REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2

Neiva, 25 octubre de 2022

I. ASPECTOS GENERALES DEL ESTUDIO PREVIO.

1. DEFINICIÓN O IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y ANÁLISIS DEL SECTOR

1.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL OBJETO

PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA Y SUS DIFERENTES ESPECIALIDADES DE PERIODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA, CIRUGÍA ORAL, MAXILOFACIAL, ENDODONCIA, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE DERIVEN DE ELLAS, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA PUTUMAYO DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 2.

CLASIFICACIÓN UNSPSC	SEGMENTO	FAMILIA	CLASE	PRODUCTO
85122001	Servicios de salud humana	Practica medica	Servicios dentales	Servicios de odontólogos

1.2 VALOR ESTIMADO

El valor estimado para adelantar el presente proceso de contratación será por la suma de **DIECIOCHO MILLONES DE PESOS ($ 18.000.000,00) M/LEGAL.** Distribuidos de la siguiente manera:

Grupo lote	Unidad	Descripción	Recurso	Cantidad	Valor unitario	Valor total estimado
N/A	RASES No. 2- UPRES PUTUMAYO	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA VIGENCIA 2022	16	1	$ 12.000.000	$ 12.000.000
N/A	RASES No. 2- UPRES PUTUMAYO	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA VIGENCIA 2023	16	1	$ 6.000.000	$ 6.000.000
			Total		$ 18.000.000	$ 18.000.000

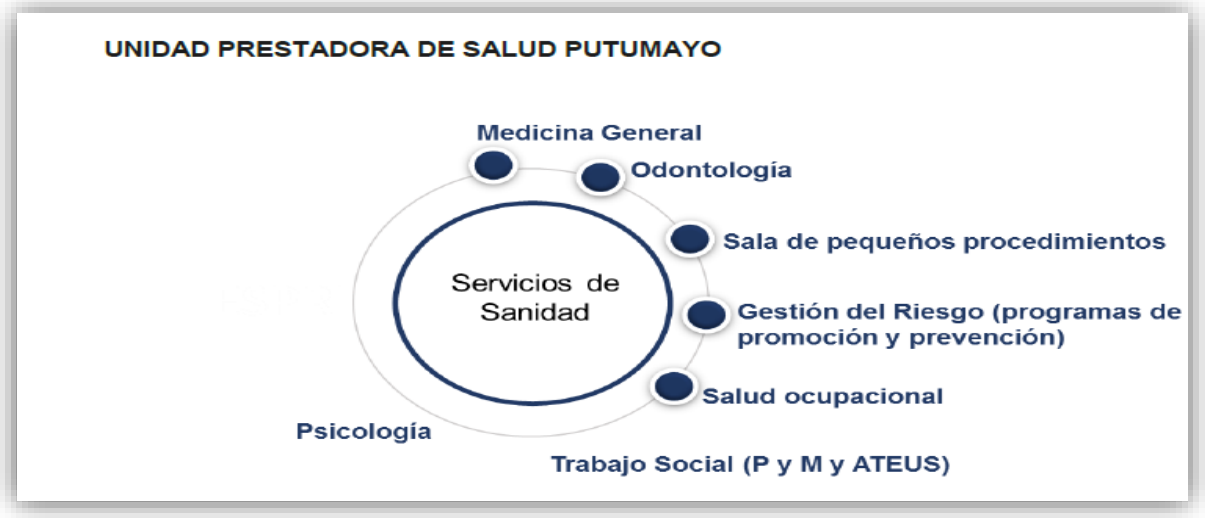
1.3 CERTIFICACIÓN PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES, GASTOS DE FUNCIONAMIENTO Y/O INVERSIÓN Y/O VIGENCIAS FUTURAS.

Plan Anual de Adquisiciones No. 390 de fecha 31/10/2022
Recursos: 16
Rubro presupuestal 02-02-02-009-03-01 SERVICIOS DE SALUD HUMANA
Programa: "O" Atención Salud
Descripción: Servicios de odontología especializada

No.	Fecha	No. Plan de compras	Unidad	Recurso	Descripción	Cantidad	Valor unitario	Valor total
1	31/10/2022	390	RASES No. 2	16	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA VIGENCIA 2022	1	$12.000.000	$12.000.000
1	31/10/2022	390	RASES No. 2	16	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA VIGENCIA 2023	1	$6.000.000	$6.000.000
					Total	1	$18.000.000	$18.000.000

La presente Certificación del Plan de Adquisiciones Gastos de Funcionamiento está aprobada bajo la Resolución 001 del 01/01/2022 del Decreto de liquidación del Presupuesto General de la Nación No. 1793 del 21 de diciembre de 2021 para la Vigencia fiscal 2022, se detallan los ingresos del presupuesto de Rentas y Gastos del Fondo Cuenta de Salud de la Policía Nacional y se efectúan asignaciones internas de apropiaciones del

	Presupuesto de Gastos de Salud al Nivel Central, Regionales de Aseguramiento en Salud, Unidades Prestadoras de Salud y Hospital Central de la Policía Nacional para la Vigencia Fiscal 2022 y Vigencias futuras autorizadas bajo la comunicación oficial No. GS-2022-066042 del 14 de Octubre de 2022.
1.4 CLASE DE CONTRATO	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**
1.5 PERFIL Y CALIDAD DE LOS PROPONENTES	Podrán participar en el presente proceso de mínima cuantía todas las personas naturales o jurídicas, nacionales y/o extranjeros con representación en Colombia, en forma individual o conjunta (Consorcio o Unión Temporal), que tenga dentro de su objeto social actividad la prestación de servicios de salud, que cumpla con todos los requisitos exigidos para el mismo. El posible oferente deberá encontrarse legalmente constituido e inscrito ante Secretaria de Salud Departamental y/o Municipal, con perfil y capacidad para la prestación de servicios de salud en la ciudad de Mocoa - Putumayo, de acuerdo a la Resolución 3100 de 2019. De conformidad con lo establecido en los artículos 2.2.1.2.4.2.2 del Decreto 1082 de 2015 Convocatorias limitadas a Mipyme, modificado por el Decreto 1860 de 2021 *"Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, con el fin reglamentar los artículos 30, 31, 32, 34 y 35 de la Ley 2069 de 2020, en lo relativo al sistema de compras públicas y se dictan otras disposiciones"* y teniendo en cuenta que el valor del proceso de contratación NO es superior a ciento veinticinco mil dólares de los Estados Unidos de América (US$125.000), podrá limitarse la convocatoria a MIPYMES NACIONALES con domicilio en el Departamento del Putumayo.
1.6 IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y JUSTIFICACIÓN	
Teniendo como referencia la normatividad establecida por el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en el Acuerdo No.002 donde se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial donde se debe brindar un servicio integral a los afiliados y beneficiarios garantizándoles los recursos disponibles en cada uno de los subsistemas para la prestación de los servicios de Salud y en su artículo No. 2 Alcance - El plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial permitirá la atención integral de sus afiliados y beneficiarios del SSMP, en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación PARAGRAFO: Entiéndase como atención integral las actividades asistenciales médicas y quirúrgicas, odontológicas, hospitalarias y farmacéuticas, contenidas en el plan de servicios de Sanidad Militar y policial que se suministra dentro del país y correspondientes a los Niveles de Atención. La Unidad Prestadora de Salud Putumayo, debe garantizar la prestación de servicios de odontología especializada y sus diferentes especialidades de periodoncia, odontopediatría, cirugía oral, maxilofacial, endodoncia, ayudas diagnósticas y procedimientos que deriven de ellas, para los usuarios y beneficiarios adscritos al Subsistema de Salud de la Policía Nacional en el Departamento de Policía Putumayo de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 2, para toda la población afiliada al Subsistema de Salud de la Policía Nacional, residentes en el departamento de Policía Putumayo.	



La Unidad Prestadora de Salud Putumayo no cuenta con establecimiento de sanidad o instituciones prestadoras de servicios de salud que faciliten la prestación de servicios de odontología especializada y sus diferentes especialidades de periodoncia, odontopediatría, cirugía oral, maxilofacial, endodoncia, ayudas diagnósticas y procedimientos que deriven de ellas, para los Usuarios y Beneficiarios Adscritos al Subsistema de Salud de la Policía Nacional en el Departamento de Policía Putumayo de la Regional de Aseguramiento en Salud No 2, por lo que únicamente puede garantizar los servicios en odontología especializada a través de contratación de prestación de servicios, convenios o contratos interadministrativos con instituciones prestadoras de servicios de salud públicas (ESE) o privadas (IPS) de no contratarse en la ciudad de Mocoa, la Unidad Prestadora de Salud Putumayo debe asumir los costos del servicio de transporte de los usuarios para que accedan a la atención de servicios y recurrir al nivel central, que en este caso particular corresponde a la Clínica la Inmaculada en la ciudad de Neiva y el Hospital Central de la Policía Nacional, oportunidad y continuidad en la prestación de los servicios de salud.

De acuerdo a las consideraciones anteriores es necesario y conveniente contratar la prestación de los servicios en el departamento de Policía Putumayo en la ciudad de Mocoa – Putumayo.

POBLACIÓN OBJETO: Según el reporte Registro del Sistema de Información Policial en Salud SISAP, de acuerdo a la Resolución de Regionalización Operativa y Funcional de la Dirección de Sanidad, la Región de Aseguramiento en Salud No. 2, corresponde la atención de las Unidades Prestadoras de Salud Putumayo, para las necesidades policiales del servicio.

CURSO DE VIDA PUTUMAYO			
CURSO DE VIDA	**F**	**M**	**TOTAL**
PRIMERA INFANCIA	169	196	365
INFANCIA	133	181	314
ADOLESCENCIA	168	156	324
JUVENTUD	279	339	618
ADULTEZ	410	960	1370
VEJEZ	52	70	122

TOTAL GENERAL	**1211**	**1902**	**3113**

Se pretende contratar la Prestación de los servicios de odontología especializada para el mes de octubre, es así como es imperativo que el proceso de contratación se realice con base en las presentes justificaciones y se pueda suplir la necesidad que tiene cada paciente, en este orden de ideas se requiere contratar toda vez que el contrato actual ya fue ejecutado en su totalidad y se requiere dar continuidad a la prestación de este servicio el cual está direccionado a aclarar los diagnósticos de los usuarios y beneficiarios del subsistema de salud de la Policía Nacional.

Teniendo en cuenta el análisis de consumo mensual con base en la contratación anterior se puede establecer un promedio de consumo mensual, evidenciado en el siguiente cuadro así:

CONSUMO MENSUAL CONTRATO 85-7-20192-2021 NOVADEN	PRESTACION DE SERVICIO LABORATORIO RED EXTERNA									
	AÑO	Diciembre	**AÑO**	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
	2021	$1.500.000	**2022**	$ 1.033.290	$ 987.633	$ 2.695.721	$ 646.407	$762.196	$ 810.500	$ 713.892
TOTAL	**$ 9.149.639.00**									

Medios para satisfacer la necesidad:

La Regional de Aseguramiento en Salud No 2 – Unidad Prestadora de Salud Putumayo, únicamente se puede satisfacer la necesidad de la prestación de servicio de odontología especializada y sus procedimientos, es mediante un contrato con una entidad que nos brinde todos los servicios solicitados para no incurrir en costos de pasajes por traslados de pacientes a otras ciudades y estadías, además de garantizar la prestación de servicios de las especialidades de odontología en la normatividad Colombiana vigente, teniendo en cuenta que la Regional de Aseguramiento en Salud No. 2 - Unidad Prestadora de Salud Putumayo, actualmente no cuenta con la infraestructura y/o personal técnico o profesional, para la prestación del servicio objeto del presente estudio previo.

El mes proyectado para la presente contratación de acuerdo al plan anual de adquisiciones es para el mes de noviembre de 2022.

2. ANTECEDENTES ADMINISTRATIVOS DEL PROCESO

Teniendo en cuenta que la Unidad Prestadora de Salud Putumayo, está constituida a partir del año 2020 y sin desconocer el proceso de regionalización que ha tenido la Dirección de Sanidad, se expone las referencias de contratos anteriores al año 2020, de acuerdo a los tres (03) últimos años por parte de la Seccional de Sanidad Huila, dentro de la cual ahora se creó la Regional de Aseguramiento en Salud No. 2, así:

UNIDAD CONTRATANTE Y CONTRATISTA	NÚMERO DEL CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN	OBJETO	NÚMERO DE PROCESO	ACIERTOS	PROBLEMAS
SECSA DEUIL - SALUD PLENA	85-7-20218-2019 21/08/2019	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA Y LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES DE PERIODONCIA, ODONTOPEDIATRIA, CIRUGÍA ORAL, MAXILOFACIAL, ENDODONCIA, AYUDAS DIAGN6STICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE DERIVEN DE ELLAS INCLUIDOS EN EL ACUERDO N°002 (ABRIL 27 DE 2001) DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS	PN SECSA MIC 064 2019	SE DESARROLLO LA EJECUCION DEL CONTRATO SATISFACTORIAMENTE	NO PRESENTA

		FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIO-S ADSCRITOS AL SUBSTSTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL SECCIONAL SANIDAD HUILA Y AREA DE SANIDAD PUTUMAYO DE LA REGION DE POLICÍA NO. 2.			
RASES No. 2 - NOVADEN	85-7-20192-21 17/12/2021	PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA Y SUS DIFERENTES ESPECIALIDADES DE PERIODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA, CIRUGÍA ORAL, MAXILOFACIAL, ENDODONCIA, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE DERIVEN DE ELLAS, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA REGION DE POLICIA No 2. DE LA CIUDAD DE MOCOA, SEGÚN LO DEFINIDO EN EL ACUERDO Nº 002 (ABRIL 27 DE 2001) DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL", para el GRUPO III PUTUMAYO	PN RASES N° 2 MIC 048 2021	SE DESARROLLO LA EJECUCION DEL CONTRATO SATISFACTORIAMENTE	NO PRESENTA

- **Información verificada y aprobada por los funcionarios dueños de la necesidad que firman el presente estudio previo.**

3. FUNDAMENTOS JURÍDICOS QUE SOPORTAN LA MODALIDAD DE SELECCIÓN

E. MÍNIMA CUANTÍA Previsto en el Capítulo 2, Sección 1, Subsección 5, Artículo 2.2.1.2.1.5.2 del decreto 1082 de 2015 modificado por el decreto 1860 de 2021 establece el procedimiento para la contratación de mínima cuantía, cuyo valor no exceda del 10% de la menor cuantía de la Entidad Estatal, independientemente de su objeto.

4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

4.1. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

El presente Estudio Previo cuenta con un anexo de especificaciones técnicas mínimas, que contiene la descripción clara y detalla de los servicios de salud que requiere la Unidad Prestadora de Salud Putumayo.

4.1.1. EXPERIENCIA PROPONENTE

Con el fin de garantizar la calidad de la prestación de servicios médicos domiciliarios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, para la verificación de la experiencia el proponente deberá anexar a su propuesta máximo tres (03) certificaciones de contratos cuyo objeto sea igual o guarde congruencia con el objeto de la presente contratación y cuya sumatoria sea igual o mayor al setenta por ciento (70%) del valor del presupuesto, dichas certificaciones deben contener la siguiente información:

- Objeto del contrato
- Número del contrato
- Valor
- Plazo
- Fecha de inicio
- Fecha de finalización
- Nombre del contrato
- Nombre del contratista
- Grado de satisfacción.

No se admiten:

- Certificaciones de Subcontrataciones
- No se acepta auto certificaciones.
- Copias de facturas órdenes de pago etc.
- Copias de Contratos.

En caso de contratos en ejecución, se tomará la fecha de legalización del contrato hasta la fecha de expedición de la certificación.

Cuando se certifiquen contratos realizados bajo la modalidad de consorcio o unión temporal, para la verificación, se tomará el porcentaje de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del consorcio o de la unión temporal, para lo cual deberá anexar a la propuesta el documento que acreditó la conformación del consorcio o unión temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato.

