MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NAIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
NIT. No. 802.016.407-3
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA

No. GS-2022 – 095595 DEGUA / RASES 8 – UPRES DEGUA 7.2

Soledad, 30 de noviembre del año 2022

Señores
LEYDI YOHANA GUTIÉRREZ PEDROZA
Representante Legal ODONTS CENTER S.A.S.
Calle 7 No. 12-48
Riohacha – La Guajira

Asunto: Aceptación Oferta proceso **PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC 131 2022.**

Con toda atención me permito informarle que la propuesta presentada por usted, el día 18/11/2022 5:43 PM, dentro del proceso PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC 131 2022, cuyo objeto es "**LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, APOYOS DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACIÓN ORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIAL NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA**" por la suma de **CIEN MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL ($100.000.000,00),** correspondientes a la vigencia presupuestal 2022-2023 distribuidos así: **TREINTA MILLONES DE PESOS $ 30.000.000,00 M/CTE** para la vigencia 2022 y para la vigencia 2023 la suma de **SETENTA MILLONES DE PESOS $70.000.000,00 M/CTE** ha sido aceptada por esta unidad, así:

CONTRATO No.	67-7-200342-22 DEL 30-11-2022
CONTRATANTE	POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
ORDENADOR DEL GASTO	Teniente Coronel CARLOS ENRIQUE SANCHEZ FLOREZ
CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	79.891.066 de Bogotá D.C
CARGO	JEFE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
DISPOSICIÓN DE NOMBRAMIENTO	Resolución No. 0843 del 13/03/2022
RESOLUCIÓN DE DELEGACIÓN	Resolución No. 00684 DE 18/03/2022
CONTRATISTA	**NOMBRE RAZÓN SOCIAL**: ODONTS CENTER S.A.S. **NIT:** 900579595-0 **REPRESENTANTE LEGAL:** LEYDI YOHANA GUTIÉRREZ PEDROZA **C.C.** No. 1.082.868.312 de Santa Marta – Magdalena **DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL:** Calle 7 No. 12-48 **CIUDAD NOTIFICACIÓN:** Riohacha – La Guajira **TELÉFONO:** 7292914 - 3108407846 **E-mail:** gerenciaodontscenter@gmail.com
SUPERVISOR DEL CONTRATO	El Supervisor del presente contrato será el Jefe de la Unidad Prestadora de Salud Guajira o quien haga sus veces o quien con posterioridad designe el ordenador del gasto, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato

	de acuerdo con las funciones asignadas para el efecto en la Resolución No. 00090 del 15/01/2018.
FORMA DE PAGO	El pago se realizará en moneda legal colombiana, teniendo en cuenta la cantidad de facturas radicadas en la oficina de central cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Guajira, junto a la certificación de pago de parafiscales, los cuales debe tener fecha igual o posterior a la de presentación de las facturas, para realizar el pago dentro de los 60 días calendario siguientes, de acuerdo al derecho a turno y la programación del Plan Anual de Caja (PAC), no obstante la programación de PAC cuya autorización es competencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la Dirección del Tesoro Nacional, no será impedimento para la ejecución del objeto contractual. La presentación de la facturación se debe realizar con los debidos soportes establecido en la Resolución 3047 de 2008 incluyendo los RIPS validados, o las demás normas que lo adicionen o modifiquen, presentando junto con las facturas, la información estadística mensual en un archivo en Excel, impreso y en medio magnético. Así mismo adjunto a la facturación mensual el contratista deberá presentar en medio magnético en archivo Excel, una planilla que contenga el siguiente orden: Número de factura, Fecha de la Factura y fecha de atención, Nombre del Paciente, Número de Identificación, Edad, Procedimiento realizado. El cual debe venir en medio magnético e impreso. (La presente planilla hace parte integral de la factura). Los antecedentes para los pagos corresponden a las facturas con sus soportes que serán denominados como unidades documentales, CD con los RIPS en sobre y marcados, certificación de pagos parafiscales, listado denominado Relación de Factura en Excel de usuarios atendidos, los cuales serán entregados en la oficina de radicación de cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Guajira para su trámite de acuerdo al derecho a turno y la programación del Plan Anual de Caja (PAC). Se presentarán los documentos organizados cronológicamente por unidades documentales que corresponden a una factura con sus soportes que se escribirá Factura No 000000 Servicios usuario XXXXXXX XXXX XXXX (unidad documental corresponde a factura y sus soportes en orden: autorización expedida por la oficina de referencia mediante aplicativo GEINF -solo se recibe la ORIGINAL-, documento de identidad -de acuerdo a la edad del usuario cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad o registro civil de nacimiento- en fotocopia legible, tamaño carta. Documento que acredite la condición del usuario de fecha vigente al momento de la atención en salud -carne o constancia expedida por la oficina de afiliaciones de la Unidad Prestadora de Salud Guajira- en fotocopia legible, tamaño carta, Orden de Prestación de servicios -orden médica- original, las unidades documentales debidamente foliadas -corresponde a la numeración consecutiva en el vértice superior derecho en color lápiz negro en letra legible hasta un máximo de doscientos cincuenta folios (250)- y legajadas en tamaño oficio, con ganchos plásticos, en carpetas yute color marrón con máximo de 250 folios, hoja de control debidamente diligenciada de acuerdo al formato: 1GD-FR-0007, caja de cartón para archivar No. 12 -200 con medidas de (21 cm de ancho x 40.5 cm de largo y 26 cm de alto) dando cumplimiento a la ley general de archivo, LEY 594 DE 2000). La organización de los documentos en la carpeta yute será la siguiente: 1. Hoja de control 2. Factura (as) relacionadas con las unidades documentales (ya descrito antes) 3. CD con los RIPS en sobre y marcados 4. Certificación de pagos parafiscales 5. Relación de factura (en Excel de usuarios atendidos)

6. Relación de usuarios atendidos en Excel.

Ejemplo:

FECHA	TIPO DOCUMENTAL	FOLIO (S)
(día/mes/año)	Factura No 00000 Servicios usuario XXXXX XXXX XXXXX	1-9
	CD con los RIPS	10
	Certificación de pagos parafiscales	11
	Cuadro de relación de facturas	12
	Cuadro de auditoria medica	13

CUADRO DE RELACIÓN DE FACTURAS					
(NOMBRE DE LA EMPRESA)					
n	Fecha Radicación	Procedimiento	Diagnostico	Edad	Clasificación de la enfermedad (laboral, general)
	(día/mes/año)	XXXXX	XXXX	XX años	XXXX

CUADRO DE AUDITORIA MEDICA								
Fecha de factura	Fecha de atención	Nombre del paciente	Identificación	Procedimiento	Diagnostico	VR facturado	Edad	clasificación de la enfermedad (laboral, general)

NOTA: Si se factura con única factura, deberá describir: procedimiento y consulta, con valores; relacionando paciente y cada uno con valores.

1. DOCUMENTOS REQUERIDOS Y/O CONDICIONES PARA PRESENTAR LA FACTURA:

- La radicación de la facturación (Impresa y en medio magnética) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días calendarios del mes siguiente a la prestación, la cual como mínimo debe cumplir con:
- Relación general de pacientes atendidos, detallando la pre-factura por cada uno de ellos discriminada y firmada por el usuario o acudiente.
- Requisitos establecidos por la DIAN.
- Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, Anexo 5 de la Resolución 3047 MINISTERIO DE PROTECCIÓN de 2008 y demás normas que las aclaren o modifiquen.
- La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, con datos del paciente y valor, legajada tamaño oficio, con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja con lapicero negro máximo hasta 250 folios, hoja de control debidamente diligenciada de código 1GD-FR-0007, en carpetas de yute color marrón y caja de cartón para archivar No. 12 -200 con medidas de (21 cm de ancho x 40.5 cm de largo y 26 cm de alto), para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias,
- La organización de los documentos en la carpeta yute será la siguiente: hoja de control, Factura, si es única debe traer costo por paciente y servicio, listado en Excel de usuarios atendidos, unidades documentales, (unidad documental corresponde a autorización por referencia, orden médica, carnet, documento de identidad e historia clínica), certificación de pagos parafiscales, cuadro de relación de facturas y CD con los RIPS en sobre y marcado, esto corresponde a la unidad documental.

	• Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El RIPS debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 MINSALUD de 2000 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen. El sistema que genere el RIPS deberá adicionar en una última columna para las prestaciones "Consulta Médica Especializada primera vez (890202)" y "Consulta Médica Especializada control (890302)" el detalle sobre qué tipo de consulta es. (Ej.: Otorrinolaringología, Cirugía General, Dermatología, Oftalmología) • Si el contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizarán hasta el mes siguiente. • La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta días (30) posteriores a la prestación de los servicios. • El Contratante dará trámite a las facturas que no presenten objeciones. • Se debe adjuntar la hoja de gastos de administración de medicamentos, materiales o insumos especiales y costos, en caso de requerirse para el examen o procedimiento, y se adjuntará a la factura de venta de aquellos dispositivos, materiales e insumos que se utilicen. • Certificado de aportes parafiscales expedido por el representante legal o Revisor Fiscal y/o planilla de consulta de autoliquidación de los aportes diligenciada escribiendo los datos denominada unidad documental y demás documentos que correspondan (listado en Excel, CD, factura, certificación de pagos para fiscales, certificación bancaria) • Aprobación de garantía, esta debe amparar el total de la fecha de ejecución del contrato. • Registro presupuestal vigente al contrato. **2. 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 la Unidad Prestadora de Salud Guajira, tramitará la cuenta acompañada del recibo a satisfacción, para que se realice la auditoria, como se indica en el Artículo 57 de la Ley 1438 de 2011. **3. OBJECIONES Y GLOSAS** Para los conceptos de facturación que no tengan objeción, se dará trámite para pago. En el evento que se presenten glosas en las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad en lo establecido en el Artículo 57 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011. **4. CONCILIACIÓN 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 diez (10) días siguientes a la recepción de la respuesta de glosa la auditoría de cuentas decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas, en 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 Unidad Prestadora de Salud Guajira se realizará en segunda instancia apoyándose en el Grupo de Auditoría Médica de la Regional 8 o Seccional de Sanidad Atlántico y posteriormente en tercera instancia con el grupo de auditoría médica de la DISAN.

