131	ECOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ		
73	881141	ECOGRAFIA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		
74	881201	ECOGRAFIA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS INCLUYE MARCACION ECOGRAFICA PREQUIRURGICA DE MAMA, CON ALAMBRE O AGUJA		
75	881211	ECOGRAFIA DE TORAX (PERICARDIO O PLEURA)		
76	881212	ECOGRAFÍA DE OTROS SITIOS TORÁCICOS		
77	881301	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS		
78	881302	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL : HIGADO, PANCREAS, VESICULA, VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO, GRANDES VASOS, PELVIS Y FLANCOS		
79	881305	ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (HIGADO, PANCREAS, VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO Y GRANDES VASOS)		
80	881306	ECOGRAFIA DE HIGADO, PANCREAS, VIA BILIAR Y VESICULA		
81	881313	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN (PÍLORO)		
82	881318	ECOGRAFÍA DE RECTO		
83	881331	ECOGRAFIA DE RIÑONES, BAZO, AORTA O ADRENALES		
84	881332	ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL)		

85	881340	ECOGRAFIA DE ABDOMEN (MASAS ABDOMINALES Y DE RETROPERITONEO)		
86	881401	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL		
87	881402	ECOGRAFÍA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL		
88	881403	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL)(TRANSDUCTOR DE 7 MhZ O MAS)		
89	881410	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA (HISTEROSONOGRAFÍA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFÍA)B		
90	881431	ECOGRAFÍA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL		
91	881432	ECOGRAFÍA OBSTETRICA TRANSVAGINAL		
92	881434	ECOGRAFÍA OBSTETRICA CON PERFIL BIOFISICO		
93	881436	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL		
94	881437	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO		
95	881501	ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSABDOMINAL		
96	881502	ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSRECTAL		
97	881510	ECOOGRAFÍA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		
98	881521	ECOGRAFÍA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		
99	881601	ECOOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR 7 MHZ O MAS		
100	881602	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR 7 MHZ O MAS		
101	881610	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO		
102	881611	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO		
103	881612	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA)		
104	881613	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO		
105	881620	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE RODILLA		
106	881621	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO		
107	881622	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE		
108	881630	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE CADERA		
109	881640	ECOGRAFIA DE CALCANEO		
110	882307	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES (UNILATERAL)		
111	882308	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)		
112	882309	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES (UNILATERAL)		
113	882316	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)		
114	882317	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)		
115	882318	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)		
116	881360	ECOOGRAFIA PELVICA CON ANALISIS DOPPLER		
117	881362	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANALISIS DOPPLER		
118	881511	ECOOGRAFÍA TESTICULAR CON ANALISIS DOPPLER		
119	882103	ECOGRAFIA DOPPLER TRANSCRANEAL		
120	881118	ECOOGRAFIA DIAGNOSTICA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON ANALISIS DOPPLER		
121	882112	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DE CUELLO		
122	882132	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFERICOS DEL CUELLO		
123	882203	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PELVICOS		
124	882212	ECOGRAFIA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL		
125	882222	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES		
126	882232	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS MESENTERICAS		
127	882242	ECOGRAFIA DOPPLER DE TROCO CELIACO		
128	882252	ECOGRAFIA DOPPLER DE VENA CAVA		
129	882262	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS ILIACAS		
130	882272	ECOGRAFIA DOPPLER DE DE VASOS DEL PENE		
131	882282	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES		
132	882292	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGINEO EN MASAS ABDOMINALES		
133	882294	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGINEO EN MASAS PELVICAS		
134	882296	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGINEO EN HIPERTENSION PORTAL		
135	882298	ECOGRAFIA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA		
136	882602	ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS ÓRGANOS TRASPLANTADOS		
137	882603	ECOGRAFÍA DOPPLER DE RIÑÓN TRASPLANTADO		
138	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O SUPERFICIE SOD MAS		
139	881202	ECOCARDIOGRAMA MODO M Y BIDIMENSIONAL CON DOPPLER A COLOR		

140	871320	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO		
141	872101	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL CONVENCIONAL		
142	872102	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE		
143	872104	RADIOGRAFIA DE COLON POR ENEMA O COLON POR INGESTA		
144	872105	RADIOGRAFIA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE		
145	872121	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO)		
146	872122	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO) CON DOBLE CONTRASTE		
147	872123	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO) Y TRANSITO INTESTINAL.		
148	872520	COLANGIOGRAFIA - TOMOGRAFIA		
149	877802	UROGRAFIA INTRAVENOSA		
150	877851	CISTOGRAFÍA CON PROYECCIONES OBLICUAS		
151	877861	URETROCISTOGRAFIA		
152	877862	URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL		
153	877863	URETROCISTOGRAFIA RETROGRADA		
154	877871	URETROGRAFIA RETROGRADA		
155	877815	PIELOGRAFIA RETROGRADA O ANTEROGRADA		
156	877816	PIELOGRAFIA PERCUTANEA		
157	877901	HISTEROSALPINGOGRAFIA		
158	878301	FLEBOGRAFIA DE MIEMBRO SUPERIOR NCOC		
159	878401	FLEBOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR NCOC		
160	874601	DACRIOCISTOGRAFIA UNILATERAL		
161	874602	DACRIOCISTOGRAFIA BILATERAL		
162	874700	SIALOGRAFIA (CUALQUIER GLÁNDULA) SOD		
163	875510	MIELOTAC CERVICAL		
164	875520	MIELOTAC TORACICO		
165	875530	MIELOTAC LUMBAR		
166	879111	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE		
167	879150	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)		
168	879116	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPOFISIS)		
169	879131	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA		
170	879132	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE RINOFARINGE.		
171	879121	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ORBITAS		
172	879122	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE OIDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO		
173	879112	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO CON CONTRASTE		
174	879113	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE Y CON CONTRASTE		
175	879114	CISTERNOGRAFIA POR TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC)		
176	879162	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE LARINGE		
177	879201	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORACICO, LUMBAR Y/O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)		
178	879205	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORACICO, LUMBAR Y/O SACRO, COMPLEMENTO A MIELOGRAFIA (CADA SEGMENTO)		
179	879301	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX		
180	879391	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX EXTENDIDO AL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES		
181	879410	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR		
182	879420	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)		
183	879421	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CADERA		
184	879430	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VIAS URINARIAS (UROTAC)		
185	879460	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE PELVIS		
186	879510	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES		
187	879520	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES		
188	879522	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES: (ANTEVERSION FEMORAL O TORSION TIBIAL)		
189	879523	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES: AXIALES DE ROTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES		
190	879990	TOMOGRAFIA COMPUTADA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS O QUIRURGICOS		
191	879910	TOMOGRAFIA COMPUTADA EN RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL		
192	870305	TOMOGRAFIA LINEAL MAXILAR SUPERIRO		
193	870306	TOMOGRAFIA LINEAL MAXILAR INFERIOR		
194	871402	TOMOGRAFIA DE TORAX EN DOS PROYECCIONES		
195	871403	TOMOGRAFIA DE MEDIASTINO Y TRÁQUEA		

196	879901	TOMOGRAFIA COMPUTAD DE VASOS INCLUYE ANGIOTAC(CRANEO,CUELLO,TORAX,MIEMBROS INFERIORES O SUPERIORES ABDOMEN)		
197	879901	TOMOGRAFIA COMPUTAD DE VASOS INCLUYE ANGIOTAC(CRANEO,CUELLO,TORAX,MIEMBROS INFERIORES INFERIORES O SUPERIORES ABDOMEN) TORACOABDOMINAL		
198	883101	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO		
199	883102	RESONANCIA MAGNETICA DE BASE DE CRANEO-SILLA TURCA		
200	883103	RESONANCIA MAGNETICA DE ORBITAS		
201	883105	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR		
202	883108	RESONANCIA MAGNETICA DE PARES CRANEANOS		
203	883109	RESONANCIA MAGNETICA DE OIDOS		
204	883110	RESONANCIA MAGNETICA DE SENOS PARANASALES O CARA		
205	883111	RESONANCIA MAGNETICA DE CUELLO		
206	883210	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE		
207	883211	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE		
208	883220	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA SIMPLE		
209	883221	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA CON CONTRASTE		
210	883230	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE		
211	883231	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBAR CON CONTRASTE		
212	883301	RESONANCIA MAGNETICA DE TORAX		
213	883401	RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN		
214	883430	RESONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES		
215	883440	RESONANCIA MAGNETICA DE PELVIS		
216	883590	RESONANCIA MAGNETICA DE SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO NCOC		
217	883545	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES COMPARATIVA		
218	883560	RESONANCIA MAGNETICA DE PLEJO BRAQUIAL		
219	883511	RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO SUPERIOR, SIN INCLUIR ARTICULACIONES		
220	883512	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR		
221	883521	RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIRO SIN INCLUIR ARTICULACION		
222	883522	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR		
223	061002	BIOPSIA POR ASPIRACION (PERCUTANEA) DE TIROIDES (BACAF) (INCLUYE PATOLOGIA)		
224	061002	BIOPSIA POR ASPIRACION (PERCUTANEA) DE TIROIDES (TRUCUT) (INCLUYE PATOLOGIA)		
225	601101	BIOPSIA CERRADA [PERCUTANEA] [AGUJA] DE PROSTATA POR ABORDAJE TRANSRECTAL		
226	832102	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MUSCULOS, TENDON, FASCIA Y BURSA (BACAF)		
227	832102	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MUSCULOS, TENDON, FASCIA Y BURSA (TRUCUT)		
228	851101	BIOPSIA POR PUNCION CON AGUJA FINA DE MAMA (INCLUYE PATOLOGIA)		
229	851102	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA TRU –CUT (INCLUYE PATOLOGIA)		

RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Firma Representante Legal: _____

C.C. N°: _____

ANEXO No. 2

OFERTA ECONOMICA

La propuesta económica se deberá presentar en el siguiente formato y cumplir con lo exigido en el presente documento.

ITEM	DESCRIPCIÓN	UNICO PORCENTAJE % DE DESCUENTO OFERTADO
1	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE RADIOLOGÍA DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD (Radiología Convencional, Ecografía Convencional, Doppler Arteria y Venoso, Doppler, Estudios Especiales, Tomografía). , QUE INCLUYE TOMA DE BIOPSIAS EN EL MUNICIPIO DE IPIALES, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO ; SEGÚN LO ESTIPULADO EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL),TODOS LOS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS DE RADIOLOGÍA DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD Y LOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 QUE SON APROBADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE DISAN – BOGOTA DC O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA. El único porcentaje de descuento aplica para todos los servicios relacionados en el informativo precio techo	%

NOTA 1: Se evaluará al proponente que haya ofertado el mayor porcentaje de descuento, el cual será tenido en cuenta para la contratación.

NOTA 2: El presente proceso se adjudicará por el valor total del presupuesto que es monto de CUARENTA MILLONES DE PESOS ($40.000.000.00) Moneda Legal, incluido IVA.

NOTA 3: El oferente deberá diligenciar en la plataforma SECOP II en la oferta económica el valor indicado por la entidad que es de CUARENTA MILLONES DE PESOS ($40.000.000.00) Moneda Legal, incluido IVA, EL CUAL ES NECESARIO PARA LA ADJUDICACIÓN.

NOTA 4: el oferente debe cargar en la plataforma SECOPII el presente formato "oferta económica", para su evaluación de no cumplir con esta condición la propuesta económica será rechazada.

RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Firma Representante Legal: _____

C.C. N°: _____

ANEXO No. 3

VALORES TECHO DE REFERENCIA PARA LA PROPUESTA ECONOMICA

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

	CUPS	DESCRIPCIÓN	VALOR ESTIMADO
1	870001	ÍTEM	66.842
2	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO	59.246
3	870004	RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA	59.246
4	870005	RADIOGRAFIA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	76.583
5	870006	RADIOGRAFIA DE PEÑASCOS	76.583
6	870007	RADIOGRAFIA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	76.583
7	870101	RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)	59.246
8	870102	RADIOGRAFIA DE ORBITAS	59.246
9	870103	RADIOGRAFIA DE AGUJEROS OPTICOS	59.246
10	870104	RADIOGRAFIA DE MALAR	59.246
11	870105	RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO	59.246
12	870107	RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES	59.246
13	870108	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES	59.246
14	870112	RADIOGRAFIA DE MAXILAR SUPERIOR	59.246
15	870113	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR	59.246
16	870131	RADIOGRAFIA DE ARTICULACION TEMPOROMAXILAR (ATM)	59.246
17	870601	RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	68.451
18	870602	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO	68.451
19	870603	RADIOGRAFIA DE FARINGE [FARINGOGRAFIA]	68.451
20	871010	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL	74.974
21	871019	RADIOGRAFIA DE COLUMNA UNION CERVICO DORSAL	74.974
22	871020	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA	73.366
23	871030	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	73.366
24	871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	91.506
25	871050	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX	71.221
26	871060	RX DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL (TEST ESCOLIOSIS)	123.408
27	871062	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)	211.819
28	871070	RADIOGRAFIA DINAMICA DE COLUMNA VERTEBRAL	33.600
29	871091	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS	50.310
30	871111	RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL	64.966
31	871112	RADIOGRAFIA DE ESTERNON	58.711
32	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A.ó A.P.y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS ó LATERAL CON BARIO)	64.966
33	871129	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	58.711
34	871202	APICOGRAMA	68.451
35	871208	RADIOGRAFIA PARA SERIE CARDIOVASCULAR (CORAZON Y GRANDES VASOS, SILUETA CARDIACA) CON BARIO EN ESOFAGO	93.115
36	872002	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE	75.778
37	872011	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	100.621
38	873001	RADIOGRAFIA PARA SERIE ESQUELÉTICA	206.247
39	873002	RADIOGRAFIA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDIPULAR)	206.247
40	873004	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA [CARPOGRAMA]	45.664
41	873111	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO	59.246
42	873112	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	45.664
43	873121	RADIOGRAFIA DE HUMERO	59.246
44	873122	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO	45.664
45	873123	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES	26.808
46	873202	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS	26.808
47	873204	RADIOGRAFIA DE HOMBRO	59.246
48	873205	RADIOGRAFIA DE CODO	45.664
49	873206	RADIOGRAFIA DE MUÑECA	45.664
50	873210	RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO	45.664
51	873302	RADIOGRAFÍA PARA MEDICIÓN DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRÍA] O ESTUDIO DE PIE PLANO (PIES CON APOYO)	58.978
52	873306	RADIOGRAFÍA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GENIOMETRICA U ORTOGRAMA) EN FORMATO 4*17 NIÑOS	58.998
53	873311	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION FEMORAL	72.472
54	873312	RADIOGRAFIA DE FEMUR AP Y LATERAL	59.246
55	873313	RADIOGRAFIA DE PIERNA AP Y LATERAL	59.246
56	873314	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION TIBIAL	72.472
57	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE AP Y LATERAL	45.664
58	873335	RADIOGRAFIA DE CALCANEO AXIAL Y LATERAL	45.664
59	873340	RADIOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR AP Y LATERAL	59.246