En el evento que el oferente presente certificaciones en número superior al máximo permitido, para efectos de verificación de la experiencia, se tomará únicamente las de mayor valor que cumplan con los requisitos exigidos en el presente proceso

NOTA: En caso de que el oferente haya firmado contratos con esta entidad y/o antigua Área de Sanidad Putumayo, no es obligatorio que anexe certificación, solamente con enunciar el contrato objeto y el valor; la unidad verificará la información, según la Ley 019 de del 2012. ***ARTICULO 9. PROHIBICIÓN DE EXIGIR DOCUMENTOS QUE REPOSAN EN LA ENTIDAD***

4.1.2 NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO (En caso que aplique)

El oferente deberá presentar una certificación firmada por el representante legal, en donde demuestre que el personal de su entidad cuenta con los estudios profesionales, especializados y subespecializados, propicios para la atención de pacientes, dicho personal deberá contar con la disponibilidad permanente durante la ejecución del futuro contrato.

- Odontólogo especializado en cirugía oral y maxilofacial.
- Odontólogo especializado en endodoncia.
- Odontólogo especializado en periodoncia.
- Odontólogo especializado en odontopediatría.
- Odontólogo especializado en rehabilitación oral
- Odontólogo especializado en ortodoncia.
- Auxiliar de odontóloga.
- Funcionario de asignación de citas.
- Funcionario facturador.

El profesional deberá encontrarse inscrito ante el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS), de acuerdo con lo tipificado en el artículo 100 del Decreto Ley 2106 de 2019 *"Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública."* Igualmente, se debe anexar la hoja de vida de cada profesional, relacionando los diplomas, cursos y/o seminarios, tarjeta profesional, fotocopia de documento de identidad, acta de grado e inscripción ante el RETHUS.

NOTA: Convalidación de títulos. Los interesados que presenten dentro de su grupo de trabajo personas que hayan cursado carreras profesionales o postgrados en el exterior, deberán presentar los títulos debidamente convalidados de acuerdo con lo establecido en la Resolución 20797 de 2017 del Ministerio de Educación Nacional.

En caso de que las certificaciones no tengan la información solicitada, o no se pueda verificar o constatar la información allí mencionada, se tendrán como certificaciones no válidas.

El talento humano profesional y auxiliar en salud ofertado deber reunir los requisitos definidos por el Estándar Recurso Humano establecidos por el Ministerio de salud y Protección Social.

4.1.3 EXPERIENCIA (En caso que aplique)

No aplica.

4.1.4 EXPERIENCIA DEL PERSONAL (En caso de que aplique)

Con el fin de garantizar la idoneidad del personal que prestará los servicios requeridos y de acuerdo a lo descrito en el numeral **4.1.2**, **EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL** de la entidad donde conste que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, RETHUS y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo UN (01) AÑO, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual.

4.1.5 CAPACIDAD OPERATIVA (En caso de que aplique)

El oferente deberá **CERTIFICAR MEDIANTE DOCUMENTO** escrito firmado por el representante legal de la entidad, que cuenta con toda la infraestructura, equipos, capacidad técnica, y capacidad tecnológica para prestar los servicios de salud solicitados en el presente estudio previo. Igualmente certificará que cumplen con los estándares mínimos de habilitación y calidad para la prestación de sus servicios que oferta según lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y de la Protección Social.

Además, debe certificar que podrá prestar de manera oportuna los servicios objeto del presente proceso de contratación.

4.1.6 OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES (En caso de que aplique)

NOTA: Este numeral se debe diligenciar de igual manera en el Anexo Condiciones Técnicas Mínimas.

4.1. CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE CALIFICACIÓN Y SU JUSTIFICACIÓN (Aplica para licitación pública y selección abreviada de menor cuantía):

No se requiere para el presente proceso (No Aplica).

4.2. EVALUACIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA (dependiendo de la modalidad de selección)

4.3.1. EVALUACIÓN ECONÓMICA

La oferta ECONOMICA se debe presentar en la plataforma SECOP II, la adjudicación se realizará de forma total del presupuesto oficial. Por lo anterior, en la plataforma SECOP II encontrará dos opciones que debe realizar:

1. ***OFERTA ECONÓMICA PRESUPUESTO OFICIAL:*** *Diligenciar el valor total del presupuesto oficial asignado con IVA incluido*. El oferente debe indicar el presupuesto oficial asignado como se relaciona a continuación; de lo contrario **se rechazará la oferta. Así:**

SERVICIO	VIGENCIA	UNIDAD	VALOR TOTAL ESTIMADO
PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA Y SUS DIFERENTES ESPECIALIDADES DE PERIODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA, CIRUGÍA ORAL, MAXILOFACIAL, ENDODONCIA, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE DERIVEN DE ELLAS, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA PUTUMAYO DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 2	2022	RASES No. 2 - UPRES PUTUMAYO	$ 12.000.000,00
	2023		$ 6.000.000,00
VALOR TOTAL			**$ 18.000.000,00**

2. ***OFERTA ECONÓMICA POR PORCENTAJE DE DESCUENTO:*** En esta, se determinará el ***MAYOR PORCENTAJE DE DESCUENTO*** el cual se aplicará para cada uno de los procedimientos enunciados en el presente estudio previo.

   Una vez obtenido el resultado del **mayor porcentaje de descuento** sobre cada uno de los procedimientos, el menor valor resultará quien haya ofertado el **MAYOR PORCENTAJE DE DESCUENTO** entre todas las ofertas participantes. Luego de determinar el menor valor se realizará el procedimiento respectivo establecido en el Decreto 1082 de 2015 modificado por el Decreto 1860 de 2021**.**

PROCEDIMIENTO: De conformidad con lo señalado en Ley 1474 de 2011 artículo 94 *TRANSPARENCIA EN CONTRATACIÓN DE MÍNIMA CUANTÍA* y numeral 4° y 7° del artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 del 2015, la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.2 revisará las ofertas económicas y verificará que la de mayor porcentaje de descuento cumpla con las condiciones de la invitación. Si esta no cumple con las condiciones de la invitación, la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.2 verificará el cumplimento de los requisitos de la invitación de la oferta con el segundo mejor precio, y así sucesivamente.

En caso de empate, la Regional de Aseguramiento en Salud No. 2 aplicará los criterios que trata el artículo 35 de la Ley 2069 de 2020 conforme a los medios de acreditación del artículo 2.2.1.2.4.2.17 del decreto 1860 de 2021, de forma sucesiva y excluyente para seleccionar al oferente favorecido.

De conformidad con el numeral 6° del artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 de 2015 modificado por el artículo 2 del Decreto 1860 de 2021, la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 publicará el informe de evaluación durante un (1) día hábil. Así mismo, aceptará la oferta de mayor porcentaje de descuento, siempre que cumpla con las condiciones establecidas en la invitación a participar en procesos de mínima cuantía.

4.3.2. FACTORES ADICIONALES DE CALIFICACIÓN Y SU JUSTIFICACIÓN:

No se requiere para el presente proceso, por la modalidad de selección (No Aplica)

4.3.3. CRITERIOS DE DESEMPATE

En caso de empate, se aplicará los criterios que trata el artículo 35 de la Ley 2069 de 2020 conforme a los medios de acreditación del artículo 2.2.1.2.4.2.17 del decreto 1860 de 2021, de forma sucesiva y excluyente para seleccionar al oferente favorecido.

Si el oferente cumple con algunos de los criterios señalados en el anterior párrafo, adjuntar la documentación en la oferta.

Si el empate persiste la entidad aceptará la oferta que haya sido presentada primero en el tiempo.

5. CONDICIONES DEL CONTRATO (MINIMA CUANTIA)

5.1. LUGAR DE ENTREGA O LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El oferente que resulte adjudicatario se compromete prestar el servicio objeto de la presente contratación en sus instalaciones en la ciudad de Mocoa - Putumayo, las cuales deben estar debidamente habilitadas según resolución 0003100 de 2019 "*Por lo cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de rehabilitación de servicios de salud y se adopta el manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios der Salud*".

5.2. FORMA DE EJECUCIÓN

La ejecución del objeto del contrato será de **TRACTO SUCESIVO**, de acuerdo a los requerimientos hechos por el profesional de la salud competente (RED PROPIA y/o RED EXTERNADA CONTRATADA) y de conformidad con las condiciones exigidas en el presente estudio previo.

5.3. PLAZO DE EJECUCIÓN

El plazo de ejecución del contrato será hasta **31 DE MAYO DE 2023**, tiempo durante el cual deberá dar cumplimiento cabal a las prestaciones a que se obliga, contado a partir de la fecha de la aprobación de la garantía única y entrega de la carta de inicio de la ejecución del contrato por parte de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 2, previa coordinación y verificación del supervisor del contrato.

5.4. FORMA DE PAGO

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

Respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016 y demás normatividad vigente.

En el evento en el que la facturación la efectúe el consorcio o unión temporal bajo su propio NIT, de conformidad con lo establecido en el artículo 11 del Decreto 3050 de 1997 y demás normas que lo complementen, modifiquen o adicionen; la factura, además de señalar el porcentaje o valor del ingreso que corresponda a cada uno de los miembros del consorcio o unión temporal, indicará el nombre o razón social y el NIT de cada uno de ellos. Estas facturas deberán cumplir los requisitos señalados en las disposiciones legales y reglamentarias.

Los documentos deben radicar los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes cuando se trate con contrato, para los servicios sin respaldo presupuestal (sin contrato - urgencia médica) deben ser entregadas en medio físico los primeros diez (10) días calendario de cada mes, ante la Ventanilla Única-Central de Cuentas del Grupo de Apoyo Administrativo de la Unidad Prestadora de Salud Putumayo, donde de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1150 de 2007 "Derecho a Turno", se le asignará un número de radicación. En caso que el CONTRATISTA presente los documentos requeridos para el pago después del día seis (6) del mes siguiente, los pagos se realizarán dentro de los (60) días hábiles siguientes a la fecha de la radicación. En todo caso, los pagos están sujetos a la disponibilidad de PAC y ubicación de los recursos por parte del Nivel Central**.**

La factura debe cumplir con los requisitos establecidos en el Anexo No. 5 de la Resolución 4331 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

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

1. El Prestador del Servicio de Salud de la Red externa, deberá cargar los **Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)** en el módulo de radicación cuentas médicas de la Dirección de Sanidad, (RECUM) cuando haya lugar a este proceso. **https://recum.policia.gov.co:8080/cm/recum/Vista/frLogin.aspx**, con el fin de ser validados siguiendo los lineamientos establecidos para ello, se validará la información de los documentos con la suministrada por la IPS en el módulo de radicación de cuentas médicas, como: número consecutivo de factura, concepto, cantidad y valor, aclarando a las entidades, que para cualquier servicios a prestar sea atención inicial de urgencia (**Referencia Nacional**), y para **Referencia Putumayo los servicios tales como** (ambulatorio, consulta externa, vacunación, odontología, transporte de ambulancia, programación de cirugía, prorrogas de estancia, debe solicitar y obtener código de autorización sistematizada SISAP WEB de acuerdo los servicios antes mencionados.

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

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

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

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

Según los servicios se autorizan de la siguiente manera así:

REFERENCIA y CONTRAREFERENCIA NACIONAL

Autorización Atención inicial de Urgencia

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

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

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

  DISAN.GRISS-CRF@POLICIA.GOV.CO

  CELULAR REFERENCIA NACIONAL: 3505546128 - 3504131671

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

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

REFERENCIA y CONTRAREFERENCIA PUTUMAYO

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

SERVICIOS QUE AUTORIZA REFERENCIA PUTUMAYO:

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

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

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

- Factura (de acuerdo a la normatividad establecida y los requisitos de Ley artículos 616- 1,616-3 617 y 618 E. T; artículos 772, 773, 774 Código de Comercio, Modificado Ley 1231 de 2008), este documento debe estar a nombre de la unidad de Sanidad, con el respectivo NIT y soportes de conformidad con lo establecido en la Resolución 3047 de 2008 MINSALUD, Instructivo 013 de 2013 – DISAN o la norma que la adicione, modifique o sustituya.
- Teniendo en cuenta el Decreto 2242 de 2015 “por el cual se reglamentan las condiciones de expedición e interoperabilidad de la factura electrónica con fines de masificación y control fiscal” en el Artículo 3.- punto 2 – parágrafo 1, que a la letra dice: “el obligado a facturar electrónicamente deberá entregar al adquiriente una representación gráfica de la factura electrónica en formato impreso o en formato digital…”las unidades de la Dirección de Sanidad, deberán verificar si los proveedores están obligados a facturar electrónicamente y cumplan con el protocolo de habilitación como facturador electrónico según indicaciones del Decreto en mención.
- Planilla de radicación de pacientes en formato especificado sin ser modificado. (1AR-FR-0028 RADICACION DE CUENTAS MÉDICAS) de forma física y al correo electrónico en formato EXCEL **depuy.gucue@policia.gov.co** y/o al correo electrónico del funcionario que actualmente este a cargo de la Ventanilla Única- Radicación de Cuentas Medicas - Central de Cuentas del Grupo de Apoyo Administrativo de la Unidad Prestadora de Salud Putumayo; El valor total e individual de la planilla debe corresponder a los valores de las facturas físicas, el formato está compuesta por los siguientes datos así:

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

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

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

una cantidad mínima. Si la cuenta de cobro sobrepasa los 200 folios ésta debe dividirse en varias carpetas y continuar con el consecutivo de foliación del primer tomo, **las hojas de menor dimensión al de tamaño carta debe ir pegado en una hoja completo bien sea carta u oficio.**

- El oferente a quien se le adjudique el presente proceso deberá cargar la respectiva cuenta de cobro en la PLATAFORMA SECOP II con el fin de que ésta sea verificada por el supervisor del contrato y poder realizar el respectivo pago".
- Adicionalmente, se solicitan los siguientes soportes en las cuentas de URGENCIAS MÉDICAS:
  • Formato de información a terceros.
  • Certificación bancaria.
  • Fotocopia del RUT.
  • Fotocopia cédula representante legal.
  • Notificación de la urgencia o autorización por parte de referencia y contra referencia de la unidad.
- Listado adicional de soportes según el tipo de servicio facturado, conforme al anexo No.5 de la Resolución 3047 de 2008.

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

NOTA 2: El derecho de turno es el orden que la administración tendrá en cuenta para el pago de acuerdo con lo establecido en el artículo 8 numeral 1 de la ley 1150 de 2007, "*por medio de la cual se introducen medidas para la eficiencia y la transparencia en la Ley 80 de 1993 y se dictan otras disposiciones generales sobre la contratación con Recursos Públicos".*

PROCEDIMIENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA EMISIÓN DEL RAS

El contratista debe allegar durante los primeros dos (2) días hábiles del mes subsiguiente a la emisión de la factura, esta con los soportes RIPS, formato en Excel de la siguiente información en el siguiente orden: número de factura, fecha de la factura, fecha de prestación del servicio, nombre del usuario, documento de identificación, diagnóstico, procedimiento y valor facturado, el RAS técnico económico, con el fin de radicar la factura en la ventanilla única de radicación.

Todas las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del CONTRATISTA, quien no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. Lo mismo se predicará en el caso de que el CONTRATISTA no presente el recibo a satisfacción firmado por el supervisor del contrato.

SOPORTES DE LAS FACTURAS PARA EL MECANISMO DE PAGO

SOPORTES DE FACTURAS SEGÚN TIPO DE SERVICIO PRESTADO

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

Consultas ambulatorias:

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

Servicios odontológicos ambulatorios:

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

Exámenes de laboratorio, imágenes y otras ayudas diagnósticas ambulatorias:

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

Procedimientos terapéuticos ambulatorios:

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

Medicamentos de uso ambulatorio:

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

Insumos, oxígeno y arrendamiento de equipos de uso ambulatorio:

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

Lentes:

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

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

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

Ambulancia:

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

Honorarios profesionales:

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

DOCUMENTOS ADICIONALES PARA EL MECANISMO DE PAGO

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

Una vez estén radicadas en el módulo, las facturas físicas deben traer el pre-radicado impreso como tapa de las facturas a entregar.

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

PARÁGRAFO 1: AUDITORIA DE CUENTAS

La facturación presentada estará sujeta a la auditoría de cuentas, para lo cual el responsable de la ventanilla Única - central de cuentas de cada unidad (Unidad Prestadora de Salud Putumayo), tramitará la cuenta acompañada del recibo a satisfacción técnico, para que se realice la auditoria, según los tiempos estipulados en el Artículo 57 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011.

PARÁGRAFO 2: TRAMITE DE GLOSAS

En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad con los tiempos establecidos en el Artículo 57 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011.

PARÀGRAFO 3: CONCILIACION DE GLOSAS

En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitarán de conformidad con lo establecido en el ARTÍCULO 57 DE LA LEY 1438 del 19 de enero de 2011. Donde se encuentra estipulado que posterior a la notificación de la glosa el contratista tendrá quince (15) días hábiles para indicar aceptación o justificación de la no aceptación. Dentro de los siete (7) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta de glosa la auditoría de cuentas decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas, en caso tal de reiterarse la glosa se proceder a citar para conciliación de estas al contratista en los siguientes quince (15) días hábiles a la recepción de la misma por el contratante, la cual se hará por escrito.

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

3. **LINEAMIENTOS DE LA FACTURACIÓN ELECTRÓNICA**

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

Se permite informar que las facturas electrónicas emitidas por las entidades prestadoras de bienes y/o servicios deben facturar bien sea por competencia de la RASES No.2, de acuerdo al contrato que se haya adjudicado, y/o en su defecto si los servicios son denominados urgencia médica. con la unidad que a continuación se relaciona así:

RAZON SOCIAL: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 (RASES No2)**
NIT No.: 900419719
DIRECCION: CRA 22 SUR No 26ª-21 Barrio Fronteras del Milenio
TELEFONO: 8630065 EXT 6419
CORREO ELECTRONICO: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD **PCI: 16-01-02-041**

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

Hacienda y Crédito Público, con el fin que, una vez generada la factura electrónica a través del medio seleccionado, éste la envíe automáticamente.

- Generar factura obteniendo el contenedor electrónico -Documento .ZIP (PDF, XML).
- En la sección de la factura **NOTA O OBSERVACIONES** la entidad debe digitar los siguiente: **#$** luego el código de identificación de la entidad **PCI** a la cual le va a enviar la factura; número contrato, correo del supervisor, finalizando con **#$,** debidamente separados por punto y coma sin espacios, según ej. Adjunto

  Ejemplo:
  #$16-01-02-041;85-5-20019-2020;correo supervisor#$

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

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



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

Ejemplo:

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

El contratista o proveedor, una vez haga su factura electrónica de venta tal como se indica, Le llegara una notificación de factura electrónica de la entidad al correo electrónico del supervisor, indicando o notificando que tiene un documento pendiente por aprobar en la plataforma Olimpia, que por obligación el supervisor debe ingresar a la plataforma Olimpia, y es donde el supervisor verifica la factura para que sea rechazada o aprobada la factura, una vez haga el paso por parte del supervisor de rechazo o aprobación, la entidad debe estar atento si le llega notificación de que aprobaron o rechazaron la factura, si la factura es rechazada el supervisor debe justificar el rechazo, pero si es aprobada puede proceder a radicar en físico la factura con todos sus soportes normales como han estado haciendo ante la oficina Central de Cuentas de la RASES No. 2.

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

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

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

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

CAUSALES DE NO PAGO:

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

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

5.5. SUPERVISOR, INTERVENTOR Y/O COORDINADOR

La supervisión del contrato estará a cargo del auxiliar de odontología de la Unidad Prestadora de Salud Putumayo, o quien con posterioridad designe el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 2, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo con las funciones asignadas, para ello, con lo ordenado en la Ley 1474 de 2011, 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 adoptado mediante Resolución 03049 de 2014*" y demás normas que regulen la materia.

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

5.6. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Las obligaciones del contratista están descritas en el Anexo OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

5.7. OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL

Las obligaciones de la Policía Nacional están descritas en el Anexo OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL

6. FORMA Y PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN

La forma de adjudicación del presente proceso se efectuará de manera **TOTAL** del presupuesto oficial asignado al proceso contractual, siempre que cumpla con los términos establecidos; una vez que se determine cuál es la oferta más favorable para la entidad teniendo en cuenta las condiciones técnicas solicitada en este estudio previo.

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

Como quiera que en la ejecución de los contratos celebrados en los años anteriores no se ha presentado inconvenientes en los mismos, La estimación del riesgo (probabilidad de ocurrencia del riesgo) corresponde a los porcentajes mínimos indicados dentro de la normatividad vigente, el Manual de Contratación para la Policía Nacional y las necesidades de la Institución, los cuales se relacionan en el **ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS,** del presente estudio previo.

II. ESTUDIO DEL SECTOR

1. ANÁLISIS DE LA DEMANDA

Teniendo en cuenta el comportamiento histórico en los últimos 10 meses de los servicios que se tiene la necesidad de contratar, se puede evidenciar lo siguiente:

PROCEDIMIENTOS	CANTIDAD
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENDODONCIA	27
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR CIRUGIA ORAL	15
RADIOGRAFIA ORALES	42
TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR	25
EXODONCIAS	13

TOTAL PROCEDIMIENTOS	122

2. ANÁLISIS DEL MERCADO

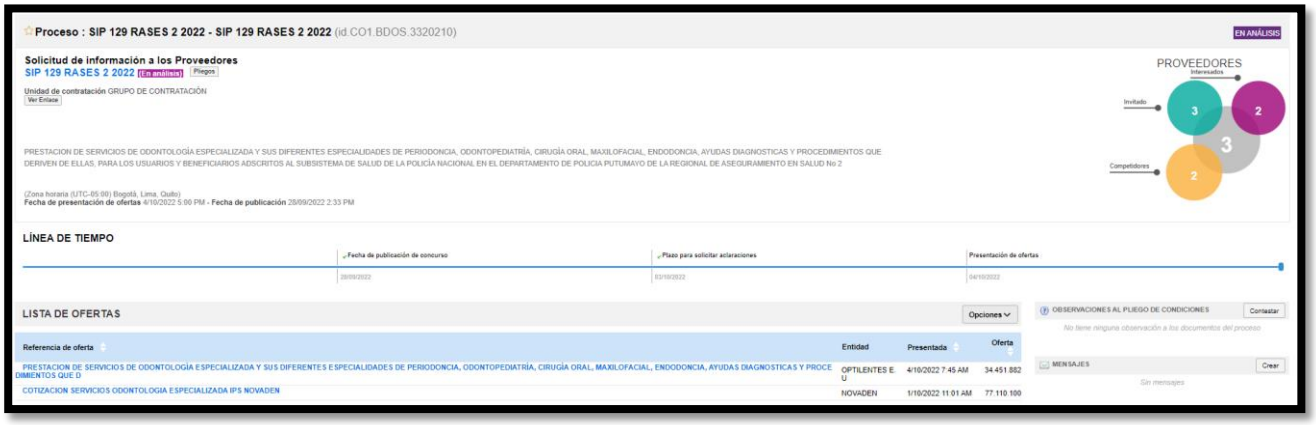
DESCRIPCIÓN DEL MERCADO

En busca de realizar un análisis de mercado completo que garantice y soporte el valor estimado de la contratación, en el sector correspondiente a la ciudad de Mocoa, existen oferentes con los cuales la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 puede realizar la contratación, para la prestación de Servicios de odontología especializada que están en la capacidad de cumplir con las características y especificaciones técnicas relacionadas en el presente Estudio Previo.

3. ANÁLISIS DE LA OFERTA

IDENTIFICACION DEL PROVEEDOR:

Se realizó solicitud de información a proveedores bajo el número **SIP No. 129 RASES No. 2 2022** el día 28 de septiembre de 2022 a las 14:33 pm, terminado el plazo para presentar cotización la cual se estableció para el día 04 de octubre de 2022 a las 17:00 pm, se presentaron dos firmas comerciales quienes demostraron interés en la participación del estudio de mercado del presente procesó así:



Podrán participar en el presente proceso de mínima cuantía todas las personas naturales o jurídicas, nacionales y/o extranjeros con representación en Colombia, en forma individual o conjunta (Consorcio o Unión Temporal), que tenga dentro de su objeto social actividad la prestación de servicios de salud, que cumpla con todos los requisitos exigidos para el mismo.

El posible oferente deberá encontrarse legalmente constituido e inscrito ante Secretaria de Salud Departamental y/o Municipal, con perfil y capacidad para la prestación de servicios de salud en la ciudad de Mocoa - Putumayo, de acuerdo a la Resolución 3100 de 2019.

De conformidad con lo establecido en los artículos 2.2.1.2.4.2.2 del Decreto 1082 de 2015 Convocatorias limitadas a Mipyme, modificado por el Decreto 1860 de 2021 *"Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, con el fin reglamentar los artículos 30, 31, 32, 34 y 35 de la Ley 2069 de 2020, en lo relativo al sistema de compras públicas y se dictan otras disposiciones"* y teniendo en cuenta que el valor del proceso de contratación NO es

superior a ciento veinticinco mil dólares de los Estados Unidos de América (US$125.000), podrá limitarse la convocatoria a MIPYMES NACIONALES con domicilio en el Departamento del Putumayo.

ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DE COSTO: Los oferentes deberán incluir los costos reales para la prestación de los servicios, así como los costos Administrativos en los cuales se incurre para la legalización del respectivo contrato, incluida las garantías que respaldan el proceso.

COSTOS DE OPORTUNIDAD: Los posibles costos indirectos en que pueden incurrir los proponentes en desarrollo de la presente contratación, saturación de los mercados, bajas en la moneda, caída de precios por diversos factores y reconocidas por los entes reguladores del mercado, que se puedan presentar dentro la ejecución del proceso que resulte del presente Estudio Previo serán asumidos por el futuro contratista.

VALORACIÓN DE BENEFICIOS: Los beneficios son los correspondientes al bienestar del usuario, acordes totalmente con la tarifa del mercado y el valor designado para la contratación, ya que se podrá contar con un servicio oportuno por parte de esta especialidad y sub-especialidades de la odontología evitando traumatismo en la prestación del servicio y la vulneración de derechos fundamentales a nuestros usuarios.

COSTOS INDIRECTOS: Pólizas, certificaciones, costo de intermediación, gastos administrativos en los que se incurre al desarrollar el proceso de contratación y la ejecución del contrato, la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 considera que los posibles oferentes para el presente proceso.

4. MONEDA A CONTRATAR

La contratación se realizará en pesos colombianos.

5. ANÁLISIS DE PRECIOS

El análisis que soporta el valor estimado del contrato se estima tomando las variables que cita el presente estudio previo teniendo en cuenta las diferentes condiciones del contrato entre ellos, el tiempo, el modo y el lugar de ejecución.

Para realizar el análisis de precios es necesario tener en cuenta los precios referencia de los siguientes aspectos:

- Precios referencia SECOP (otras entidades)
- Precios históricos (anteriores contrataciones: Policía Nacional).
- Precios de catálogo o portales web.
- Precios del mercado (cotizaciones).

5.1. PRECIOS REFERENCIA SECOP (OTRAS ENTIDADES)

Se realizó la consulta en la plataforma del SECOP II www.colombiacompra.gov.co, logrando ubicar un contratos celebrados en diferentes unidades, los cuales no serán tenidos en cuenta para el presente estudio de mercado, toda vez que no son congruentes con las descripciones de los ítems que requiere contratar por parte de esta unidad prestadora.

ENTIDAD CONTRATANTE Y CONTRATISTA	OBJETO	NÚMERO DEL CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NÚMERO DE PROCESO	VALOR
RASES 8 - IPS JAIME GUERRERO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN (ENDODONCIA, CIRUGÍA ORAL, ODONTOPEDIATRÍA), REALIZACIÓN DE	67-7-200102-2022 16/05/2022	PN RASES 8 DESUC MIC 046 2022	$ 70.000.000

CIRUGIA ORAL E IMPLANTOLOGIA	RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS Y OTRAS ESPECIALIDADES DE ATENCIÓN EN CAVIDAD ORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA SUCRE			
RASES 5 - ORTHOMEDIC	PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA Y AYUDAS DIAGNOSTICAS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER	68-7-20203-21 08/11/2021	PN RASES 5 MIC 051 2021	$ 62.130.350
RASES 5 - CITARA ORAL	PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE CONSULTA ODONTOLOGICA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y PROCEDIMIENTOS POR EVENTOS, DIRIGIDOS A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ	65-7-20137-21 02/07/2021	PN RASES 6 DECHO MIC 190 2021	$ 40.000.000

- **Información verificada y aprobada por los funcionarios dueños de la necesidad que firman el presente estudio previo.**

5.2. PRECIOS HISTÓRICOS

ITEM	CUPS	DESCRIPCIÓN	Valor unitario Contrato No 85-7-20218-2019	VALOR HISTORICO PROYECTADO	Valor unitario Contrato No 85-7-20192-21	VALOR HISTORICO PROYECTADO	VALOR HISTORICO PROYECTADO A TOMAR
1	890204	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA Excluye: CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA DESCRITAS EN LAS SUBCATEGORIAS 89.0.2.17 A 89.0.2.24 Y 89.0.2.36	$ 30.513	$ 33.991	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
2	890217	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL	N/A	N/A	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
3	890218	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	N/A	N/A	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
4	890219	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGIA Y CIRUGIA ORAL	N/A	N/A	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
5	890220	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA	N/A	N/A	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
6	890221	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	N/A	N/A	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
7	890222	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	N/A	N/A	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
8	890223	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	N/A	N/A	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
9	890224	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL	N/A	N/A	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
10	890236	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	N/A	N/A	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
11	890304	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA Excluye: CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA DESCRITAS EN LAS SUBCATEGORIAS 89.0.3.17 A 89.0.3.24 Y 89.0.3.36	$ 25.000	$ 27.850	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
12	890317	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL	N/A	N/A	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
13	890318	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	N/A	N/A	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
14	890319	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN ENTOMATOLOGIA Y CIRUGIA ORAL	N/A	N/A	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139