60	873411	RADIOGRAFIA DE PELVIS O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP. LATERAL)	50.310
61	873412	RADIOGRAFIA DE PELVIS (CADERA) COMPARATIVA	26.808
62	873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA AP. LATERAL	59.246
63	873422	RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	26.808
64	873424	RADIOGRAFIA TANGENCIAL DE ROTULA	42.157
65	873426	RADIOGRAFIAS AXIALES DE ROTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES	58.978
66	873431	RADIOGRAFIA DE TOBILLO AP LATERAL Y ROTACION INTERNA	45.664
67	873443	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	26.808
68	873444	RADIOGRAFIAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES: STRESS, TUNEL, OBLICUAS	24.038
69	876801	MAMOGRAFIA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRURGICA	156.114
70	876802	MAMOGRAFIA BILATERAL	190.251
71	881112	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MAS	109.915
72	881131	ECOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ	108.217
73	881141	ECOGRAFIA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	108.217
74	881201	ECOGRAFIA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS INCLUYE MARCACION ECOGRAFICA PREQUIRURGICA DE MAMA, CON ALAMBRE O AGUJA	114.204
75	881211	ECOGRAFIA DE TORAX (PERICARDIO O PLEURA)	99.013
76	881212	ECOGRAFIA DE OTROS SITIOS TORÁCICOS	99.013
77	881301	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	108.217
78	881302	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL : HIGADO, PANCREAS, VESICULA, VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO, GRANDES VASOS, PELVIS Y FLANCOS	210.357
79	881305	ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (HIGADO, PANCREAS, VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO Y GRANDES VASOS)	166.927
80	881306	ECOGRAFIA DE HIGADO, PANCREAS, VIA BILIAR Y VESICULA	105.268
81	881313	ECOGRAFIA DE ABDOMEN (PÍLORO)	210.357
82	881318	ECOGRAFIA DE RECTO	91.774
83	881331	ECOGRAFIA DE RIÑONES, BAZO, AORTA O ADRENALES	105.268
84	881332	ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL)	127.430
85	881340	ECOGRAFIA DE ABDOMEN (MASAS ABDOMINALES Y DE RETROPERITONEO)	105.268
86	881401	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	111.255
87	881402	ECOGRAFÍA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL	86.859
88	881403	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL)(TRANSDUCTOR DE 7 MhZ O MAS)	69.657
89	881410	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA (HISTEROSONOGRAFÍA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFÍA)B	107.740
90	881431	ECOGRAFÍA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	71.221
91	881432	ECOGRAFÍA OBSTETRICA TRANSVAGINAL	111.255
92	881434	ECOGRAFÍA OBSTETRICA CON PERFIL BIOFISICO	109.021
93	881436	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	214.318
94	881437	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	142.439
95	881501	ECOGRAFÍA DE PROSTATA TRANSABDOMINAL	127.430
96	881502	ECOGRAFÍA DE PROSTATA TRANSRECTAL	91.774
97	881510	ECOOGRAFÍA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	108.217
98	881521	ECOGRAFÍA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	108.217
99	881601	ECOOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR 7 MHZ O MAS	108.217
100	881602	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR 7 MHZ O MAS	108.217
101	881610	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO	113.668
102	881611	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO	113.668
103	881612	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA)	113.668
104	881613	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO	113.668
105	881620	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE RODILLA	113.668
106	881621	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO	113.668
107	881622	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE	113.668
108	881630	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE CADERA	113.668
109	881640	ECOGRAFIA DE CALCANEO	113.668
110	882307	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES (UNILATERAL)	381.215
111	882308	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	381.215
112	882309	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES (UNILATERAL)	381.215
113	882316	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	381.215
114	882317	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	381.215
115	882318	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	381.215
116	881360	ECOOGRAFIA PELVICA CON ANALISIS DOPPLER	124.093

117	881362	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANALISIS DOPPLER	381.215
118	881511	ECOOGRAFÍA TESTICULAR CON ANALISIS DOPPLER	163.229
119	882103	ECOGRAFIA DOPPLER TRANSCRANEAL	381.215
120	881118	ECOOGRAFIA DIAGNOSTICA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON ANALISIS DOPPLER	381.215
121	882112	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DE CUELLO	381.215
122	882132	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFERICOS DEL CUELLO	381.215
123	882203	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PELVICOS	381.215
124	882212	ECOGRAFIA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL	381.215
125	882222	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES	381.215
126	882232	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS MESENTERICAS	381.215
127	882242	ECOGRAFIA DOPPLER DE TROCO CELIACO	381.215
128	882252	ECOGRAFIA DOPPLER DE VENA CAVA	381.215
129	882262	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS ILIACAS	381.215
130	882272	ECOGRAFIA DOPPLER DE DE VASOS DEL PENE	153.565
131	882282	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES	153.565
132	882292	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGINEO EN MASAS ABDOMINALES	381.215
133	882294	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGINEO EN MASAS PELVICAS	381.215
134	882296	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGINEO EN HIPERTENSION PORTAL	381.215
135	882298	ECOGRAFIA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA	171.717
136	882602	ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS ÓRGANOS TRASPLANTADOS	381.215
137	882603	ECOGRAFÍA DOPPLER DE RIÑON TRASPLANTADO	381.215
138	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O SUPERFICIE SOD MAS	44.413
139	881202	ECOCARDIOGRAMA MODO M Y BIDIMENSIONAL CON DOPPLER A COLOR	557.973
140	871320	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	83.911
141	872101	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL CONVENCIONAL	137.706
142	872102	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE	169.162
143	872104	RADIOGRAFIA DE COLON POR ENEMA O COLON POR INGESTA	151.736
144	872105	RADIOGRAFIA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE	171.038
145	872121	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO)	177.472
146	872122	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO) CON DOBLE CONTRASTE	171.038
147	872123	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO) Y TRANSITO INTESTINAL.	285.510
148	872520	COLANGIOGRAFIA - TOMOGRAFIA	159.332
149	877802	UROGRAFIA INTRAVENOSA	163.174
150	877851	CISTOGRAFÍA CON PROYECCIONES OBLICUAS	230.016
151	877861	URETROCISTOGRAFIA	114.204
152	877862	URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL	114.114
153	877863	URETROCISTOGRAFIA RETROGRADA	114.114
154	877871	URETROGRAFIA RETROGRADA	114.204
155	877815	PIELOGRAFIA RETROGRADA O ANTEROGRADA	104.464
156	877816	PIELOGRAFIA PERCUTANEA	228.676
157	877901	HISTEROSALPINGOGRAFIA	114.204
158	878301	FLEBOGRAFIA DE MIEMBRO SUPERIOR NCOC	157.544
159	878401	FLEBOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR NCOC	157.544
160	874601	DACRIOCISTOGRAFIA UNILATERAL	100.621
161	874602	DACRIOCISTOGRAFIA BILATERAL	275.234
162	874700	SIALOGRAFIA (CUALQUIER GLANDULA) SOD	96.063
163	875510	MIELOTAC CERVICAL	141.817
164	875520	MIELOTAC TORACICO	141.817
165	875530	MIELOTAC LUMBAR	141.817
166	879111	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE	452.974
167	879150	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	497.118
168	879116	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPOFISIS)	497.118
169	879131	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA	497.118
170	879132	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE RINOFARINGE.	497.118
171	879121	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ORBITAS	386.399
172	879122	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE OIDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	497.118
173	879112	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO CON CONTRASTE	497.118
174	879113	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE Y CON CONTRASTE	569.054
175	879114	CISTERNOGRAFIA POR TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC)	569.054
176	879162	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE LARINGE	421.697
177	879201	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORACICO, LUMBAR Y/O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)	421.697
178	879205	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORACICO, LUMBAR Y/O SACRO, COMPLEMENTO A MIELOGRAFIA (CADA SEGMENTO)	100.889

179	879301	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX	471.382
180	879391	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX EXTENDIDO AL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES	620.526
181	879410	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR	533.935
182	879420	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	620.526
183	879421	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CADERA	421.697
184	879430	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VIAS URINARIAS (UROTAC)	572.629
185	879460	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE PELVIS	421.697
186	879510	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES	386.399
187	879520	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES	386.399
188	879522	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES: (ANTEVERSION FEMORAL O TORSION TIBIAL)	149.055
189	879523	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES: AXIALES DE ROTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES	149.055
190	879990	TOMOGRAFIA COMPUTADA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS O QUIRURGICOS	409.455
191	879910	TOMOGRAFIA COMPUTADA EN RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL	657.343
192	870305	TOMOGRAFIA LINEAL MAXILAR SUPERIRO	36.488
193	870306	TOMOGRAFIA LINEAL MAXILAR INFERIOR	36.488
194	871402	TOMOGRAFIA DE TORAX EN DOS PROYECCIONES	263.617
195	871403	TOMOGRAFIA DE MEDIASTINO Y TRÁQUEA	230.821
196	879901	TOMOGRAFIA COMPUTAD DE VASOS INCLUYE ANGIOTAC(CRANEO,CUELLO,TORAX,MIEMBROS INFERIORES O SUPERIORES ABDOMEN)	607.201
197	879901	TOMOGRAFIA COMPUTAD DE VASOS INCLUYE ANGIOTAC(CRANEO,CUELLO,TORAX,MIEMBROS INFERIORES INFERIORES O SUPERIORES ABDOMEN) TORACOABDOMINAL	1.287.269
198	883101	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO	2.326.526
199	883102	RESONANCIA MAGNETICA DE BASE DE CRANEO-SILLA TURCA	2.326.526
200	883103	RESONANCIA MAGNETICA DE ORBITAS	2.326.526
201	883105	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	930.879
202	883108	RESONANCIA MAGNETICA DE PARES CRANEANOS	2.326.526
203	883109	RESONANCIA MAGNETICA DE OIDOS	2.326.526
204	883110	RESONANCIA MAGNETICA DE SENOS PARANASALES O CARA	2.326.526
205	883111	RESONANCIA MAGNETICA DE CUELLO	2.326.526
206	883210	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE	2.326.526
207	883211	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE	2.326.526
208	883220	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA SIMPLE	2.326.526
209	883221	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA CON CONTRASTE	2.326.526
210	883230	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE	2.326.526
211	883231	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBAR CON CONTRASTE	2.326.526
212	883301	RESONANCIA MAGNETICA DE TORAX	2.326.526
213	883401	RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN	2.326.526
214	883430	RESONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	2.326.526
215	883440	RESONANCIA MAGNETICA DE PELVIS	2.326.526
216	883590	RESONANCIA MAGNETICA DE SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO NCOC	2.326.526
217	883545	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES COMPARATIVA	2.326.526
218	883560	RESONANCIA MAGNETICA DE PLEJO BRAQUIAL	2.326.526
219	883511	RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO SUPERIOR, SIN INCLUIR ARTICULACIONES	930.879
220	883512	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR	930.879
221	883521	RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIRO SIN INCLUIR ARTICULACION	930.879
222	883522	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR	930.879
223	61002	BIOPSIA POR ASPIRACION (PERCUTANEA) DE TIROIDES (BACAF) (INCLUYE PATOLOGIA)	245.476
224	61002	BIOPSIA POR ASPIRACION (PERCUTANEA) DE TIROIDES (TRUCUT) (INCLUYE PATOLOGIA)	245.476
225	601101	BIOPSIA CERRADA [PERCUTANEA] [AGUJA] DE PROSTATA POR ABORDAJE TRANSRECTAL	245.476
226	832102	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MUSCULOS, TENDON, FASCIA Y BURSA (BACAF)	245.476
227	832102	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MUSCULOS, TENDON, FASCIA Y BURSA (TRUCUT)	245.476
228	851101	BIOPSIA POR PUNCION CON AGUJA FINA DE MAMA (INCLUYE PATOLOGIA)	245.476
229	851102	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA TRU –CUT (INCLUYE PATOLOGIA)	245.476