15	890320	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA	N/A	N/A	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
16	890321	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	N/A	N/A	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
17	890322	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	N/A	N/A	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
18	890323	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA ORALY MAXILOFACIAL	N/A	N/A	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
19	890324	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL	N/A	N/A	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
20	890336	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	N/A	N/A	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
21	890404	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA Excluye: INTERCONSULTA POR ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA DESCRITAS EN LAS SUBCATEGORIAS 89.0.4.17 A 89.0.4.24 Y 89.0.4.36	N/A	N/A	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
22	890417	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL	N/A	N/A	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
23	890418	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	N/A	N/A	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
24	890419	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGIA Y CIRUGIA ORAL	N/A	N/A	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
25	890420	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA	N/A	N/A	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
26	890421	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	N/A	N/A	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
27	890422	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	N/A	N/A	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
28	890423	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	N/A	N/A	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
29	890424	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL	N/A	N/A	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
30	890436	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
31	890503	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD Y CASO (PACIENTE)	N/A	N/A	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
32	890704	CONSULTA DE URGENCIA POR ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	$ 30.513	$ 33.991	$ 38.003	$ 40.139	$ 40.139
33	233100	RESTAURACION DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACION METALICA SOD	N/A	N/A	$ 53.400	$ 56.401	$ 56.401
34	233200	RESTAURACION DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACION NO METALICA SOD	N/A	N/A	$ 53.400	$ 56.401	$ 56.401
35	234103	COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN FORMA PLASTICA	$ 35.900	$ 39.992	$ 35.066	$ 37.037	$ 37.037
36	234104	COLOCACION O APLICACIÓN DE CORONA ACRILICA TERMOCURADA	$ 85.000	$ 94.689	$ 35.066	$ 37.037	$ 37.037
37	234201	COLOCACION O INSERCION DE PROTESIS FIJA CADA UNIDAD (PILAR Y PONTICOS)	$ 149.157	$ 166.159	$ 191.884	$ 202.668	$ 202.668
38	234203	PATRON DE NUCLEO	$ 60.876	$ 67.815	$ 78.142	$ 82.534	$ 82.534
39	234301	INSERCION, ADAPTACION Y CONTROL DE PROTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) MUCOSOPORTADA	$ 158.544	$ 176.616	$ 153.347	$ 161.965	$ 161.965
40	234302	INSERCION, ADAPTACION Y CONTROL DE PROTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) DENTOMUCOSOPORTADA	$ 246.879	$ 275.020	$ 153.347	$ 161.965	$ 161.965
41	234303	REPARACION DE PROTESIS REMOVIBLE PARCIAL	$ 100.000	$ 111.399	$ 52.332	$ 55.273	$ 55.273
42	234401	INSERCION, ADAPTACION Y CONTROL DE PROTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL MEDIO CASO SUPERIOR O INFERIOR Incluye: PROTESIS	N/A	N/A	$ 191.884	$ 202.668	$ 202.668
43	234402	INSERCION, ADAPTACION Y CONTROL DE PROTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL SUPERIOR E INFERIOR Incluye: PROTESIS	$ 158.544	$ 176.616	$ 191.884	$ 202.668	$ 202.668
44	236100	IMPLANTE ALOPLASTICO CERAMICO SOD	$ 900.000	$ 1.002.588	$ 3.560.000	$ 3.760.072	$ 3.760.072
45	236200	IMPLANTE ALOPLASTICO METALICO SOD	N/A	N/A	$ 3.560.000	$ 3.760.072	$ 3.760.072
46	236300	IMPLANTE DENTAL ALOPLASTICO (OSEOINTEGRACION) SOD	$ 1.200.000	$ 1.336.784	$ 3.560.000	$ 3.760.072	$ 3.760.072
47	247100	COLOCACION DE APARATOLOGIA FIJA PARA ORTODONCIA (ARCADA) SOD	$ 1.450.000	$ 1.615.281	$ 2.606.098	$ 2.752.561	$ 2.752.561

48	247201	COLOCACION DE APARATOLOGIA REMOVIBLE INTRAORAL PARA ORTODONCIA (ARCADA)	$ 400.000	$ 445.595	$ 445.000	$ 470.009	$ 470.009
49	247202	COLOCACION DE APARATOLOGIA REMOVIBLE EXTRAORAL PARA ORTODONCIA (ARCADA)	$ 400.000	$ 445.595	$ 445.000	$ 470.009	$ 470.009
50	870450	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS	N/A	N/A	$ 9.968	$ 10.528	$ 10.528
51	870451	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	N/A	N/A	$ 9.968	$ 10.528	$ 10.528
52	870452	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	N/A	N/A	$ 9.968	$ 10.528	$ 10.528
53	870453	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	N/A	N/A	$ 9.968	$ 10.528	$ 10.528
54	870454	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	N/A	N/A	$ 9.968	$ 10.528	$ 10.528
55	870455	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	N/A	N/A	$ 9.968	$ 10.528	$ 10.528
56	870456	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO	N/A	N/A	$ 160.200	$ 169.203	$ 169.203
57	870460	RADIOGRAFIAS INTRAORALES CORONALES	N/A	N/A	$ 9.968	$ 10.528	$ 10.528
58	234105	INSERCION O APLICACION DE CORONA	$ 450.000	$ 501.294	$ 191.884	$ 202.668	$ 202.668
59	234101	COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES)	$ 35.900	$ 39.992	$ 35.066	$ 37.037	$ 37.037
60	234102	COLOCACION O APLICACIÓN DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)	N/A	N/A	$ 35.066	$ 37.037	$ 37.037
61	234202	RECONTRUCCION DE MUÑOS	$ 73.000	$ 81.321	$ 52.332	$ 55.273	$ 55.273
62	234204	REPARACION DE PROTESIS FIJA	N/A	N/A	$ 52.332	$ 55.273	$ 55.273
63	237102	PULPOTOMIA	$ 42.718	$ 47.587	$ 178.000	$ 188.004	$ 188.004
64	237101	PULPOTOMIA CON PULPECTOMIA	N/A	N/A	$ 178.000	$ 188.004	$ 188.004
65	237200	APEXIFICACION (INDUCION DE APEXOGENIS) SOD	$ 65.800	$ 73.300	$ 267.000	$ 282.005	$ 282.005
66	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	$ 95.536	$ 106.426	$ 75.739	$ 79.996	$ 79.996
67	237302	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	$ 114.500	$ 127.551	$ 94.874	$ 100.206	$ 100.206
68	237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 119.500	$ 133.121	$ 114.276	$ 120.698	$ 120.698
69	237304	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	N/A	N/A	$ 38.002	$ 40.138	$ 40.138
70	237305	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	N/A	N/A	$ 38.002	$ 40.138	$ 40.138
71	237501	PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN RESORCION RADICULAR (INTERNA Y EXTERNA)	N/A	N/A	$ 26.700	$ 28.201	$ 28.201
72	237502	PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS EN FRACTURAS RADICULARES	N/A	N/A	$ 356.000	$ 376.007	$ 376.007
73	237603	FISTULIZACION ENDODONTICA	N/A	N/A	$ 178.000	$ 188.004	$ 188.004
74	237601	FISTULIZACION ENDODONTICA POR TREPANACION Y DRENAJE	N/A	N/A	$ 178.000	$ 188.004	$ 188.004
75	237602	FISTULIZACION ENDODONTICA POR INCICION	N/A	N/A	$ 178.000	$ 188.004	$ 188.004
76	237703	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR)	$ 148.410	$ 165.327	$ 445.000	$ 470.009	$ 470.009
77	237701	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR) UNICA	$ 117.600	$ 131.005	$ 445.000	$ 470.009	$ 470.009
78	231100	EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR SOD	$ 38.797	$ 43.219	$ 89.000	$ 94.002	$ 94.002
79	231200	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR SOD	$ 78.411	$ 87.349	$ 267.000	$ 282.005	$ 282.005
80	231303	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	$ 111.434	$ 124.136	$ 267.000	$ 282.005	$ 282.005
81	231301	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICION ECTOPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	$ 140.000	$ 155.958	$ 267.000	$ 282.005	$ 282.005
82	231302	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICION ECTOPICA CON ABORDAJE EXTRAORAL	$ 172.000	$ 191.606	$ 267.000	$ 282.005	$ 282.005
83	231400	EXODONCIA MULTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA POR CUADRANTE SOD	N/A	N/A	$ 274.600	$ 290.033	$ 290.033
84	231500	COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTES RETENIDO (VENTANA QUIRURGICA) SOD	$ 96.989	$ 108.044	$ 267.000	$ 282.005	$ 282.005
85	237401	CURETAJE APICAL CON APICECTOMIA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGIA PERIRRADICULAR)	$ 120.000	$ 133.678	$ 35.600	$ 37.601	$ 37.601
86	237902	EXPLORACION MOVILIZACION DE NERVIO DENTARIO INFERIOR	N/A	N/A	$ 89.000	$ 94.002	$ 94.002
87	242103	PLASTIA MUCOGINGIVAL	$ 98.500	$ 109.728	$ 92.209	$ 97.391	$ 97.391
88	242204	AUMENTO REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (SIN MATERIAL)	N/A	N/A	$ 109.470	$ 115.622	$ 115.622
89	242205	AUMENTO REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (CON MATERIAL)	N/A	N/A	$ 218.940	$ 231.244	$ 231.244

90	242300	PLASTIAS PREPROTESICAS (AUMENTO DE CORONA CLINICA) SOD	N/A	N/A	$ 114.810	$ 121.262	$ 121.262
91	243110	RESECCION DE LESION DE ENCIA	$ 78.882	$ 87.873	$ 72.268	$ 76.329	$ 76.329
92	243501	CUÑA DISTAL	N/A	N/A	$ 218.940	$ 231.244	$ 231.244
93	244109	RESECCION DE LESION ODONTOGENICA SOD	$ 156.459	$ 174.293	$ 445.000	$ 470.009	$ 470.009
94	244101	ENUCLEACION DE QUISTE ODONTOGENICO HASTA DE TRES CENTIMETROS DE DIAMETRO	$ 149.611	$ 166.665	$ 445.000	$ 470.009	$ 470.009
95	244102	ENUCLEACION DE QUISTE ODONTOGENICO DE MAS DE TRES CENTIMETROS DE DIAMETRO	$ 149.611	$ 166.665	$ 445.000	$ 470.009	$ 470.009
96	245100	REGULARIZACION DE REBORDES SOD	N/A	N/A	$ 109.470	$ 115.622	$ 115.622
97	247403	FERULIZACION	$ 42.961	$ 47.858	$ 222.500	$ 235.005	$ 235.005
98	249100	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRURGICA SOD	N/A	N/A	$ 89.000	$ 94.002	$ 94.002
99	935500	ALICACION DE ALAMBRE DENTAL SOD	N/A	N/A	$ 89.000	$ 94.002	$ 94.002
100	961200	INSERCION ADAPTACION DE APARATO ORTOPEDICO ORAL SOD	N/A	N/A	$ 445.000	$ 470.009	$ 470.009
101	972200	SUSTITUCION DE TAPON DENTAL SOD	N/A	N/A	$ 178.000	$ 188.004	$ 188.004
102	973300	EXTRACION DE FERULAS DENTALES SOD	$ 195.000	$ 217.227	$ 89.000	$ 94.002	$ 94.002
103	973400	EXTRACION DE APARATOLOGIA ORTODONTICA FIJA SOD	N/A	N/A	$ 89.000	$ 94.002	$ 94.002
104	973500	EXTRANCION DE PROTESIS DENTAL SOD	N/A	N/A	$ 89.000	$ 94.002	$ 94.002
105	237702	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR) MULTIPLE	$ 140.800	$ 156.849	$ 445.000	$ 470.009	$ 470.009
106	237800	HEMISECCION DEL DIENTE SOD	N/A	N/A	$ 445.000	$ 470.009	$ 470.009
107	237901	BLANQUEAMIENTO DE DIENTE (INTRINSECO) POR CAUSAS ENDODONTICAS	$ 70.000	$ 77.979	$ 445.000	$ 470.009	$ 470.009
108	240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	N/A	N/A	$ 267.000	$ 282.005	$ 282.005
109	240300	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD	$ 53.086	$ 59.137	$ 96.209	$ 101.616	$ 101.616
110	240400	DRENAJE DE COLECCION PERIODONTAL (CERRADO CON ALISADO RADICULAR) SOD	N/A	N/A	$ 97.900	$ 103.402	$ 103.402
111	242101	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)	$ 98.500	$ 109.728	$ 445.000	$ 470.009	$ 470.009
112	242102	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE	$ 98.500	$ 109.728	$ 356.000	$ 376.007	$ 376.007
113	242201	CURETAJE A CAMPO ABIERTO	$ 69.131	$ 77.011	$ 114.810	$ 121.262	$ 121.262
114	242202	CIRUGIA A COLGAJO CON RESECCION RADICULAR (AMPUTACION, HEMISECCION)	$ 117.600	$ 131.005	$ 222.500	$ 235.005	$ 235.005
115	242400	REPARACION O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS, MEMBRANAS) SOD	N/A	N/A	$ 445.000	$ 470.009	$ 470.009
116	247300	COLOCACION DE APARATOS DE RETENCION SOD	$ 240.000	$ 267.357	$ 445.000	$ 470.009	$ 470.009
117	248100	CIERRE DE DIASTEMA (ALVEOLAR, DENTAL) SOD	N/A	N/A	$ 26.700	$ 28.201	$ 28.201
118	248200	AJUSTAMIENTO OCLUSAL SOD	N/A	N/A	$ 89.000	$ 94.002	$ 94.002
119	248400	REPARACION DE APARATOLOGIA FIJA O REMOVIBLE SOD	$ 95.000	$ 105.829	$ 89.000	$ 94.002	$ 94.002
120	893101	IMPRESION DE ARCO DENTARIO SUPERIOR O INFERIOR, CON MODELO DE ESTUDIO Y CONCEPTO	$ 22.663	$ 25.246	$ 24.799	$ 26.193	$ 26.193
121	893102	FOTOGRAFIA CLINICA EXTRAORAL, INTRAORAL, FRONTAL O LATERAL	N/A	N/A	$ 22.339	$ 23.594	$ 23.594
122	893103	EVALUACION Y MEDICION ORTODONTICA Y ORTOPEDICA ORAL	N/A	N/A	$ 133.500	$ 141.003	$ 141.003
123	893104	ESTUDIO DE OCLUSION Y ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	N/A	N/A	$ 133.500	$ 141.003	$ 141.003
124	893106	CONTROL DE ORTODONCIA FIJA, REMOVIBLE O TRATAMIENTO ORTOPEDICO FUNCIONAL Y MECANICO Incluye: ADAPTACION DE PLACA NEUROMIORELAJANTE	N/A	N/A	$ 26.433	$ 27.919	$ 27.919
125	893107	ELABORACIÓN Y ADAPTACION DE APARATO ORTOPEDICO	N/A	N/A	$ 53.400	$ 56.401	$ 56.401
126	893108	CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DENTOMAXILOFACIAL	N/A	N/A	$ 26.433	$ 27.919	$ 27.919
127	893109	EXAMEN O RECONOCIMIENTO DE MUCOSA ORAL Y PERIODONTAL	N/A	N/A	$ 42.700	$ 45.100	$ 45.100
128	230103	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES	N/A	N/A	$ 142.400	$ 150.403	$ 150.403
129	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	N/A	N/A	$ 89.000	$ 94.002	$ 94.002
130	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	N/A	N/A	$ 150.000	$ 158.430	$ 158.430
131	230203	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	N/A	N/A	$ 89.000	$ 94.002	$ 94.002
132	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	$ 11.119	$ 12.386	$ 89.000	$ 94.002	$ 94.002
133	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	$ 24.410	$ 27.192	$ 89.000	$ 94.002	$ 94.002

134	241104	BIOPSIA DE ENCÍA	$ 65.502	$ 72.968	$ 267.000	$ 282.005	$ 282.005
135	241101	BIOPSIA INCISIONAL DE ENCÍA	N/A	N/A	$ 267.000	$ 282.005	$ 282.005
136	241102	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA CON CIERRE PRIMARIO	N/A	N/A	$ 267.000	$ 282.005	$ 282.005
137	241103	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA Y RECUBRIMIENTO CON COLGAJO O INJERTO	N/A	N/A	$ 267.000	$ 282.005	$ 282.005
138	241200	BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR SOD	N/A	N/A	$ 267.000	$ 282.005	$ 282.005
139	243105	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCÍA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCION DE ESTRUCTURAS VECINAS U OSEAS	N/A	N/A	$ 267.000	$ 282.005	$ 282.005
140	243203	SUTURA DE LACERACION DE ENCÍA	$ 114.000	$ 126.994	$ 89.000	$ 94.002	$ 94.002
141	243201	SUTURA DE LACERACION DE ENCÍA, MENOR DE TRES CENTIMETROS	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
142	243202	SUTURA DE LACERACION DE ENCÍA, MAYOR DE TRES CENTIMETROS	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
143	247401	FERULIZACION RIGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	$ 74.195	$ 82.652	$ 222.500	$ 235.005	$ 235.005
144	247402	FERULIZACION SEMIRRIGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	$ 100.000	$ 111.399	$ 222.500	$ 235.005	$ 235.005
145	274101	FRENILLECTOMIA LABIAL VIA ABIERTA	$ 83.576	$ 93.103	N/A	N/A	$ 93.103

NOTA: Para determinar el valor histórico se realizó la proyección del IPC 2022 a los contratos celebrados en los años 2019 y 2021, para el año 2020 no se celebró ningún contrato con objeto igual o similar, toda vez que en el año 2019 se realizó sustitución de recursos para la vigencia 2020. Por lo cual se tomará como valor histórico el valor del último contrato año 2021 proyectado con el IPC 2022 en los ítems que aplican.

- **Información verificada y aprobada por los funcionarios dueños de la necesidad que firman el presente estudio previo.**

5.3. PRECIOS DE CATÁLOGO O PORTALES WEB

Una vez verificado los precios de catálogo que se encuentren publicados en la Tienda Virtual del Estado Colombiano https://colombiacompra.gov.co/tienda-virtual-del-estado-colombiano/salud, no se encuentra dentro de algún acuerdo marco.

BIEN O SERVICIO	FECHA	EMPRESA	VALOR
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

- **Información verificada y aprobada por los funcionarios dueños de la necesidad que firman el presente estudio previo.**

5.4. PRECIOS DE MERCADO

ITEM	CODIGO CUPS	DESCRIPCION	COTIZACIÓN No. 1 NOVADEN	COTIZACIÓN No. 2 CLINICA FLOREZ	MENOR VALOR COTIZADO
1	890204	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA Excluye: CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA DESCRITAS EN LAS SUBCATEGORIAS 89.0.2.17 A 89.0.2.24 Y 89.0.2.36	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
2	890217	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
3	890218	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
4	890219	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGIA Y CIRUGIA ORAL	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
5	890220	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
6	890221	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000

7	890222	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
8	890223	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
9	890224	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
10	890236	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
11	890304	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA Excluye: CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA DESCRITAS EN LAS SUBCATEGORIAS 89.0.3.17 A 89.0.3.24 Y 89.0.3.36	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
12	890317	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
13	890318	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
14	890319	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN ENTOMATOLOGIA Y CIRUGIA ORAL	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
15	890320	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
16	890321	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
17	890322	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
18	890323	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA ORALY MAXILOFACIAL	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
19	890324	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
20	890336	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
21	890404	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA Excluye: INTERCONSULTA POR ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA DESCRITAS EN LAS SUBCATEGORIAS 89.0.4.17 A 89.0.4.24 Y 89.0.4.36	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
22	890417	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
23	890418	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
24	890419	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGIA Y CIRUGIA ORAL	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
25	890420	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
26	890421	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
27	890422	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
28	890423	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
29	890424	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
30	890436	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
31	890503	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD Y CASO (PACIENTE)	$ 100.000	$ 90.000	$ 90.000
32	890704	CONSULTA DE URGENCIA POR ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	$ 61.100	$ 60.000	$ 60.000
33	233100	RESTAURACION DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACION METALICA SOD	$ 600.000	$ 590.000	$ 590.000
34	233200	RESTAURACION DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACION NO METALICA SOD	$ 500.000	$ 490.000	$ 490.000

35	234103	COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN FORMA PLASTICA	$ 150.000	$ 149.000	$ 149.000
36	234104	COLOCACION O APLICACIÓN DE CORONA ACRILICA TERMOCURADA	$ 130.000	$ 129.000	$ 129.000
37	234201	COLOCACION O INSERCION DE PROTESIS FIJA CADA UNIDAD (PILAR Y PONTICOS)	$ 800.000	$ 799.000	$ 799.000
38	234203	PATRON DE NUCLEO	$ 600.000	$ 599.000	$ 599.000
39	234301	INSERCION, ADAPTACION Y CONTROL DE PROTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) MUCOSOPORTADA	$ 700.000	$ 699.000	$ 699.000
40	234302	INSERCION, ADAPTACION Y CONTROL DE PROTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) DENTOMUCOSOPORTADA	$ 700.000	$ 699.000	$ 699.000
41	234303	REPARACION DE PROTESIS REMOVIBLE PARCIAL	$ 200.000	$ 199.000	$ 199.000
42	234401	INSERCION, ADAPTACION Y CONTROL DE PROTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL MEDIO CASO SUPERIOR O INFERIOR Incluye: PROTESIS	$ 900.000	$ 899.000	$ 899.000
43	234402	INSERCION, ADAPTACION Y CONTROL DE PROTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL SUPERIOR E INFERIOR Incluye: PROTESIS	$ 1.800.000	$ 1.799.000	$ 1.799.000
44	236100	IMPLANTE ALOPLASTICO CERAMICO SOD	$ 3.500.000	$ 3.560.000	$ 3.500.000
45	236200	IMPLANTE ALOPLASTICO METALICO SOD	$ 3.500.000	$ 3.560.000	$ 3.500.000
46	236300	IMPLANTE DENTAL ALOPLASTICO (OSEOINTEGRACION) SOD	$ 3.500.000	$ 3.560.000	$ 3.500.000
47	247100	COLOCACION DE APARATOLOGIA FIJA PARA ORTODONCIA (ARCADA) SOD	$ 4.190.000	$ 4.180.000	$ 4.180.000
48	247201	COLOCACION DE APARATOLOGIA REMOVIBLE INTRAORAL PARA ORTODONCIA (ARCADA)	$ 4.190.000	$ 4.180.000	$ 4.180.000
49	247202	COLOCACION DE APARATOLOGIA REMOVIBLE EXTRAORAL PARA ORTODONCIA (ARCADA)	$ 4.190.000	$ 4.180.000	$ 4.180.000
50	870450	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS	$ 16.000	$ 15.000	$ 15.000
51	870451	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	$ 16.000	$ 15.000	$ 15.000
52	870452	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	$ 16.000	$ 15.000	$ 15.000
53	870453	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	$ 16.000	$ 15.000	$ 15.000
54	870454	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	$ 16.000	$ 15.000	$ 15.000
55	870455	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	$ 16.000	$ 15.000	$ 15.000
56	870456	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO	$ 300.000	$ 299.000	$ 299.000
57	870460	RADIOGRAFIAS INTRAORALES CORONALES	$ 50.000	$ 49.000	$ 49.000
58	234105	INSERCION O APLICACION DE CORONA	$ 400.000	$ 399.000	$ 399.000
59	234101	COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES)	$ 200.000	$ 199.000	$ 199.000
60	234102	COLOCACION O APLICACIÓN DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)	$ 200.000	$ 199.000	$ 199.000
61	234202	RECONTRUCCION DE MUÑOS	$ 150.000	$ 149.000	$ 149.000
62	234204	REPARACION DE PROTESIS FIJA	$ 200.000	$ 199.000	$ 199.000
63	237102	PULPOTOMIA	$ 100.000	$ 99.000	$ 99.000
64	237101	PULPOTOMIA CON PULPECTOMIA	$ 120.000	$ 110.000	$ 110.000
65	237200	APEXIFICACION (INDUCION DE APEXOGENIS) SOD	$ 600.000	$ 599.000	$ 599.000
66	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	$ 150.000	$ 149.000	$ 149.000
67	237302	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	$ 305.000	$ 300.000	$ 300.000
68	237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 555.000	$ 550.000	$ 550.000

69	237304	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	$ 80.000	$ 79.000	$ 79.000
70	237305	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	$ 100.000	$ 99.000	$ 99.000
71	237501	PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN RESORCION RADICULAR (INTERNA Y EXTERNA)	$ 600.000	$ 599.000	$ 599.000
72	237502	PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS EN FRACTURAS RADICULARES	$ 700.000	$ 699.000	$ 699.000
73	237603	FISTULIZACION ENDODONTICA	$ 400.000	$ 399.000	$ 399.000
74	237601	FISTULIZACION ENDODONTICA POR TREPANACION Y DRENAJE	$ 400.000	$ 399.000	$ 399.000
75	237602	FISTULIZACION ENDODONTICA POR INCICION	$ 400.000	$ 399.000	$ 399.000
76	237703	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR)	$ 600.000	$ 599.000	$ 599.000
77	237701	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR) UNICA	$ 600.000	$ 599.000	$ 599.000
78	231100	EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR SOD	$ 220.000	$ 210.000	$ 210.000
79	231200	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR SOD	$ 330.000	$ 320.000	$ 320.000
80	231303	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	$ 350.000	$ 340.000	$ 340.000
81	231301	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICION ECTOPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	$ 400.000	$ 399.000	$ 399.000
82	231302	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICION ECTOPICA CON ABORDAJE EXTRAORAL	$ 400.000	$ 399.000	$ 399.000
83	231400	EXODONCIA MULTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA POR CUADRANTE SOD	$ 500.000	$ 499.000	$ 499.000
84	231500	COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTES RETENIDO (VENTANA QUIRURGICA) SOD	$ 350.000	$ 340.000	$ 340.000
85	237401	CURETAJE APICAL CON APICECTOMIA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGIA PERIRRADICULAR)	$ 600.000	$ 599.000	$ 599.000
86	237902	EXPLORACION MOVILIZACION DE NERVIO DENTARIO INFERIOR	$ 1.500.000	$ 1.499.000	$ 1.499.000
87	242103	PLASTIA MUCOGINGIVAL	$ 400.000	$ 499.000	$ 400.000
88	242204	AUMENTO REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (SIN MATERIAL)	$ 500.000	$ 599.000	$ 500.000
89	242205	AUMENTO REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (CON MATERIAL)	$ 700.000	$ 699.000	$ 699.000
90	242300	PLASTIAS PREPROTESICAS (AUMENTO DE CORONA CLINICA) SOD	$ 300.000	$ 299.000	$ 299.000
91	243110	RESECCION DE LESION DE ENCIA	$ 200.000	$ 199.000	$ 199.000
92	243501	CUÑA DISTAL	$ 280.000	$ 279.000	$ 279.000
93	244109	RESECCION DE LESION ODONTOGENICA SOD	$ 600.000	$ 599.000	$ 599.000
94	244101	ENUCLEACION DE QUISTE ODONTOGENICO HASTA DE TRES CENTIMETROS DE DIAMETRO	$ 700.000	$ 699.000	$ 699.000
95	244102	ENUCLEACION DE QUISTE ODONTOGENICO DE MAS DE TRES CENTIMETROS DE DIAMETRO	$ 900.000	$ 899.000	$ 899.000
96	245100	REGULARIZACION DE REBORDES SOD	$ 500.000	$ 499.000	$ 499.000
97	247403	FERULIZACION	$ 300.000	$ 299.000	$ 299.000
98	249100	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRURGICA SOD	$ 150.000	$ 149.000	$ 149.000
99	935500	ALICACION DE ALAMBRE DENTAL SOD	$ 600.000	$ 599.000	$ 599.000
100	961200	INSERCION ADAPTACION DE APARATO ORTOPEDICO ORAL SOD	$ 590.000	$ 580.000	$ 580.000
101	972200	SUSTITUCION DE TAPON DENTAL SOD	$ 400.000	$ 390.000	$ 390.000
102	973300	EXTRACION DE FERULAS DENTALES SOD	$ 150.000	$ 149.000	$ 149.000
103	973400	EXTRACION DE APARATOLOGIA ORTODONTICA FIJA SOD	$ 150.000	$ 149.000	$ 149.000
104	973500	EXTRANCION DE PROTESIS DENTAL SOD	$ 150.000	$ 149.000	$ 149.000
105	237702	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR) MULTIPLE	$ 800.000	$ 799.000	$ 799.000
106	237800	HEMISECCION DEL DIENTE SOD	$ 600.000	$ 599.000	$ 599.000
107	237901	BLANQUEAMIENTO DE DIENTE (INTRINSECO) POR CAUSAS ENDODONTICAS	$ 500.000	$ 490.000	$ 490.000

108	240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	$ 600.000	$ 590.000	$ 590.000
109	240300	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD	$ 800.000	$ 790.000	$ 790.000
110	240400	DRENAJE DE COLECCION PERIODONTAL (CERRADO CON ALISADO RADICULAR) SOD	$ 600.000	$ 590.000	$ 590.000
111	242101	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)	$ 350.000	$ 340.000	$ 340.000
112	242102	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE	$ 350.000	$ 340.000	$ 340.000
113	242201	CURETAJE A CAMPO ABIERTO	$ 900.000	$ 890.000	$ 890.000
114	242202	CIRUGIA A COLGAJO CON RESECCION RADICULAR (AMPUTACION, HEMISECCION)	$ 400.000	$ 390.000	$ 390.000
115	242400	REPARACION O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS, MEMBRANAS) SOD	$ 600.000	$ 590.000	$ 590.000
116	247300	COLOCACION DE APARATOS DE RETENCION SOD	$ 500.000	$ 490.000	$ 490.000
117	248100	CIERRE DE DIASTEMA (ALVEOLAR, DENTAL) SOD	$ 400.000	$ 390.000	$ 390.000
118	248200	AJUSTAMIENTO OCLUSAL SOD	$ 150.000	$ 149.000	$ 149.000
119	248400	REPARACION DE APARATOLOGIA FIJA O REMOVIBLE SOD	$ 200.000	$ 199.000	$ 199.000
120	893101	IMPRESION DE ARCO DENTARIO SUPERIOR O INFERIOR, CON MODELO DE ESTUDIO Y CONCEPTO	$ 100.000	$ 99.000	$ 99.000
121	893102	FOTOGRAFIA CLINICA EXTRAORAL, INTRAORAL, FRONTAL O LATERAL	$ 100.000	$ 99.000	$ 99.000
122	893103	EVALUACION Y MEDICION ORTODONTICA Y ORTOPEDICA ORAL	$ 100.000	$ 99.000	$ 99.000
123	893104	ESTUDIO DE OCLUSION Y ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	$ 120.000	$ 110.000	$ 110.000
124	893106	CONTROL DE ORTODONCIA FIJA, REMOVIBLE O TRATAMIENTO ORTOPEDICO FUNCIONAL Y MECANICO Incluye: ADAPTACION DE PLACA NEUROMIORELAJANTE	$ 120.000	$ 110.000	$ 110.000
125	893107	ELABORACIÓN Y ADAPTACION DE APARATO ORTOPEDICO	$ 700.000	$ 699.000	$ 699.000
126	893108	CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DENTOMAXILOFACIAL	$ 120.000	$ 110.000	$ 110.000
127	893109	EXAMEN O RECONOCIMIENTO DE MUCOSA ORAL Y PERIODONTAL	$ 150.000	$ 149.000	$ 149.000
128	230103	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES	$ 150.000	$ 149.000	$ 149.000
129	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	$ 100.000	$ 99.000	$ 99.000
130	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	$ 200.000	$ 110.000	$ 110.000
131	230203	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	$ 100.000	$ 110.000	$ 100.000
132	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	$ 80.000	$ 79.000	$ 79.000
133	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	$ 100.000	$ 99.000	$ 99.000
134	241104	BIOPSIA DE ENCÍA	$ 500.000	$ 499.000	$ 499.000
135	241101	BIOPSIA INCISIONAL DE ENCÍA	$ 500.000	$ 499.000	$ 499.000
136	241102	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA CON CIERRE PRIMARIO	$ 500.000	$ 499.000	$ 499.000
137	241103	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA Y RECUBRIMIENTO CON COLGAJO O INJERTO	$ 500.000	$ 499.000	$ 499.000
138	241200	BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR SOD	$ 500.000	$ 499.000	$ 499.000
139	243105	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCÍA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCION DE ESTRUCTURAS VECINAS U OSEAS	$ 400.000	$ 399.000	$ 399.000
140	243203	SUTURA DE LACERACION DE ENCÍA	$ 300.000	$ 299.000	$ 299.000
141	243201	SUTURA DE LACERACION DE ENCÍA, MENOR DE TRES CENTIMETROS	$ 300.000	$ 299.000	$ 299.000
142	243202	SUTURA DE LACERACION DE ENCÍA, MAYOR DE TRES CENTIMETROS	$ 300.000	$ 299.000	$ 299.000
143	247401	FERULIZACION RIGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	$ 300.000	$ 299.000	$ 299.000
144	247402	FERULIZACION SEMIRRIGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	$ 300.000	$ 299.000	$ 299.000
145	274101	FRENILLECTOMIA LABIAL VIA ABIERTA	$ 400.000	$ 399.000	$ 399.000
		TOTAL	**$66.460.100**	**$66.366.000**	**$65.978.000**

Nota: las cotizaciones relacionadas en el análisis de mercado se obtuvieron a través de una invitación a cotizar publicada en el SECOP II bajo el SIP No. **129 RASES 2 2022** de fecha 28/09/2022, del cual se tomó el menor valor cotizado por ítem.