ANEXO 4
ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS.

Los parámetros de mecanismos de cobertura de los riesgos se efectúan dentro de los términos definidos en el Decreto 1082 del 2015.

ETAPA CONTRACTUAL

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACION DE LOS RIESGOS	ESTIMACION DEL RIESGO	ASIGNACION DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACION COBERTURA / VIGENCIA
GARANTIA UNICA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y CUATRO (04) MESES MAS	AMPARA EL RIESGO DE INCUMPLIMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN Y LIQUIDACION DEL CONTRATO LA ESTIMACION DEL RIESGO CUBRE EL 20% DEL VALOR DEL CONTRATO COMO QUIERA QUE SE PRETENDE EL PAGO PARCIAL O DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE CAUSE A LA ENTIDAD
GARANTIA UNICA	RIESGO OPERATIVO	CALIDAD DEL SERVICIO	CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y UN (01) AÑO MÁS	AMPARA EL RIESGO DE MALA CALIDAD DEL SERVICIO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y UN (01) AÑO MÁS Y DE LAS PRORROGAS SI LAS HUBIERE BUSCANDO RESARCIR EL DETRIMENTO CAUSADO A LA ENTIDAD POR MALA CALIDAD O INSUFICIENCIA DEL SERVICIO PRESTADO
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO JURÍDICO	DAÑOS A TERCEROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA-CONTRACTUAL.	200 SMMLV	CONTRATISTA	VIGENTE POR EL TÉRMINO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO.	AMPARA LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL CONTRATISTA CON OCASION DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO, Y SERÁN BENEFICIARIOS TANTO LA ENTIDAD CONTRATANTE COMO LOS TERCEROS QUE PUEDAN RESULTAR AFECTADOS POR LA RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL DEL CONTRATISTA O SUS SUBCONTRATISTAS. LA POLIZA DEBERÁ CONTENER COMO MÍNIMO, EN ADICIÓN A LA COBERTURA BÁSICA DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES LOS AMPAROS CONTEMPLADOS EN EL NUMERAL 3 DEL ARTÍCULO 2.2.1.2.3.2.9 DEL DECRETO 1082 DE 2015.
GARANTIA UNICA	RIESGO JURIDICO	NO PAGO DE SALARIOS PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES LABORALES.	CINCO POR CIENTO (5%) DEL VALOR DEL CONTRATO.	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y TRES (3) AÑOS MAS	AMPARA A LA ENTIDAD DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONE COMO CONSECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTE OBLIGADO EL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACION DEL PERSONAL UTILIZADOS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.

CLAUSULAS SANCIONATORIAS

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACION DE LOS RIESGOS	ESTIMACION DEL RIESGO	ASIGNACION DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACION COBERTURA / VIGENCIA
MULTA	RIESGO JURIDICO	LA NO CONSTITUCION DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS LA POLIZA DE GARANTIA UNICA	MULTA CUYO VALOR SE LIQUIDARA CON BASE EN UN CERO PUNTO DOS (0.2%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARA POR CADA DIA DE RETARDO Y HASTA POR DIEZ(10) DIAS	CUANDO EL CONTRATISTA NO CONSTITUYA DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS, A POLIZA DE GARANTIA UNICA
MULTA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO PARCIAL	MULTAS CUYO VALOR SE LIQUIDARA CON BASE EN UN CERO PUNTO CINCO (0,5%) DEL VALOR DEJADO DE CUMPUR O ENTREGAR	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARA POR CADA DIA DE RETARDO HASTA POR UN PLAZO DE QUINCE (15) DIAS CALENDARIO QUE SE DESCONTARA DEL SALDO QUE LE ADEUDE LA ENTIDAD. ESTA SANCION SE IMPONDRA MEDIANTE ACTO ADMINISTRATIVO MOTIVADO EN EL QUE SE EXPRESARA LAS CAUSAS QUE DIERONLUGAR A ELLA	AMPARA LA MORA O INCUMPLIMIENTO PARCIAL DE ALGUNA OBLIGACION DERIVADA DEL CONTRATO POR CAUSAS IMPUTABLES AL CONTRATISTA
CLAUSULA PENAL PECUNIARIA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO TOTAL DECLARATORIA DE CADUCIDAD	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CONTRATISTA	EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO CUANDO SE TRATE DE INCUMPLIMIENTO TOTAL DEL CONTRATO Y PROPORCIONAL AL INCUMPLIMIENTO PARCIAL DEL CONTRATO	AMPARA EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O DEFINITIVO DEL CONTRATO POR PARTE DEL CONTRATISTA , SE BUSCA EL PAGO PARCIAL Y DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE SE CAUSEN A LA ENTIDAD

ANÁLISIS DEL RIESGO Y LA FORMA DE MITIGARLO

MATRIZ DEL RIESGOS DE PROCESOS DE CONTRATACION

Nº	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción (que puede pasar y como)	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Probabilidad	Impacto	Valoración del riesgo	Categoría	¿A quién se le asigna?	Tratamiento/Controles a ser implementados	Impacto después del tratamiento: Probabilidad	[illegible]	Calificación	[illegible] total	¿Afecta el equilibrio económico del contrato?	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el tratamiento	Monitoreo y Revisión: ¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?
1	General	Externa	Selección	Económico	Fluctuación de los precios del mercado de los SERVICIOS a contratar	Incremento súbito en el servicio a prestar	1	3	4	riesgo bajo	Oferente	Trasferir ir-Solicitud de presentación de ofertas oferta con Sostenibilidad de precios	1	1	2	Riesgo bajo	SI	Contratista	Antes de suscribir el contrato	En la entrega de ofertas	de conformidad con el cronograma de contrato	Mientras de perfecciona el contrato
2	General	Interna	Selección	Operacional	Presentación de propuestas que no cumplen con las especiaciones técnicas o documentos legales	Obstrucción al desarrollo normal del proceso	2	5	7	Riesgo alto	Oferente	Reducir la probabilidad de ocurrencia del evento/Establecer claridad en los especificaciones y documentos requeridos en el proceso	1	1	2	Riesgo bajo	No	Contratos/comité técnico/jurídica	Antes de realizar la invitación a participar en el proceso	En la elaboración de la invitación	En el momento de la verificación de la documentación por parte de los comitès	En el momento de presentación de la oferta
3	Especifico	Interna	ejecución	Riesgos Operacionales Y Riesgos de la Naturaleza:	Inicialmente puede pasar que el contratista llegue al punto de no contar con la capacidad operativa e instalaciones para la prestación del adecuado servicios, por otra parte pueden ocurrir desastres naturales donde salgan involucrados nuestros usuarios	La no prestación del servicio de SALUD a los usuarios que requieren este servicio así mismo como la pérdida de vidas humanas por desastres naturales catastróficos	3	2	5	Riesgo medio	supervisor	Supervisar constante mente la ejecución del contrato	1	1	2	Riesgo bajo	No	Supervisor	Antes de iniciar con el control	Al inicio del contrato	En el momento de la prestación del servicio	mensual