- **Información verificada y aprobada por los funcionarios dueños de la necesidad que firman el presente estudio previo.**

5.5 ANÁLISIS DEL VALOR ESTIMADO

ÍTEM	CODIGO CUPS	DESCRIPCIÓN	PRECIO SECOP	PRECIOS DE CATÁLOGO	PRECIOS HISTÓRICOS PROYECTADOS	PRECIOS DE MERCADO	VALOR ESTIMADO
1	890204	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA Excluye: CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA DESCRITAS EN LAS SUBCATEGORIAS 89.0.2.17 A 89.0.2.24 Y 89.0.2.36	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$50.070
2	890217	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$50.070
3	890218	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$50.070
4	890219	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGIA Y CIRUGIA ORAL	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$50.070
5	890220	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$50.070
6	890221	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$50.070
7	890222	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$50.070
8	890223	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$50.070
9	890224	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$50.070
10	890236	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$50.070
11	890304	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA Excluye: CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA DESCRITAS EN LAS SUBCATEGORIAS 89.0.3.17 A 89.0.3.24 Y 89.0.3.36	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$50.070
12	890317	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$50.070
13	890318	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$50.070
14	890319	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN ENTOMATOLOGIA Y CIRUGIA ORAL	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$50.070
15	890320	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$50.070
16	890321	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$50.070
17	890322	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$50.070
18	890323	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA ORALY MAXILOFACIAL	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$50.070
19	890324	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$50.070
20	890336	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$50.070
21	890404	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA Excluye: INTERCONSULTA POR	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$50.070

		ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA DESCRITAS EN LAS SUBCATEGORIAS 89.0.4.17 A 89.0.4.24 Y 89.0.4.36					
22	890417	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$50.070
23	890418	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$50.070
24	890419	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGIA Y CIRUGIA ORAL	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$50.070
25	890420	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$50.070
26	890421	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$50.070
27	890422	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$50.070
28	890423	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$50.070
29	890424	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$50.070
30	890436	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	N/A	N/A	N/A	$60.000	$60.000
31	890503	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD Y CASO (PACIENTE)	N/A	N/A	$40.139	$90.000	$65.070
32	890704	CONSULTA DE URGENCIA POR ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	N/A	N/A	$40.139	$60.000	$40.139
33	233100	RESTAURACION DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACION METALICA SOD	N/A	N/A	$56.401	$590.000	$323.201
34	233200	RESTAURACION DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACION NO METALICA SOD	N/A	N/A	$56.401	$490.000	$273.201
35	234103	COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN FORMA PLASTICA	N/A	N/A	$37.037	$149.000	$93.019
36	234104	COLOCACION O APLICACIÓN DE CORONA ACRILICA TERMOCURADA	N/A	N/A	$37.037	$129.000	$83.019
37	234201	COLOCACION O INSERCION DE PROTESIS FIJA CADA UNIDAD (PILAR Y PONTICOS)	N/A	N/A	$202.668	$799.000	$500.834
38	234203	PATRON DE NUCLEO	N/A	N/A	$82.534	$599.000	$340.767
39	234301	INSERCION, ADAPTACION Y CONTROL DE PROTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) MUCOSOPORTADA	N/A	N/A	$161.965	$699.000	$430.483
40	234302	INSERCION, ADAPTACION Y CONTROL DE PROTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) DENTOMUCOSOPORTADA	N/A	N/A	$161.965	$699.000	$430.483
41	234303	REPARACION DE PROTESIS REMOVIBLE PARCIAL	N/A	N/A	$55.273	$199.000	$127.137
42	234401	INSERCION, ADAPTACION Y CONTROL DE PROTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL MEDIO CASO SUPERIOR O INFERIOR Incluye: PROTESIS	N/A	N/A	$202.668	$899.000	$550.834
43	234402	INSERCION, ADAPTACION Y CONTROL DE PROTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL SUPERIOR E INFERIOR Incluye: PROTESIS	N/A	N/A	$202.668	$1.799.000	$1.000.834
44	236100	IMPLANTE ALOPLASTICO CERAMICO SOD	N/A	N/A	$3.760.072	$3.500.000	$3.500.000
45	236200	IMPLANTE ALOPLASTICO METALICO SOD	N/A	N/A	$3.760.072	$3.500.000	$3.500.000
46	236300	IMPLANTE DENTAL ALOPLASTICO (OSEOINTEGRACION) SOD	N/A	N/A	$3.760.072	$3.500.000	$3.500.000
47	247100	COLOCACION DE APARATOLOGIA FIJA PARA ORTODONCIA (ARCADA) SOD	N/A	N/A	$2.752.561	$4.180.000	$3.466.281
48	247201	COLOCACION DE APARATOLOGIA REMOVIBLE INTRAORAL PARA ORTODONCIA (ARCADA)	N/A	N/A	$470.009	$4.180.000	$2.325.005
49	247202	COLOCACION DE APARATOLOGIA REMOVIBLE EXTRAORAL PARA ORTODONCIA (ARCADA)	N/A	N/A	$470.009	$4.180.000	$2.325.005
50	870450	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS	N/A	N/A	$10.528	$15.000	$12.764
51	870451	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	N/A	N/A	$10.528	$15.000	$12.764
52	870452	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	N/A	N/A	$10.528	$15.000	$12.764
53	870453	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	N/A	N/A	$10.528	$15.000	$12.764
54	870454	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	N/A	N/A	$10.528	$15.000	$12.764

55	870455	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	N/A	N/A	$10.528	$15.000	$12.764
56	870456	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO	N/A	N/A	$169.203	$299.000	$234.102
57	870460	RADIOGRAFIAS INTRAORALES CORONALES	N/A	N/A	$10.528	$49.000	$29.764
58	234105	INSERCION O APLICACION DE CORONA	N/A	N/A	$202.668	$399.000	$300.834
59	234101	COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES)	N/A	N/A	$37.037	$199.000	$118.019
60	234102	COLOCACION O APLICACIÓN DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)	N/A	N/A	$37.037	$199.000	$118.019
61	234202	RECONTRUCCION DE MUÑOS	N/A	N/A	$55.273	$149.000	$102.137
62	234204	REPARACION DE PROTESIS FIJA	N/A	N/A	$55.273	$199.000	$127.137
63	237102	PULPOTOMIA	N/A	N/A	$188.004	$99.000	$99.000
64	237101	PULPOTOMIA CON PULPECTOMIA	N/A	N/A	$188.004	$110.000	$110.000
65	237200	APEXIFICACION (INDUCION DE APEXOGENIS) SOD	N/A	N/A	$282.005	$599.000	$440.503
66	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	N/A	N/A	$79.996	$149.000	$114.498
67	237302	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	N/A	N/A	$100.206	$300.000	$200.103
68	237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	N/A	N/A	$120.698	$550.000	$335.349
69	237304	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	N/A	N/A	$40.138	$79.000	$59.569
70	237305	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	N/A	N/A	$40.138	$99.000	$69.569
71	237501	PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN RESORCION RADICULAR (INTERNA Y EXTERNA)	N/A	N/A	$28.201	$599.000	$313.601
72	237502	PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS EN FRACTURAS RADICULARES	N/A	N/A	$376.007	$699.000	$537.504
73	237603	FISTULIZACION ENDODONTICA	N/A	N/A	$188.004	$399.000	$293.502
74	237601	FISTULIZACION ENDODONTICA POR TREPANACION Y DRENAJE	N/A	N/A	$188.004	$399.000	$293.502
75	237602	FISTULIZACION ENDODONTICA POR INCICION	N/A	N/A	$188.004	$399.000	$293.502
76	237703	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR)	N/A	N/A	$470.009	$599.000	$534.505
77	237701	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR) UNICA	N/A	N/A	$470.009	$599.000	$534.505
78	231100	EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR SOD	N/A	N/A	$94.002	$210.000	$152.001
79	231200	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR SOD	N/A	N/A	$282.005	$320.000	$301.003
80	231303	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	N/A	N/A	$282.005	$340.000	$311.003
81	231301	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICION ECTOPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	N/A	N/A	$282.005	$399.000	$340.503
82	231302	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICION ECTOPICA CON ABORDAJE EXTRAORAL	N/A	N/A	$282.005	$399.000	$340.503
83	231400	EXODONCIA MULTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA POR CUADRANTE SOD	N/A	N/A	$290.033	$499.000	$394.517
84	231500	COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTES RETENIDO (VENTANA QUIRURGICA) SOD	N/A	N/A	$282.005	$340.000	$311.003
85	237401	CURETAJE APICAL CON APICECTOMIA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGIA PERIRRADICULAR)	N/A	N/A	$37.601	$599.000	$318.301
86	237902	EXPLORACION MOVILIZACION DE NERVIO DENTARIO INFERIOR	N/A	N/A	$94.002	$1.499.000	$796.501
87	242103	PLASTIA MUCOGINGIVAL	N/A	N/A	$97.391	$400.000	$248.696
88	242204	AUMENTO REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (SIN MATERIAL)	N/A	N/A	$115.622	$500.000	$307.811
89	242205	AUMENTO REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (CON MATERIAL)	N/A	N/A	$231.244	$699.000	$465.122
90	242300	PLASTIAS PREPROTESICAS (AUMENTO DE CORONA CLINICA) SOD	N/A	N/A	$121.262	$299.000	$210.131
91	243110	RESECCION DE LESION DE ENCIA	N/A	N/A	$76.329	$199.000	$137.665
92	243501	CUÑA DISTAL	N/A	N/A	$231.244	$279.000	$255.122
93	244109	RESECCION DE LESION ODONTOGENICA SOD	N/A	N/A	$470.009	$599.000	$534.505
94	244101	ENUCLEACION DE QUISTE ODONTOGENICO HASTA DE TRES CENTIMETROS DE DIAMETRO	N/A	N/A	$470.009	$699.000	$584.505
95	244102	ENUCLEACION DE QUISTE ODONTOGENICO DE MAS DE TRES CENTIMETROS DE DIAMETRO	N/A	N/A	$470.009	$899.000	$684.505
96	245100	REGULARIZACION DE REBORDES SOD	N/A	N/A	$115.622	$499.000	$307.311

97	247403	FERULIZACION	N/A	N/A	$235.005	$299.000	$267.003
98	249100	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRURGICA SOD	N/A	N/A	$94.002	$149.000	$121.501
99	935500	ALICACION DE ALAMBRE DENTAL SOD	N/A	N/A	$94.002	$599.000	$346.501
100	961200	INSERCION ADAPTACION DE APARATO ORTOPEDICO ORAL SOD	N/A	N/A	$470.009	$580.000	$525.005
101	972200	SUSTITUCION DE TAPON DENTAL SOD	N/A	N/A	$188.004	$390.000	$289.002
102	973300	EXTRACION DE FERULAS DENTALES SOD	N/A	N/A	$94.002	$149.000	$121.501
103	973400	EXTRACION DE APARATOLOGIA ORTODONTICA FIJA SOD	N/A	N/A	$94.002	$149.000	$121.501
104	973500	EXTRANCION DE PROTESIS DENTAL SOD	N/A	N/A	$94.002	$149.000	$121.501
105	237702	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR) MULTIPLE	N/A	N/A	$470.009	$799.000	$634.505
106	237800	HEMISECCION DEL DIENTE SOD	N/A	N/A	$470.009	$599.000	$534.505
107	237901	BLANQUEAMIENTO DE DIENTE (INTRINSECO) POR CAUSAS ENDODONTICAS	N/A	N/A	$470.009	$490.000	$480.005
108	240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	N/A	N/A	$282.005	$590.000	$436.003
109	240300	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD	N/A	N/A	$101.616	$790.000	$445.808
110	240400	DRENAJE DE COLECCION PERIODONTAL (CERRADO CON ALISADO RADICULAR) SOD	N/A	N/A	$103.402	$590.000	$346.701
111	242101	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)	N/A	N/A	$470.009	$340.000	$405.005
112	242102	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE	N/A	N/A	$376.007	$340.000	$358.004
113	242201	CURETAJE A CAMPO ABIERTO	N/A	N/A	$121.262	$890.000	$505.631
114	242202	CIRUGIA A COLGAJO CON RESECCION RADICULAR (AMPUTACION, HEMISECCION)	N/A	N/A	$235.005	$390.000	$312.503
115	242400	REPARACION O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS, MEMBRANAS) SOD	N/A	N/A	$470.009	$590.000	$530.005
116	247300	COLOCACION DE APARATOS DE RETENCION SOD	N/A	N/A	$470.009	$490.000	$480.005
117	248100	CIERRE DE DIASTEMA (ALVEOLAR, DENTAL) SOD	N/A	N/A	$28.201	$390.000	$209.101
118	248200	AJUSTAMIENTO OCLUSAL SOD	N/A	N/A	$94.002	$149.000	$121.501
119	248400	REPARACION DE APARATOLOGIA FIJA O REMOVIBLE SOD	N/A	N/A	$94.002	$199.000	$146.501
120	893101	IMPRESION DE ARCO DENTARIO SUPERIOR O INFERIOR, CON MODELO DE ESTUDIO Y CONCEPTO	N/A	N/A	$26.193	$99.000	$62.597
121	893102	FOTOGRAFIA CLINICA EXTRAORAL, INTRAORAL, FRONTAL O LATERAL	N/A	N/A	$23.594	$99.000	$61.297
122	893103	EVALUACION Y MEDICION ORTODONTICA Y ORTOPEDICA ORAL	N/A	N/A	$141.003	$99.000	$99.000
123	893104	ESTUDIO DE OCLUSION Y ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	N/A	N/A	$141.003	$110.000	$110.000
124	893106	CONTROL DE ORTODONCIA FIJA, REMOVIBLE O TRATAMIENTO ORTOPEDICO FUNCIONAL Y MECANICO Incluye: ADAPTACION DE PLACA NEUROMIORELAJANTE	N/A	N/A	$27.919	$110.000	$68.960
125	893107	ELABORACIÓN Y ADAPTACION DE APARATO ORTOPEDICO	N/A	N/A	$56.401	$699.000	$377.701
126	893108	CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DENTOMAXILOFACIAL	N/A	N/A	$27.919	$110.000	$68.960
127	893109	EXAMEN O RECONOCIMIENTO DE MUCOSA ORAL Y PERIODONTAL	N/A	N/A	$45.100	$149.000	$97.050
128	230103	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES	N/A	N/A	$150.403	$149.000	$149.000
129	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	N/A	N/A	$94.002	$99.000	$96.501
130	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	N/A	N/A	$158.430	$110.000	$110.000
131	230203	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	N/A	N/A	$94.002	$100.000	$97.001
132	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	N/A	N/A	$94.002	$79.000	$86.501
133	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	N/A	N/A	$94.002	$99.000	$96.501
134	241104	BIOPSIA DE ENCÍA	N/A	N/A	$282.005	$499.000	$390.503
135	241101	BIOPSIA INCISIONAL DE ENCÍA	N/A	N/A	$282.005	$499.000	$390.503
136	241102	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA CON CIERRE PRIMARIO	N/A	N/A	$282.005	$499.000	$390.503
137	241103	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA Y RECUBRIMIENTO CON COLGAJO O INJERTO	N/A	N/A	$282.005	$499.000	$390.505
138	241200	BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR SOD	N/A	N/A	$282.005	$499.000	$390.503
139	243105	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCÍA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCION DE ESTRUCTURAS VECINAS U OSEAS	N/A	N/A	$282.005	$399.000	$340.503

140	243203	SUTURA DE LACERACION DE ENCÍA	N/A	N/A	$94.002	$299.000	$196.501
141	243201	SUTURA DE LACERACION DE ENCÍA, MENOR DE TRES CENTIMETROS	N/A	N/A	N/A	$299.000	$299.000
142	243202	SUTURA DE LACERACION DE ENCÍA, MAYOR DE TRES CENTIMETROS	N/A	N/A	N/A	$299.000	$299.000
143	247401	FERULIZACION RIGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	N/A	N/A	$235.005	$299.000	$267.003
144	247402	FERULIZACION SEMIRRIGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	N/A	N/A	$235.005	$299.000	$267.003
145	274101	FRENILLECTOMIA LABIAL VIA ABIERTA	N/A	N/A	$93.103	$399.000	$246.052
VALOR TOTAL			**N/A**	**N/A**	**$34.517.441**	**$65.978.000**	**$50.031.804**

NOTA: Para determinar el valor estimado se realizó un promedio entre el valor histórico y el menor valor cotizado para algunos con la finalidad de guardar un equilibrio entre los precios actuales del mercado, para los demás ítems se tomó como referencia los menores valores cotizados los cuales son más beneficiosos para nuestra institución.