6	5	4
General	General	General
Externo	Externo	Externo
Selección	Contratación	Contratación
operacional	Operacionales	Operacional
Falla en los canales de prestación del servicio de salud a contratar	Que no se constituyan las garantías requeridas para la legalización del Contrato o que su presentación sea tardía.	Que el contratista no firme el contrato oportunamente a no firme el contrato oportunamente
Retraso en la prestación de servició	Afectación grave de la salud de los usuarios * desgaste administrativo * impacto a la ejecución del recurso presupuestal * generación de la demanda insatisfecha	Afectación grave de la prestación de los servicios asistenciales y consecución de los procesos administrativos. * desgaste administrativo * impacto a la ejecución del recurso presupuestal
3	2	3
3	3	3
6	5	6
Riesgo alto	Riesgo bajo	Riesgo alto
contratista	Contratista	contratista
Reducir la probabilidad de ocurrencia del evento/Establecer claridad en las especificaciones y en los compromisos adquiridos por el contratista	Exigencia en el cumplimiento de los términos acordados para la formalización del contrato	Realizar requerimiento al contratista para que justifique la tardanza en la firma del contrato * Informar a la compañía aseguradora *Hacer efectiva la póliza de seriedad de la oferta
1	1	1
2	1	2
3	2	3
Riesgo bajo	Riesgo bajo	Riesgo bajo
No	No	No
Supervisor	*Contratos *Jurídica	*Contratos *Jurídica
De acuerdo al cronograma del proceso	De acuerdo al cronograma del proceso	De acuerdo al cronograma del proceso
Dentro de los términos establecidos en el cronograma del proceso, la normatividad aplicable y respetando el debido proceso	Dentro de los términos establecidos en el cronograma del proceso, la normatividad aplicable y respetando el debido proceso	Dentro de los términos establecidos en el cronograma del proceso, la normatividad aplicable y respetando el debido proceso
Con notificaciones, de acuerdo a los plazos establecidos en el cronograma del proceso para la estrega de los elementos	Con notificaciones, de acuerdo a los plazos establecidos en el cronograma del proceso para legalización del contrato	Con notificaciones, de acuerdo a los plazos establecidos en el cronograma del proceso para legalización del contrato
mensual	Permanente, mientras se logre el perfeccionamiento del contrato	Permanente, mientras se logre el perfeccionamiento del contrato

ANEXO No. 5

OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA

1. Cumplir con el objeto contractual.

2. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.

3. Responder en los plazos que la **POLICÍA NACIONAL** establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.

4. Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de esta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.

5. Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.

6. Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.

7. No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.

8. Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.

9. Restituir a LA POLICÍA NACIONAL los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato, en caso de que se hayan suministrado.

10. CATALOGACIÓN. - EL CONTRATISTA deberá proporcionar la información necesaria para denominar, clasificar, identificar y numerar los artículos de abastecimiento relacionados y/o incluidos en el objeto del contrato, dentro del plazo y en las condiciones señaladas por el Supervisor, quien acreditará el cumplimiento de la presente cláusula, mediante un certificado en que conste la entrega total de la información requerida. La presente certificación será necesaria para la liquidación del contrato. Entendiéndose no finalizada la entrega de los bienes objeto del contrato, en tanto no se cumplan las obligaciones de la cláusula de catalogación.

11. El contratista se obliga a cumplir y aplicar buenas prácticas en materia ambiental.

12. El contratista se obliga a cumplir con las normas y leyes de Seguridad y Salud en el Trabajo y los lineamientos del gobierno nacional en el tema del COVID.

13. Para la facturación de los bienes o servicios contratados, se debe tener en cuenta los lineamientos y parámetros contemplados en la circular externa 016 del 09 de marzo de 2021 establecidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, por medio del cual se implementa el modelo de recepción de facturas de venta, notas débito y/o notas

crédito, la cual es de obligatorio cumplimiento, de acuerdo con la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 "*Lineamientos para el Pago de Proveedores del Estado*" y la Resolución No. 000042 del 05 de mayo de 2020, "*Por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos*" y el registro de la factura electrónica de venta.

14. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.

15. EL CONTRATISTA SE OBLIGA A REPORTAR DENTRO DE LOS SIGUIENTES CINCO DIAS 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 LA ATENCIÓN EN SALUD DERIVADOS DEL EVENTO ADVERSO.

16. El CONTRATISTA en caso de estar obligado a la implementación de la facturación electrónica, se obliga a cumplir con la emisión de la facturación electrónica, para lo cual deberá coordinar con el supervisor de contrato para la recepción de la misma, Dando cumplimiento así a la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 y la circular externa 053 del 01 de diciembre de 2020 expedida por el MINHACIENDA, l Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No, 000042 del 5 de mayo de 2020..."

17. Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los cinco (05) días hábiles del mes siguiente en la Ventanilla Única Central de Cuentas de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO TIPO B, En esta Facturación debe aparecer el No de Contrato vigente al que se carga la cuenta y dando cumplimiento a la ley 594 del 14 de julio de 2000 "Ley General de Archivo",

18. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.

19. El CONTRATISTA se compromete a cumplir con el programa de Gestión de Residuos Hospitalarios – Decreto 2676 de 2000, decreto 4147 de 2005 que trata de Gestión de residuos químicos, Decreto 400 de 2009 que trata programa de reciclaje, protección radiológica, protocolos de protección radiológica (medición trabajadores, ambientales).

20. El CONTRATISTA se compromete a cargar la cuenta de cobro en l plataforma SECOP II.

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

1. Presentar matriz de elementos de protección personal, donde conste el suministro de elementos de dotación y protección personal, que se requiere para la realización de sus actividades objeto del contrato. En caso de deterioro, daño o perdida deberá contemplarse los protocolos de reposición sin afectar la ejecución del contrato.

2. Presentar Declaración de compromiso de cumplimiento en donde se especifique que durante el contrato se cumplirán las disposiciones legales y reglamentarias referentes a higiene y seguridad ocupacional.

3. Presentar certificación mensual donde se reporte que todos los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato, se encuentren afiliados al Sistema de Seguridad Social.

4. En el caso que ocurriera un accidente de trabajo dentro de las instalaciones de la unidad presentar informe de los reportes de accidentes de trabajo realizados por la ARL durante el plazo de ejecución del contrato.

5. Presentar constancia que los colaboradores vinculados para la ejecución de las actividades contractuales cuenten con la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual.

6. Presentar informe de capacitación realizada a los trabajadores, donde se evidencie la realización de inducción y reinducción en aspectos generales y específicos de las actividades por realizar que incluya entre otros la identificación de peligros y control de los riesgos en su puesto de trabajo y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales, así como capacitaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo con las necesidades Identificadas y donde se evidencie la firma del o los trabajador/es

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA EN SEGURIDAD DE LA INFORMACION

1. Confidencialidad e integridad de la información institucional: Dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, 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.
2. **Cláusula de Confidencialidad**: Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial.

3. **Cumplimiento de normatividad**: 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.

ANEXO No. 6

OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATANTE

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 bien o servicio y demás del **CONTRATISTA** en desarrollo del objeto del contractual.

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

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

11. El Supervisor de contrato será el encargado de verificar que el contratista cargue las respectivas cuentas de cobro en la plataforma SECOP II.