- **Información verificada y aprobada por los funcionarios dueños de la necesidad que firman el presente estudio previo.**

5.6 VALOR ESTIMADO DE LA CONTRATACIÓN

ÍTEM Y/O LOTE	RUBRO Y DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL	RECURSO	UNIDAD DE DESTINO	DESCRIPCIÓN	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
N/A	02-02-02-009-03-01	16	RASES No. 2	PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA Y SUS DIFERENTES ESPECIALIDADES DE PERIODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA, CIRUGÍA ORAL, MAXILOFACIAL, ENDODONCIA, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE DERIVEN DE ELLAS, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA PUTUMAYO DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 2.	1	VIGENCIA 2022 $ 12.000.000	VIGENCIA 2022 $ 12.000.000
						VIGENCIA 2023 $ 6.000.000	VIGENCIA 2023 $ 6.000.000
						VALOR TOTAL ESTIMADO	**$ 18.000.000**

Capitán **JULIO DAVID VILLADIEGO MARTELO**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Putumayo

Patrullero **YUNIS CAROLINA LOPEZ MELO**
Responsable Estudios Previos UPRES DEPUY

Documentos Anexos al Estudio Previo:

Los documentos seleccionados en la siguiente lista, aplican para el proceso de Mínima Cuantía cuyo objeto es ***PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA Y SUS DIFERENTES ESPECIALIDADES DE PERIODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA, CIRUGÍA ORAL, MAXILOFACIAL, ENDODONCIA, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE DERIVEN DE ELLAS, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA PUTUMAYO DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 2.***

Aplica	**Anexos**
✓	Certificación de la necesidad
✓	Especificaciones técnicas mínimas
☐	Constancia de idoneidad y experiencia (aplica para prestación de servicios profesionales)
✓	Estimación, tipificación, asignación de riesgos y determinación de garantías
✓	Análisis del riesgo y forma de mitigarlo.
☐	Ficha técnica
✓	Obligaciones de la policía nacional
✓	Obligaciones del contratista

Aplica	**Formularios adjuntos al estudio previo**
☐	Factores de verificación y ponderación.
☐	Apoyo a la industria nacional
☐	Indicación de trato nacional
☐	Experiencia del proponente
☐	Certificación de contratos para acreditación de experiencia proponente extranjero sin sucursal o domicilio en Colombia
☐	Clasificación proponente extranjero
✓	Acuerdo de confidencialidad (obligatorio)
✓	Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (obligatorio)
✓	Compromiso anticorrupción (obligatorio)
☐	Capacidad financiera
☐	Certificación de compromiso del fabricante y/o oferente
☐	Certificación de la capacidad técnica
✓	Personal, experiencia y tiempos de dedicación mínimos
☐	Carta de compromiso postventa

Otros documentos adjuntos al Estudio Previo

Certificación plan de adquisiciones gastos de funcionamiento
Cotizaciones

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
CERTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD (APLICA: COMPRAVENTA. SUMINISTRO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS)	

En mí calidad de Jefe de la Unidad Prestadora de Salud Putumayo, manifiesto con la suscripción de esta CERTIFICACION toda vez que una vez consultado el Inventario de Bienes del almacén y la planta del personal de UPRES PUTUMAYO (no existe la forma de suplir la demanda que se solicita por medio de este proceso) y no se cuenta con un contrato vigente. Por tal razón la única forma de resolver la necesidad, es mediante la contratación de **PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA Y SUS DIFERENTES ESPECIALIDADES DE PERIODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA, CIRUGÍA ORAL, MAXILOFACIAL, ENDODONCIA, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE DERIVEN DE ELLAS, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA PUTUMAYO DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 2.** con la red externa.

Capitán **JULIO DAVID VILLADIEGO MARTELO**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Putumayo

ITEM	CUPS	Descripción	CUMPLE	NO CUMPLE
1	890204	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA Excluye: CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA DESCRITAS EN LAS SUBCATEGORIAS 89.0.2.17 A 89.0.2.24 Y 89.0.2.36		
2	890217	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL		
3	890218	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA		
4	890219	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGIA Y CIRUGIA ORAL		
5	890220	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA		
6	890221	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA		
7	890222	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA		
8	890223	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA ORAL Y MAXILOFACIAL		
9	890224	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL		
10	890236	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL		
11	890304	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA Excluye: CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA DESCRITAS EN LAS SUBCATEGORIAS 89.0.3.17 A 89.0.3.24 Y 89.0.3.36		
12	890317	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL		
13	890318	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN ENDODONCIA		
14	890319	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN ENTOMATOLOGIA Y CIRUGIA ORAL		
15	890320	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA		
16	890321	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN PERIODONCIA		
17	890322	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN ORTODONCIA		
18	890323	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA ORALY MAXILOFACIAL		
19	890324	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL		
20	890336	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL		
21	890404	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA Excluye: INTERCONSULTA POR ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA DESCRITAS EN LAS SUBCATEGORIAS 89.0.4.17 A 89.0.4.24 Y 89.0.4.36		
22	890417	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL		
23	890418	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA		
24	890419	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGIA Y CIRUGIA ORAL		
25	890420	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA		
26	890421	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA		
27	890422	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA		
28	890423	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA ORAL Y MAXILOFACIAL		
29	890424	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REHABILITACION ORAL		
30	890436	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL		
31	890503	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD Y CASO (PACIENTE)		
32	890704	CONSULTA DE URGENCIA POR ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA		
33	233100	RESTAURACION DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACION METALICA SOD		
34	233200	RESTAURACION DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACION NO METALICA SOD		
35	234103	COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN FORMA PLASTICA		
36	234104	COLOCACION O APLICACIÓN DE CORONA ACRILICA TERMOCURADA		
37	234201	COLOCACION O INSERCION DE PROTESIS FIJA CADA UNIDAD (PILAR Y PONTICOS)		
38	234203	PATRON DE NUCLEO		

39	234301	INSERCION, ADAPTACION Y CONTROL DE PROTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) MUCOSOPORTADA		
40	234302	INSERCION, ADAPTACION Y CONTROL DE PROTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) DENTOMUCOSOPORTADA		
41	234303	REPARACION DE PROTESIS REMOVIBLE PARCIAL		
42	234401	INSERCION, ADAPTACION Y CONTROL DE PROTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL MEDIO CASO SUPERIOR O INFERIOR Incluye: PROTESIS		
43	234402	INSERCION, ADAPTACION Y CONTROL DE PROTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL SUPERIOR E INFERIOR Incluye: PROTESIS		
44	236100	IMPLANTE ALOPLASTICO CERAMICO SOD		
45	236200	IMPLANTE ALOPLASTICO METALICO SOD		
46	236300	IMPLANTE DENTAL ALOPLASTICO (OSEOINTEGRACION) SOD		
47	247100	COLOCACION DE APARATOLOGIA FIJA PARA ORTODONCIA (ARCADA) SOD		
48	247201	COLOCACION DE APARATOLOGIA REMOVIBLE INTRAORAL PARA ORTODONCIA (ARCADA)		
49	247202	COLOCACION DE APARATOLOGIA REMOVIBLE EXTRAORAL PARA ORTODONCIA (ARCADA)		
50	870450	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS		
51	870451	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES		
52	870452	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES		
53	870453	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS		
54	870454	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES		
55	870455	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES		
56	870456	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO		
57	870460	RADIOGRAFIAS INTRAORALES CORONALES		
58	234105	INSERCION O APLICACION DE CORONA		
59	234101	COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES)		
60	234102	COLOCACION O APLICACIÓN DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)		
61	234202	RECONTRUCCION DE MUÑOS		
62	234204	REPARACION DE PROTESIS FIJA		
63	237102	PULPOTOMIA		
64	237101	PULPOTOMIA CON PULPECTOMIA		
65	237200	APEXIFICACION (INDUCION DE APEXOGENIS) SOD		
66	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR		
67	237302	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR		
68	237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR		
69	237304	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR		
70	237305	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR		
71	237501	PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN RESORCION RADICULAR (INTERNA Y EXTERNA)		
72	237502	PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS EN FRACTURAS RADICULARES		
73	237603	FISTULIZACION ENDODONTICA		
74	237601	FISTULIZACION ENDODONTICA POR TREPANACION Y DRENAJE		
75	237602	FISTULIZACION ENDODONTICA POR INCICION		
76	237703	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR)		
77	237701	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR) UNICA		
78	231100	EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR SOD		
79	231200	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR SOD		
80	231303	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO		
81	231301	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICION ECTOPICA CON ABORDAJE INTRAORAL		
82	231302	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICION ECTOPICA CON ABORDAJE EXTRAORAL		
83	231400	EXODONCIA MULTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA POR CUADRANTE SOD		
84	231500	COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTES RETENIDO (VENTANA QUIRURGICA) SOD		
85	237401	CURETAJE APICAL CON APICECTOMIA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGIA PERIRRADICULAR)		
86	237902	EXPLORACION MOVILIZACION DE NERVIO DENTARIO INFERIOR		

87	242103	PLASTIA MUCOGINGIVAL		
88	242204	AUMENTO REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (SIN MATERIAL)		
89	242205	AUMENTO REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (CON MATERIAL)		
90	242300	PLASTIAS PREPROTESICAS (AUMENTO DE CORONA CLINICA) SOD		
91	243110	RESECCION DE LESION DE ENCIA		
92	243501	CUÑA DISTAL		
93	244109	RESECCION DE LESION ODONTOGENICA SOD		
94	244101	ENUCLEACION DE QUISTE ODONTOGENICO HASTA DE TRES CENTIMETROS DE DIAMETRO		
95	244102	ENUCLEACION DE QUISTE ODONTOGENICO DE MAS DE TRES CENTIMETROS DE DIAMETRO		
96	245100	REGULARIZACION DE REBORDES SOD		
97	247403	FERULIZACION		
98	249100	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRURGICA SOD		
99	935500	ALICACION DE ALAMBRE DENTAL SOD		
100	961200	INSERCION ADAPTACION DE APARATO ORTOPEDICO ORAL SOD		
101	972200	SUSTITUCION DE TAPON DENTAL SOD		
102	973300	EXTRACION DE FERULAS DENTALES SOD		
103	973400	EXTRACION DE APARATOLOGIA ORTODONTICA FIJA SOD		
104	973500	EXTRANCION DE PROTESIS DENTAL SOD		
105	237702	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR) MULTIPLE		
106	237800	HEMISECCION DEL DIENTE SOD		
107	237901	BLANQUEAMIENTO DE DIENTE (INTRINSECO) POR CAUSAS ENDODONTICAS		
108	240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD		
109	240300	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD		
110	240400	DRENAJE DE COLECCION PERIODONTAL (CERRADO CON ALISADO RADICULAR) SOD		
111	242101	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)		
112	242102	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE		
113	242201	CURETAJE A CAMPO ABIERTO		
114	242202	CIRUGIA A COLGAJO CON RESECCION RADICULAR (AMPUTACION, HEMISECCION)		
115	242400	REPARACION O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS, MEMBRANAS) SOD		
116	247300	COLOCACION DE APARATOS DE RETENCION SOD		
117	248100	CIERRE DE DIASTEMA (ALVEOLAR, DENTAL) SOD		
118	248200	AJUSTAMIENTO OCLUSAL SOD		
119	248400	REPARACION DE APARATOLOGIA FIJA O REMOVIBLE SOD		
120	893101	IMPRESION DE ARCO DENTARIO SUPERIOR O INFERIOR, CON MODELO DE ESTUDIO Y CONCEPTO		
121	893102	FOTOGRAFIA CLINICA EXTRAORAL, INTRAORAL, FRONTAL O LATERAL		
122	893103	EVALUACION Y MEDICION ORTODONTICA Y ORTOPEDICA ORAL		
123	893104	ESTUDIO DE OCLUSION Y ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR		
124	893106	CONTROL DE ORTODONCIA FIJA, REMOVIBLE O TRATAMIENTO ORTOPEDICO FUNCIONAL Y MECANICO Incluye: ADAPTACION DE PLACA NEUROMIORELAJANTE		
125	893107	ELABORACIÓN Y ADAPTACION DE APARATO ORTOPEDICO		
126	893108	CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DENTOMAXILOFACIAL		
127	893109	EXAMEN O RECONOCIMIENTO DE MUCOSA ORAL Y PERIODONTAL		
128	230103	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES		
129	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR		
130	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR		
131	230203	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES		
132	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR		
133	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR		
134	241104	BIOPSIA DE ENCÍA		
135	241101	BIOPSIA INCISIONAL DE ENCÍA		
136	241102	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA CON CIERRE PRIMARIO		
137	241103	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA Y RECUBRIMIENTO CON COLGAJO O INJERTO		
138	241200	BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR SOD		

139	243105	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCÍA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCION DE ESTRUCTURAS VECINAS U OSEAS		
140	243203	SUTURA DE LACERACION DE ENCÍA		
141	243201	SUTURA DE LACERACION DE ENCÍA, MENOR DE TRES CENTIMETROS		
142	243202	SUTURA DE LACERACION DE ENCÍA, MAYOR DE TRES CENTIMETROS		
143	247401	FERULIZACION RIGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)		
144	247402	FERULIZACION SEMIRRIGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)		
145	274101	FRENILLECTOMIA LABIAL VIA ABIERTA		