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

FORMULARIO No. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Santiago de Cali,

Señores
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Mínima Cuantía **PN RASES4 MIC 094/2022** cuyo objeto es **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE RADIOLOGÍA DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, QUE INCLUYE TOMA DE BIOPSIAS EN EL MUNICIPIO DE IPIALES, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO ; SEGÚN LO ESTIPULADO EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL),TODOS LOS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS DE RADIOLOGÍA DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD Y LOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 QUE SON APROBADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE DISAN – BOGOTA DC O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA.".**

Yo *(Nombre) (s) de la(s) persona(s) que está(n) suscribiendo la propuesta,* identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de *(Calidad en la que actúa el (los) firmante(s)* de la propuesta; *si el (los) oferente(s) actúa(n) en su propio nombre, éste (éstos) deberá (n) suscribirlo. Si la oferta se presenta bajo la modalidad de representación ya sea de una Unión Temporal o de un Consorcio, deberá firmarla la persona a la cual se le otorgó el correspondiente poder para suscribir la propuesta y adjuntarlo a la misma. Si la oferta se presenta por persona jurídica, deberá firmarla el Representante Legal de la misma),* de conformidad con lo establecido en el *(En el evento de que la propuesta sea presentada por varias personas y el suscriptor de la carta sea una sola persona, deberá indicarse en este aparte el poder o el compromiso de asociación, o el convenio de Unión Temporal o Consorcio, o el documento pertinente en donde conste la designación de tal persona para presentar oferta en nombre de los demás),* me permito presentar, en nombre de *(Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa),* propuesta seria y formal para participar en el proceso mínima cuantía No. **PN RASES4 MIC 094/2022**, convocado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4 , cuyo objeto es **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE RADIOLOGÍA DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, QUE INCLUYE TOMA DE BIOPSIAS EN EL MUNICIPIO DE IPIALES, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO ; SEGÚN LO ESTIPULADO EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL),TODOS LOS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS DE RADIOLOGÍA DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD Y LOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 QUE SON APROBADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE DISAN – BOGOTA DC O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA."** Conforme a la información suministrada en los términos establecidos en la invitación que rige el proceso, en las Leyes de la República de Colombia y en particular de la Ley 80 de 1993, sus Decretos reglamentarios, los Códigos Civil y de Comercio, y las demás normas que conforman el régimen legal del presente proceso de contratación, o que llegaren a regular algún aspecto concerniente a él objeto del proceso se encuentra detalladamente enunciado en la invitación y en el Anexo 1 "Especificaciones Técnicas Mínimas" y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a los mismos, teniendo en cuenta su descripción, número y especificaciones técnicas y funcionales.

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

1. Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de la invitación y de sus Anexos y Formularios, así como el de cada uno de las adendas hechos al mismo.

2. Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.

3. Que ni el representante legal ó apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidades determinadas por la Constitución Política y la Ley aplicable.

4. Declaramos bajo juramento, el que se entiende prestado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.

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

6. Que la presente propuesta se presenta a través de la plataforma SECOPII.

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

8. Que en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro del contrato respectivo, deberán consignarse en la cuenta No. *(Indicar clase de cuenta, número, banco, sucursal, ciudad, país y cualquier otro dato necesario).*

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

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

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

12. Que el porcentaje de descuento ofrecido o las tarifas ofertadas serán acorde al formato de oferta económica de nuestra propuesta.

RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Firma del Representante Legal: _____

C.C. No.:_____

FORMULARIO No. 2

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____ FECHA _____

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

APERTURA _____ CANCELACIÓN_____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

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

Dirección _____ Teléfono_____ Fax_____
_____ _____
_____

Departamento _____ Ciudad_____ Municipio_____

Denominación de la cuenta **Corriente** _____

Ahorros _____

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

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

CORREO ELECTRÓNICO: _____SI (___)

TELÉFONO: _____ SI (___)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____Código _____Ciudad_____

Dirección _____Teléfono_____ Fax_____

Número de la cuenta _____

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

RAZON SOCIAL DEL PROPONENTE: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Firma del Representante Legal: _____

C.C. No.:_____

FORMULARIO No. 3
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA
Ciudad.

Referencia: Compromiso anticorrupción del proceso de Elegir la modalidad de contratacion., Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: Transcribir el objeto del proceso
El (los) suscrito(s) a saber Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal : domiciliado en Domicilio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación y lugar de expedicion, quien obra en calidad de (representante legal de la sociedad, del consorcio, de la unión temporal, o de la asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), que en adelante se denominará el proponente, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:
PRIMERO: que la POLICÍA NACIONAL - DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA, adelanta un proceso de selección para la celebración de un contrato estatal.
SEGUNDO: que es interés del proponente apoyar la acción del estado colombiano, y de la POLICÍA NACIONAL - DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;
TERCERO: que siendo del interés del proponente participar en el proceso de selección 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 los siguientes compromisos:

COMPROMISOS ASUMIDOS.

El proponente, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:
Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el presente Proceso de Contratación.
Nos comprometemos a revelar la información que sobre el presente Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.
Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.
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,
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;
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 selección y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:
No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de LA UNIDAD EJECUTORA, 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.
No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de la POLICÍA NACIONAL - UNIDAD EJECUTORA

Asimismo, debe tener en cuenta que los acuerdos contrarios a la libre competencia, es decir, aquellos que tengan por objeto la colusión (convenio o contrato hecho en forma fraudulenta o engañosa) en los procesos o los que tengan como efecto la distribución de adjudicaciones de contratos, distribución de concursos o fijación de términos de las propuestas,1 son sancionables por la Superintendencia de Industria y Comercio.

El proponente se compromete a que los recursos utilizados para las gestiones pre-contractuales o contractuales derivadas del presente proceso no provendrán de actividades ilícitas tales como el lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres.

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

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

El proponente:

_____

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente

Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal.

Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor

Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor

Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

NOTA: para el caso de ofertas conjuntas, suscribirán el presente documento todas los que conforman el consorcio o unión temporal a través del integrante, representante legal o apode

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

[1] Decreto 2153 de 1992, Arts. 44 y 47.

FORMULARIO No. 4

SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Santiago de Cali,

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

La empresa _____ identificada con NIT. N° _____ nos comprometemos a sostener los precios ofertados dentro del proceso de mínima cuantía **PN RASES4 MIC 094/2022**, cuyo objeto es **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE RADIOLOGÍA DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, QUE INCLUYE TOMA DE BIOPSIAS EN EL MUNICIPIO DE IPIALES, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO ; SEGÚN LO ESTIPULADO EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL),TODOS LOS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS DE RADIOLOGÍA DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD Y LOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 QUE SON APROBADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE DISAN – BOGOTA DC O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA."**, durante la vigencia del contrato si este se llegara a suscribir.

Atentamente,

RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Firma del Representante Legal: _____

C.C. No.:_____

FORMULARIO No. 5

COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL

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

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

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

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

Atentamente,

RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Firma del Representante Legal: _____

C.C. No.: _____

FORMULARIO No. 6

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

Santiago de Cali,

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

Ciudad.

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

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

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

Cordialmente,

RAZÓN SOCIAL DEL PROPONENTE: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Firma del Representante Legal: _____

C.C. No.:_____

FORMULARIO No. 7
FORMULARIO DE COMPROMISO SGSST

Ciudad, seleccionar la fecha
Señores.
POLICÍA NACIONAL – DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA
Ciudad.

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Clase de modalidad de contratación. Número Diligenciar el numero del proceso cuyo objeto es: Transcribir el objeto del proceso
El(los) suscrito(s) a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, sociedad, unión temporal domiciliado en Domicilio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación 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:
La Policía Nacional, mediante la Resolución 03843 del 09/09/2019, prevé en el Artículo 2°, lo relacionado con la ***"Política del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional"***, en lo siguiente:

> *"La Policía Nacional de Colombia, en el ejercicio de su función de mantenimiento de seguridad y convivencia ciudadana, manifiesta su compromiso con la protección de la seguridad y salud en el trabajo de todos los funcionarios uniformados, no uniformados, contratistas y trabajadores en misión, mediante la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos laborales en todos los niveles de la Institución; para ello destinará el capital humano, financiero y tecnológico, que permita el cumplimiento de los requerimientos legales y las acciones de mejora continua".*

PERSONA JURÍDICA
Una vez leída y conocida la Política que define la Policía Nacional para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo certifico que cumplo con los requisitos legales aplicables a mi actividad económica, clase de riesgo y tamaño de la empresa, actualizando los documentos técnicos y cumplimientos asociados al objeto del presente contrato.