OTRAS CONDICIONES TECNICAS

LOTE	ITEM	DESCRIPCION	CUMPLE	NO CUMPLE
N/A	1	El oferente informará por escrito al supervisor del contrato cuando se haya ejecutado el cincuenta (50%) y ochenta (80%) del valor del contrato. Una vez recibida esta comunicación, el supervisor comunicará a la jefatura de la Unidad Prestadora de Salud Putumayo, para los fines administrativos pertinentes.		
N/A	2	Aceptar y facilitar las visitas del auditor médico de la Unidad Prestadora de Salud Putumayo, en lo referente a: Visitas a pacientes, revisión de historias clínicas, requerimientos, seguimiento a quejas y reclamos de nuestros usuarios, verificación de la existencia de los procesos que garantícenla calidad del servicio prestado a nuestros usuarios		
N/A	3	Poseer un sistema de auditoría interna que esté en contacto con el auditor médico delegado por la Unidad Prestadora de Salud Putumayo para el control y supervisión del contrato.		
N/A	4	Efectuar la prestación de los servicios de acuerdo a los protocolos en el acuerdo 002 por el cual se establece el plan de servicios de sanidad militar y policial.		
N/A	5	Notificar de inmediato los eventos adversos o complicaciones que se llegaran a presentar durante los procedimientos y que llegasen a requerir el ingreso por el servicio de la institución contratada, de cualquier paciente al subsistema de salud de la Policía Nacional, con el fin de realizar la respectiva autorización del servicio o regulación del paciente a la IPS correspondiente por parte del LÍDER MÉDICO DE LA OFICINA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD PUTUMAYO.		
N/A	6	EL OFERENTE deberá CERTIFICAR que no se encuentran relacionados en el Registro Único De Infractores Ambientales RUIA **(ANEXAR CERTIFICACIÓN)**		
N/A	7	Implementar y mantener activo el sistema obligatorio de garantía de calidad, en cumplimiento de lo definido en el Decreto 780 de 2016 y todas las normas vigentes a la fecha.		
N/A	8	El oferente debe aceptar y facilitar la visita del auditor médico de la USP, así como permitir el acceso a las historias clínicas, estadísticas, soportes y demás documentos relacionados con la atención de pacientes y facilitar de ser necesario la verificación y la revisión de los servicios prestados y eventualmente el acceso a los pacientes para evaluar la calidad del servicio		
N/A	9	Los servicios de salud solicitados deben ser continuos y oportunos que requieren los pacientes usuarios del subsistema de salud de la POLICIA NACIONAL.		
N/A	10	Realizar reporte de indicadores de calidad los (05) primeros días del mes siguientes a la prestación del servicio estipulados en la Circular No. 030 SUPERSALUD de 2006 y demás estipulados por la Unidad Prestadora de Salud Putumayo.		
N/A	11	Prestar única y exclusivamente el servicio dispuesto mediante autorización firmada por el Líder de la Oficina de Referencia – Contra referencia y Autorizaciones o quien éste designe por escrito.		
N/A	12	Equipos Tecnológicos. Los equipos biomédicos empleados para los diferentes procedimientos deberán estar en perfecto estado de funcionamiento, asegurando así una buena prestación del servicio sin generar retrasos e inconformidades por parte de nuestros usuarios.		
N/A	13	El oferente se compromete a dar prioridad a los servicios requeridos por la Institución una vez haga la solicitud el Supervisor del contrato		
N/A	14	**Personal Operativo y administrativo Mínimo Requerido**: Contar con el personal asistencial y administrativo idóneo para el desarrollo de la prestación de los servicios de salud		

N/A	15	Garantizar las siguientes condiciones de accesibilidad: Accesibilidad física: el oferente se obliga a tener espacio de fácil acceso para cualquier tipo de usuario (paciente de discapacidad, anciano y niño). Accesibilidad geográfica: el oferente se obliga a ofrecer a los usuarios sitio de fácil accesibilidad en Mocoa Putumayo.		
N/A	16	El oferente deberá prestar su servicio únicamente y exclusivamente en la dirección reportada según registro especial de prestadores de servicio de salud (REPS) ante la secretaria de salud Departamental del Putumayo, no aceptará convenios ni subcontratos con otras entidades durante la ejecución del contrato		
N/A	17	Presento modelo de atención de prestación de servicios definidos por el prestador (IPS) junto con la propuesta.		
N/A	18	El oferente se compromete que los químicos y desechos que se utilicen en la ejecución del objeto contractual, procederá a realizar la disposición final adecuada conforme a la legislación ambiental en materia del posconsumo.		
N/A	19	Con el fin de garantizar la calidad de la prestación de servicios médicos domiciliarios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, para la verificación de la experiencia el proponente deberá anexar a su propuesta máximo tres (03) certificaciones de contratos cuyo objeto sea igual o guarde congruencia con el objeto de la presente contratación y cuya sumatoria sea igual o mayor al setenta por ciento (70%) del valor del presupuesto, dichas certificaciones deben contener la siguiente información: • Objeto del contrato • Número del contrato • Valor • Plazo • Fecha de inicio • Fecha de finalización • Nombre del contrato • Nombre del contratista • Grado de satisfacción. No se admiten: • Certificaciones de Subcontrataciones • No se acepta auto certificaciones. • Copias de facturas órdenes de pago etc. • Copias de Contratos. En caso de contratos en ejecución, se tomará la fecha de legalización del contrato hasta la fecha de expedición de la certificación. Cuando se certifiquen contratos realizados bajo la modalidad de consorcio o unión temporal, para la verificación, se tomará el porcentaje de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del consorcio o de la unión temporal, para lo cual deberá anexar a la propuesta el documento que acreditó la conformación del consorcio o unión temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato. En el evento que el oferente presente certificaciones en número superior al máximo permitido, para efectos de verificación de la experiencia, se tomará únicamente las de mayor valor que cumplan con los requisitos exigidos en el presente proceso		

		NOTA: En caso de que el oferente haya firmado contratos con esta entidad y/o antigua Área de Sanidad Putumayo, no es obligatorio que anexe certificación, solamente con enunciar el contrato objeto y el valor; la unidad verificará la información, según la Ley 019 de del 2012. ***ARTICULO 9. PROHIBICIÓN DE EXIGIR DOCUMENTOS QUE REPOSAN EN LA ENTIDAD***		
N/A	20	Con el fin de garantizar la idoneidad del personal que prestará los servicios requeridos y de acuerdo a lo descrito en el numeral **4.1.2**, **EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL** de la entidad donde conste que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, RETHUS y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo UN (01) AÑO, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual.		

* CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONES DE CALIFICACIÓN (en caso de que aplique)

LOTE	ITEM	CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES	CUMPLE	NO CUMPLE
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Capitán **JULIO DAVID VILLADIEGO MARTELO**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Putumayo

Patrullero **YUNIS CAROLINA LOPEZ MELO**
Estructurador Estudios Previos UPRES DEPUY

GARANTÍAS DEL PROCESO

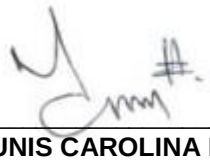
ETAPA CONTRACTUAL

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA
GARANTIA UNICA	RIESGO JURIDICO	INCCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y DOS (2) MESES MAS, INCLUYENDO SUS PRORROGAS SI A ELLO HUBIERE LUGAR.	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 EN LOS MISMOS TERMINOS DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA.
GARANTIA UNICA	RIESGO OPERATIVO	CALIDAD DEL SERVICIO	CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL A LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y DOS (2) MESES MAS, INCLUYENDO SUS PRORROGAS SI A ELLO HUBIERE LUGAR	AMPARA EL RIESGO DE MALA CALIDAD DEL SERVICIO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO
GARANTIA UNICA	RIESGO JURÍDICO	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 Y TRES (3) AÑOS MAS	AMPARA A LA ENTIDAD DE LOS PRERJUICIOS QUE SE LE OCACIONE COMO CONSECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTE OBLIGADO EL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO
GARANTIA UNICA	RIESGO FINANCIERO	DAÑOS A TERCEROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA-CONTRACTUAL POR LA EJECUCION DEL CONTRATO	200 SMLMV	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO	AMPARA LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL CONTRATISTA CON OCASIÓN DE LA EJECUCION DE CONTRATO AMPARADO, Y SERAN BENEFICIARIOS TANTO LA ENTIDAD CONTRATANTE COMO LOS TERCEROS QUE PUEDAN RESULTAR AFECTADOS POR LA RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL DEL CONTRATISTA O SUS SUBCONTRATIS.

CLAUSULAS SANCIONATORIAS

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN 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 LIQUIDARÁ CON BASE EN UN CERO PUNTO DOS (0.2%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARÁ POR CADA DIA DE RETARDO Y HASTA POR DIEZ (10) DIAS	CUANDO EL CONTRATISTA NO CONSTITUYA DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS, A POLIZA DE GARANTIA UNICA
MULTA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO PARCIAL	MULTAS CUYO VALOR SE LIQUIDARÁ CON BASE EN UN CERO PUNTO CINCO (0.5%) DEL VALOR DEJADO DE CUMPLIR O ENTREGAR	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARÁ POR CADA DIA DE RETARDO HASTA POR UN PLAZO DE QUINCE (15) DIAS CALENDARIO QUE SE DESCONTARÁ DEL SALDO QUE LE ADEUDE LA ENTIDAD. ESTA SANCION SE IMPONDRA MEDIANTE ACTO ADMINISTRATIVO MOTIVADO EN EL QUE SE EXPRESARA LAS CAUSAS QUE DIERON LUGAR 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	AMPARA EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O DEFINITIVO DEL CONTRATO POR PARTE DEL CONTRATISTA, SE BUSCA EL PAGO PARCIAL Y DEFINITIVO DE LOS

					TOTAL DEL CONTRATO Y PROPORCIONAL AL INCUMPLIMIENTO PARCIAL DEL CONTRATO	PERJUICIOS QUE SE CAUSEN A LA ENTIDAD



Patrullero **YUNIS CAROLINA LOPEZ MELO**
Estructurador Estudios Previos UPRES DEPUY

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

ANÁLISIS DEL RIESGO Y LA FORMA DE MITIGARLO

POLICÍA NACIONAL

No.	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción	Consecuencia de la Ocurrencia del Evento	Probabilidad	Impacto	Calificación Total	Prioridad	¿A quién se le asigna el riesgo?	Tratamiento controles a ser implementados	Impacto después del tratamiento				Afecta la ejecución del contrato	¿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 complementa el tratamiento	Monitoreo y Revisión	
													Probabilidad	Impacto	Calificación	Calificación total						¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?
1	General	Interno	Planeación	Riesgos Económicos	El estudio de mercado no permite identificar los aspectos de oferta y demanda del mercado respectivo	Sobre costo en la asignación del presupuesto	3	1	4	Riesgo Bajo	RASES 2 HUILA	Análisis minucioso del análisis del sector, utilizando la información que suministren los interesados, de manera que se optimicen y aclaren las condiciones del proceso, características de los bienes y demás condiciones que pueda arrojar la información del sector	1	1	2	Riesgo Bajo	SI	SI	RASES 2 HUILA	En la etapa de planeación	En la etapa de Selección	Supervisando la determinación de las especiaciones y realizando la confrontación con el resultado del estudio del mercado en el que se evidencie la amplia potencialidad plural de oferentes en atención a la claridad de las especificaciones	Permanente Durante la etapa de planeación

2	Especifico	Externo	Ejecución	Operacionales	Deterioro capacidad financiera del contratista. Pérdida de la capacidad económica y patrimonial del contratista por cualquier razón	Dificultades o demoras para cumplir con los compromisos derivados y asociados al contrato	3	3	6	Riesgo Alto	Contratista	Reducir Consecuencias y probabilidades. Mantener una adecuada gestión administrativa, comercial y operativa que procure la estabilidad financiera	2	2	4	Riesgo Bajo	SI	SI	Contratista	Inicio de Etapa de ejecución	Al finalizar Etapa de ejecución	Seguimiento de procesos,. Verificación de las condiciones y calidad de ejecución del contrato. Verificación de estados financieros del contratista	Permanente Durante toda la ejecución del contrato
3	General	Externo	Ejecución	Operacionales	Demora en el pago	Disminución flujo de caja del Proveedor	3	2	5	Riesgo Medio	RASES 2 HUILA	Procedimientos y tramites de pago agiles	2	2	5	Riesgo Medio	NO	NO	RASES 2 HUILA	Fecha radicación facturas y documentos soportes	Fecha de pago	Seguimiento del procedimiento de pago	En la ocurrencia del evento

Patrullero **YUNIS CAROLINA LOPEZ MELO**
Estructurador Estudios Previos UPRES DEPUY

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.

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 – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 2** establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.
4. El **CONTRATISTA** deberá sostener los precios y tarifas durante el plazo de ejecución del Contrato y sus adicciones.
5. 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.
6. Constituir en debida forma, aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 2 o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.
7. 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.
8. 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. 2** de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.
9. El **CONTRATISTA** debe comunicar por escrito al contratante cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del presente contrato; de igual forma, se deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en original la certificación bancaria correspondiente.
10. Es obligación por parte del CONTRATISTA publicar en la página de Contratación SECOP II, (en el proceso de referencia) la factura y/ o cuenta de cobro (incluyendo parafiscales) De no publicar la factura, no se podrá dar trámite a la misma para ser obligada; de acuerdo a lo establecido en la GUIA RAPIDA DE GESTION CONTRACTUAL PARA PROVEEDORES EN EL SECOP II, en el punto IV Envío de Facturas.
11. Cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones de licencias ambientales que hubiese sido necesario tramitar antes, durante y al finalizar la ejecución del contrato, será asumida como su responsabilidad.
12. Así mismo incluir las obligaciones en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo y los lineamientos del gobierno nacional en el tema del COVID-19 y Viruela Símica.
13. El **CONTRATISTA** deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020.

14. El **CONTRATISTA** estará en la obligación de aplicar un instrumento para medir la calidad y oportunidad en la atención de los usuarios, remitiendo copia de los resultados al supervisor del contrato.

15. Prestar en forma continua y permanente los servicios requeridos a los usuarios y beneficiarios de la Policial Nacional bajo los principios de eficacia, universalidad y solidaridad que lo ameriten y certifiquen.

16. Garantizar la prestación de los servicios odontológicos especializados con equipos Biomédicos e insumos odontológicos adecuados para la atención del usuario.

17. El **CONTRATISTA** dispondrá de una persona encargada de la Coordinación del servicio, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre procedimientos, tratamientos, quejas, programaciones y en general para la atención de los usuarios. Esta línea telefónica será de manejo por parte de los auditores y personal de referencia y contrarreferencia de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 2 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD PUTUMAYO.

18. Aceptar y facilitar las visitas del auditor medico designado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 2 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD PUTUMAYO, y permitir la revisión de la historia clínica y documentos conexos con las facturas, así como los que soportan los distintos cargos.

19. El **CONTRATISTA** tendrá que prestar los servicios y mantener una disponibilidad durante el horario presentado en la oferta de servicios, durante todo el periodo de ejecución del contrato y en ningún caso y bajo ninguna circunstancia el contratista podrá abstenerse de recibir al usuario, argumentando no tener disponibilidad del servicio requerido.

20. 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.

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
FORMULARIO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD	

NEIVA, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 2
Ciudad.

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de Mínima Cuantía , Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA Y SUS DIFERENTES ESPECIALIDADES DE PERIODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA, CIRUGÍA ORAL, MAXILOFACIAL, ENDODONCIA, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE DERIVEN DE ELLAS, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA PUTUMAYO DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 2

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 contratación, 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 teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
FORMULARIO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	

NEIVA, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 2
Ciudad.

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Mínima Cuantía Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA Y SUS DIFERENTES ESPECIALIDADES DE PERIODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA, CIRUGÍA ORAL, MAXILOFACIAL, ENDODONCIA, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE DERIVEN DE ELLAS, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA PUTUMAYO DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 2

El(los) suscrito(s) a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal . domiciliado en Domicio 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 2º, 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 identificación 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

NEIVA, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N 2
Ciudad.

Referencia: Compromiso anticorrupción del proceso de Mínima Cuantía , Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA Y SUS DIFERENTES ESPECIALIDADES DE PERIODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA, CIRUGÍA ORAL, MAXILOFACIAL, ENDODONCIA, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE DERIVEN DE ELLAS, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA PUTUMAYO DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 2

El (los) suscrito(s) a saber Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal .: domiciliado en Domicio 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), 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 – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 2, 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 – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 2 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 durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

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 apoderado.

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

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
FORMULARIO CERTIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA	

NEIVA, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N. 2
Ciudad.

Referencia: Certificado de capacidad técnica del proceso de Mínima Cuantía , Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: **PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA Y SUS DIFERENTES ESPECIALIDADES DE PERIODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA, CIRUGÍA ORAL, MAXILOFACIAL, ENDODONCIA, AYUDAS DIAGNOSTICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE DERIVEN DE ELLAS, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS ADSCRITOS AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICIA PUTUMAYO DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 2**

Oferente:

Nombre del socio y/o profesional	Profesión	N° de matrícula profesional	Número y año del Contrato laboral o de prestación de servicios profesionales	Vigencia del Contrato
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar

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

_____
Firma del Contador público y/o Revisor fiscal
Nombre: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Cargo: Diligenciar cargo
Número de la Tarjeta Profesional: Diligenciar el número de la tarjeta profesional

Nota: Los representantes de los integrantes del Oferente plural deben suscribir cada uno el presente documento