PERSONA NATURAL
Una vez leída y conocida la Política que define la Policía Nacional para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, certifico que cumplo con los requisitos legales aplicables a la actividad económica y clase de riesgo para la cual fui contratado, así mismo me comprometo a cumplir con las actividades y recomendaciones establecidas por el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el marco del objeto del presente contrato y de las instalaciones policiales en donde preste mis servicios.
Nota: seleccionar, según corresponda.
De igual manera en la ejecución del contrato adicional a los requerimientos exigidos para su ejecución, la persona natural o jurídica deberá:

- Cumplir con las obligaciones del SGSST, que las normas legales vigentes y/o la Policía Nacional haya considerado en el contrato y acorde a la exposición del contratista o subcontratista a los riesgos encontrados en el centro de trabajo donde desarrolla la actividad.
- Participar en las actividades que la Policía Nacional desarrolle en materia de promoción y prevención de riesgos laborales.
- Cumplir con el uso continuo y permanente de los elementos de protección personal, durante la ejecución contractual, acorde a los peligros y riesgos relacionados la tarea contratada.
- Conocer y participar en todas las actividades del plan de emergencia que se programen por parte de la Policía Nacional y los brigadistas de los centros de trabajo en donde desarrollará las actividades.
- Notificar a la mayor brevedad, al supervisor del contrato, la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo o el diagnóstico de enfermedades laborales, así como las condiciones de peligro que detecte durante la ejecución de la actividad contratada.
- Practicarse o practicar a sus trabajadores (según sea el caso), los exámenes médico ocupacionales y complementarios que correspondan, de acuerdo a la actividad contratada y objeto del contrato.
- Diligenciar los formatos del SGSST de la Policía Nacional o el contratante, que le sean aplicables a la ejecución de la tarea contratada.

- Entregar los documentos que evidencien objetivamente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, según los requisitos legales y las obligaciones como contratista, efectuando los pagos a la ARL de acuerdo a la clase de riesgo de la actividad desarrollada.

Las personas **jurídicas** deben diligenciar la lista de chequeo que evidencie el cumplimiento a la Resolución 0312 del 2019 "*Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST*, considerando lo siguiente:

1. Estándares mínimos para empresas, empleadores y contratantes con diez (10) o menos trabajadores, clasificadas con riesgo I, II ó III

2. Estándares mínimos para empresas de once (11) a cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II ó III.

3. Estándares mínimos para empresas de más de cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II, III, IV ó V y de cincuenta (50) ó menos trabajadores con riesgo IV ó V.

La verificación al cumplimiento de lo antes descrito será efectuada por el supervisor del contrato.

El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificacion del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

Nota: Este formulario se actualizará por parte de las unidades dueñas de la necesidad en coordinación con el responsable del Sistema de Gestión de SST de la unidad, cada vez que se requiera, de acuerdo con la actualización de la normatividad, política y objetivos del SG-SST de la Policía Nacional

FORMULARIO No 8
ORIGEN LÍCITO DE LOS RECURSOS

Proceso de Contratación **PN RASES4 MIC 061/2022**

San Juan de Pasto,

Señores
Regional de Aseguramiento en Salud No4
Cali-Valle

Yo _____ Identificado (a) con cédula de ciudadanía Nro. _____ expedida en _____ certifico que lo que los activos y recursos que conforman el patrimonio de la empresa o establecimiento de comercio (según corresponda) _____ Nit. _____, así como el patrimonio de cada uno de los socios, que se destinaran para el desarrollo del proceso de MINIMA CUANTIA número **PN RASES4 MIC 094/2022,** que tiene por objeto **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE RADIOLOGÍA DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, QUE INCLUYE TOMA DE BIOPSIAS EN EL MUNICIPIO DE IPIALES, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO ; SEGÚN LO ESTIPULADO EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL),TODOS LOS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS DE RADIOLOGÍA DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD Y LOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 QUE SON APROBADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE DISAN – BOGOTA DC O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA."** Manifestación que se entiende prestada bajo la gravedad de juramento.

Atentamente;

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

FORMULARIO No 9
FORMULARIO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA
Ciudad.

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de Elegir la modalidad de contratación., Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: Transcribir el objeto del proceso

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 Seleccionar la opción correspondiente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), que en adelante se denominará el proponente, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

Primero: que la Policía Nacional adelanta un proceso de contratación a través de la modalidad de Elegir la modalidad de contratacion, para la celebración de un contrato estatal para. Transcribir el objeto del proceso

Segundo: que el **proponente** entiende que parte de la información a la cual tendrá acceso por causa o con ocasión de los procesos de contratación descritos en el numeral anterior se encuentra sujeta a reserva legal por tratarse de actividades relacionadas con la defensa y seguridad de la nación.

Cláusula primera. Compromisos asumidos.

El **proponente**, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

1. Mantener en reserva y no divulgar la **información confidencial** revelada por la **policía nacional** o por terceros formalmente designados para el efecto.

2. Mantener en reserva y no divulgar ni utilizar, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el **contrato**, la información que le sea entregada directamente por la **policía nacional** y/o sus designados.

3. Mantener en reserva y no divulgar por ningún motivo la información que personalmente conozca o llegare a conocer en desarrollo y ejecución de las actividades que le competan por causa o con ocasión del **contrato**.

4. Mantener en reserva y no divulgar la información protegida por derechos de autor o por secreto industrial de acuerdo a la normatividad vigente y que haga parte de la **información confidencial**.

5. Reconocer que el recibo de la **información confidencial** no concede, ni expresa ni implícitamente, autorización, permiso o licencia de uso de marcas, patentes, derechos de autor, o de cualquier otro derecho de propiedad industrial o intelectual de la **Policía Nacional**.

6. Suscribir, con antelación a la revelación de la **información confidencial**, los acuerdos de confidencialidad que se ajustan a todo lo dispuesto en el presente acuerdo con todos sus empleados y/o familiares de los mismos, contratistas, subcontratistas, proveedores y demás personas naturales o jurídicas que haya involucrado, involucre o llegare a involucrar en la ejecución de las actividades que le correspondan para el cumplimiento del objeto del **contrato**.

7. El **proponente** mantendrá una lista de usuarios de la **información confidencial** que será entregada al **proponente** cuando lo solicite.

8. Utilizar única y exclusivamente la **información confidencial** que conozca o llegare a conocer, en desarrollo y ejecución de lo que le competa en relación con el contrato.

9. No utilizar la **información confidencial** que conozca o llegare a conocer, en desarrollo y ejecución del **contrato**, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el mismo, prohibiéndose la divulgación inclusive para fines académicos.

10. Adoptar y mantener mecanismos internos de seguridad adecuados para proteger la confidencialidad de toda la información que conozca o llegare a conocer en desarrollo del **contrato**.

11. No usar la **información confidencial** de modo que pueda ser de alguna manera, directa o indirectamente, perjudicial para los intereses de la **policía nacional**.

12. No acceder, copiar, reproducir, distribuir o transmitir por ningún medio conocido o por conocer la **información confidencial**, en todo o en parte, sin previo y escrito consentimiento de la **Policía Nacional**.

13. Cumplir con la confidencialidad en las mismas condiciones y formas, y con el mismo cuidado con que realiza la protección de la información confidencial.

El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar telefonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

FORMULARIO EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

Ciudad, seleccionar la fecha

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4
Ciudad.

Referencia: experiencia del proponente del proceso de Mínima Cuantía , Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE RADIOLOGÍA DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, QUE INCLUYE TOMA DE BIOPSIAS EN EL MUNICIPIO DE IPIALES, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO ; SEGÚN LO ESTIPULADO EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 (PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL),TODOS LOS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS DE RADIOLOGÍA DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD Y LOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 QUE SON APROBADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE DISAN – BOGOTA DC O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA".**

RELACIÓN DE CONTRATOS CON LOS QUE CUMPLE EXPERIENCIA REGISTRADA EN EL RUP- EXPERIENCIA DEL PROPONENTE.										
CONSECUTIVO	ENTIDAD CONTRATANTE	FECHA DE INICIO DD/MM/AA	FECHA DE TERMINACIÓN DD/MM/AA	MODALIDAD *			% PART	VALOR CONTRATO EXPRESADO EN SALARIOS MÍNIMOS (SMMLV)	FOLIO EN QUE SE ENCUENTRA LA CERTIFICACIÓN PRESENTADA EN LA OFERTA	FOLIO EN QUE SE ENCUENTRA REGISTRADA LA EXPERIENCIA EN EL RUP.
				I	UT	C				
1	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%			
2	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%			
3	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%			
4	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%			
5	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%			
TOTAL										
* I: INDIVIDUAL, UT: UNIÓN TEMPORAL, C: CONSORCIO										

Nota: el diligenciamineto del presente formulario se hará conforme a las condiciones establacidas en el pliego de condiciones definitivo publicado por la entidad

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal

TABLA CONPES

Tabla de estimación de riesgos previsibles CONPES 3714 de 2011*

*La metodología de estimación de los riesgos que se hallan a continuación es una propuesta que realiza la Dirección General de Crédito Público y Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, sin embargo esta Dirección no asume responsabilidad alguna en la estimación de los riesgos, la cual es una obligación legal que cada entidad debe a su cargo de conformidad con el Artículo 4° de la Ley 1150 de 2007.

Número de riesgos a estimar	6
Valor del contrato	$ 40.000.000,00
Total estimación del riesgo	$ 10.745.210,64

Riesgo General	Observaciones	Probabilidad	Impacto	Estimación	Participación
Económico	Fluctuacion de los precios del servicio a contratar	Bajo	Bajo	$ 250.000,00	2,33%
Operacionales	Obstrucción al desarrollo normal del proceso.	Bajo	Alto	$ 3.219.735,77	29,96%
De la naturaleza	La no prestación del servicio a los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional, en el Departamento de Nariño, que requieren este servicio asi mismo como la pérdida de vidas humanas por desastres naturales catastróficos	Bajo	Medio-Bajo	$ 586.003,33	5,45%
Operacionales	Que el contratista no firme el contrato oportunamente a no firme el contrato oportunamente	Bajo	Alto	$ 3.219.735,77	29,96%
Operacionales	Que no se constituyan las garantías requeridas para la legalización del Contrato o que su presentación sea tardia.	Bajo	Bajo	$ 250.000,00	2,33%
Operacionales	Retraso en la prestación del servicio en los plazos establecidos	Bajo	Alto	$ 3.219.735,77	29,96%

REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS (INFORMATIVO)

Código: 3SS-FR-0005	PROCESO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	POLICIA NACIONAL
Fecha: 24/10/2018	REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS	
Versión: 3		

El reporte de eventos adversos 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: ___ ___ ___

CODIGO 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 CLINICA *			
3. DIAGNÓSTICO	4. EDAD	5. SEXO		6. HABITACIÓN
		F	M	
7. MÉDICO TRATANTE:				

II. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

8. FECHA OCURRENCIA	9. HORA			10. ÁMBITO DE OCURRENCIA			
___ ___ ___		am	pm	Ambulatorio	Hospitalaria	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 procesos de atención.

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

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

M	DM	15. NOMBRE *	16. DOSIS/REGIMEN/VÍA	17. LOTE	18. REFERENCIA/MODO	19. CUM	20. FABRICANTE

IV. INFORMACIÓN DEL REPORTANTE

21. NOMBRES Y APELLIDOS	22. CARGO	23. SERVICIO

V. ANALISIS DE CAUSAS

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

MÉTODOS Y PROCESOS
* No existen procesos para el desarrollo de la tarea.
* Etapas del proceso poco claras o definidas.
* No se dispone de protocolos o estándares.
* Los protocolos y estándares no están

MEDIO AMBIENTE/ ENTORNO HOSPITALARIO
* Congestión, desorden, falta de espacio.
* Temperatura, luz, humedad, ruido
* Falta de suministro de agua, energía, aire, etc
* Estructura y diseño de las

EVENTO PRESENTADO

MEDICAMENTOS , DISPOSITIVOS MEDICOS (MÉDICO QUIRÚRGICO, EQUIPOS BIOMÉDICOS, REACTIVOS DE DIAGNOSTICO)
* Preparación o acondicionamiento
*Productos defectuosos
*Claridad en etiquetas o instructivos.
*Falta de funcionamiento.
*No disponibilidad

MANO DE OBRA (FACTOR HUMANO)
*Decisiones erradas
*Personal insuficiente
*Lapsus o distracciones
*Falta de conocimiento y entrenamiento
*Incumplimiento de normas y procedimientos de trabajo
*Errores en el manejo del sistema de información
*Exceso de confianza

OTRAS CAUSAS

1. ___
2. ___
3. ___
4. ___

VI. PLAN DE INTERVENCIÓN

CAUSA IDENTIFICADA	QUÉ HACER	QUIÉN	CUANDO				VERIFICACIÓN	
			___	___	___	___		
			___	___	___	___		
			___	___	___	___		
			___	___	___	___		

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

Fecha de verificación	Jefe del área	Responsable Seguridad del Paciente
___ ___ ___		

Nota: este formato solo lo deberá diligenciar el oferente a quien se le adjudique el proceso y en caso de que se llegue a presentar un EVENTO ADVERSO o INCIDENTE, durante la ejecución del contrato (leer ANEXO 4 OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA)

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO
3SS-FR-0006 "REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS"

Ocurrencia o presencia de un error en la atención en salud dentro del ámbito hospitalario.

Se debe diligenciar formato y registrar en historia clínica que se "reporta en formato".

Debe diligenciarse en letra legible preferiblemente.

Registre de manera completa el nombre del Establecimiento de Sanidad Policial en el cual ocurrió el evento.

Registre el día, mes y año en que se notifica el evento.

No registre nada en Código de reporte (este código lo asignará el equipo de seguridad del paciente del ESP o de la USP)

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

1. Escribir completos nombre y apellidos del paciente

2. Número de historia clínica

3. Registre el código de diagnostico principal que registra el paciente

4. Registre la edad en años del paciente

5. Marque con una X el sexo del paciente

6. Registre el número de la habilitación donde se encuentra hospitalizado el paciente (cuando aplique)

7. Registre el nombre completo de médico tratante.

II. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

8. Registrar fecha de ocurrencia en formato día, mes y año

9. Registrar la hora de ocurrencia del evento y marcar con una X si el evento fue en la mañana (am) o si fue en la tarde (pm)

10. Seleccione y marque con X el Ámbito de ocurrencia del evento según corresponda: ambulatorio, hospitalario, urgencias y precedimientos diagnósticos.

11. Nombre del servicio donde ocurrió el evento

12. Descripción: en forma sucinta exponer lo sucedido.

Los items.13 y 14 se diligencian posterior al análisis del evento realizado por el equipo de seguridad del paciente con personal convocado para esto.

III. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS: Espacio exclusivo para registrar este tipo de eventos, marque con X si corresponde M = medicamento y DM= dispositivo médico.

Del ítem 15 al 20 Registrar nombre del medicamento o dispositivo médico, dosis, régimen y vía, lote, referencia, modelo, serie y fabricante (Aplica para dispositivos médicos)

IV. INFORMACION DEL REPORTANTE: Del ítem 21 al 23 registrar nombres y apellidos, cargo y servicio donde labora

V. CON EL PROPOSITO DE CREAR CONCIENCIA EN LOS SERVICIOS ES IMPORTANTE, realizar el análisis causa raíz como insumo para el análisis del Protocolo de Londres que realizará el Grupo de Seguridad del Paciente y para inducir al respectivo plan de mejoramiento.

En el análisis causa raíz se preseleccionaron las siguientes variables: Paciente y Familia, Métodos y procesos, Medio ambiente – entorno hospitalario, Medicamentos o dispositivos y mano de obra, en cada uno de estos hay unos factores contemplados para seleccionar el que corresponda en cada situación. En caso de no encontrar el ítem, registrar la causa en "OTRAS CAUSAS" que consideren contribuyó a generar el evento.

VI. PLAN DE INTERVENCIÓN

Registrar la causa o causas identificadas que condujeron a la presencia del evento. Que se va hacer (TAREA) y quien lo va hacer (RESPONSABLE) con las fechas de cumplimiento y de verificación.

Esta parte nos ayudará para el seguimiento al cumplimiento de la mejora de los mismos.

VII. VERIFICACIÓN DE LAS ACCIONES DE INTERVENCIÓN Y CIERRE DEL REPORTE3

Fecha de verificación, debe firmar el jefe del Área o Servicio y el Responsable de Seguridad del Paciente.

El formato debe ser remitido al Grupo de Seguridad del Paciente, para su respectiva intervención, quienes se encargan de la verificación de datos y análisis respectivo.

Retroalimentación con el servicio respectivo.
Tener presente que deben ser reportados en un término de 24 horas los eventos, esto con el objeto de cumplir con el aprendizaje organizacional.

Es responsabilidad de reportar de quien le ocurre, o quien observa. Evitemos que sean los familiares los que lo den a conocer a través de quejas o demandas.

Tenga presente que un oportuno reporte le protege ante una demanda.