	• El contratista asistirá a las conciliaciones en las fechas establecidas por auditoria y ese día se cumplirá ley de archivo para el caso de facturas que continúen para pago como glosas conciliadas. **5. AUDITORÍA DE CONCURRENCIA** La auditoría concurrente es realizada por el médico de concurrencia de la Unidad Prestadora De Salud Guajira el cuál realizará un acompañamiento oportuno, en tiempo real y durante la permanencia (hospitalización) del paciente en el Establecimiento de la IPS Prestadora de Servicios de salud, que garantiza el adecuado desarrollo del gasto médico, permitiendo una retroalimentación en coberturas y en costos, a todos los actores que intervienen en la regulación de la prestación del servicio del usuario. La auditoría de concurrencia está orientada por los principios de accesibilidad y suficiencia técnica, y caracterizada por la racionalidad lógico científica, la idoneidad, la competencia profesional, la disponibilidad, la eficiencia y suficiencia de recursos para la prestación de servicios en salud. El componente del presente Instructivo pretende orientar a los médicos auditores concurrentes en la realización de la auditoria con parámetros más claros y específicos en el momento de realizar la auditoría de concurrencia. Para este componente se diseñó un instrumento que debe diligenciar de manera diaria el Medico Auditor Concurrente el cual permite el seguimiento estricto de las estancias en la red externa, adicional a la documentación del procedimiento con el paso a paso de las labores de estos profesionales. **6. MALLA DE PERTINENCIA PARA MEDICAMENTOS.** Definida mediante el Instructivo 026 DISAN 2010. El equipo de Gestión Farmacéutica evalúa el comportamiento de la malla, realizando y comunicando a prestadores, administradores y supervisores, los ajustes a la misma. MALLA DE PERTINENCIA PARA ORDENES DE SERVICIO GENERADAS POR EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN – BAJA COMPLEJIDAD. Las ayudas terapéuticas y diagnósticas de laboratorio, radiología e imagenología, o exámenes especiales que no se encuentren detalladas como servicios del segundo, tercero o cuarto nivel de complejidad se encuentran habilitadas para ser requeridas por profesionales generales, especialistas o supra especialistas de cualquier Establecimiento de Sanidad Policial del Subsistema independientemente de su nivel de complejidad. **7. PARA EL PAGO** • Mecanismos y forma pago de los servicios prestados por la IPS. (De conformidad con la normatividad vigente para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional). Tener en cuenta los cupos de PAC autorizados por el Tesoro Nacional y que en ningún momento la aprobación de cupos de PAC no será impedimento para la ejecución del contrato. • Formato de Beneficiario Cuenta vigente (Declaración de la cuenta bancaria activa) con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato. **NOTA:** La entidad contratada podrá prestar los servicios médicos autorizados por comité técnico científico “CTC”, por parte de nivel central, así mismo los servicios autorizados por TUTELAS, siempre y cuando estos servicios estén autorizados por la oficina de referencia y contrareferencia o la Jefatura de la Unidad Prestadora de Salud Guajira y el supervisor del contrato y serán cancelados con recurso propios del contrato.

	• En el caso de generarse glosas, el contratista deberá aportar la carpeta yute color marrón, para dar trámite a los pagos de glosas y a esto se aplicará ley de archivo como está establecido en la FORMA DE PAGO. **8. CAUSALES DE NO PAGO:** • Todo servicio ambulatorio (primera vez o control) que no cuente con formato de autorización por parte de la oficina de referencia y contrareferencia del Unidad Prestadora de Salud Guajira. • Todo procedimiento adicional no autorizado, salvo que se haya prestado atendiendo un riesgo inminente para la vida del paciente. • La atención del evento adverso, entendido como "el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente" corre por cuenta del prestador, no será cancelado por el Subsistema de Salud de la Policía Nacional. • Bien o servicio electivo, fuera del plan de beneficio del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, que no haya sido diligenciado en el formato del Comité Técnico Científico "CTC" DISAN y aprobado por esa instancia del nivel central. • Bien o servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, 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 Comité Técnico Científico "CTC", obrará como herramienta de mejoramiento y supervisión, más no como causal de no pago) Las contempladas en la Resolución 3047 MINISTERIO DE PROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINISTERIO DE PROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen. Los Pagos Se Harán A La Siguiente Cuenta: NOMBRE BENEFICIARIO: **ODONTS CENTER SAS** CUENTA No. **236800022873** TIPO DE CUENTA: **AHORRO** ENTIDAD FINANCIERA: **BANCO DAVIVIENDA**
APROPIACIÓN PRESUPUESTAL	Amparado Mediante Certificado de Disponibilidad Presupuestal C.D.P # SIIF No. 78522 y SFI No. 624 y 625 del 01 de noviembre del 2022, expedidos por la Oficina de Presupuesto de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 8.
VALOR	El valor del contrato asciende a la suma de **CIEN MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL ($100.000.000,00),** correspondientes a la vigencia presupuestal 2022-2023 distribuidos así: **TREINTA MILLONES DE PESOS $ 30.000.000,00 M/CTE** para la vigencia 2022 y para la vigencia 2023 la suma de **SETENTA MILLONES DE PESOS $70.000.000,00 M/CTE** de acuerdo con la aprobación impartida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, mediante Oficio No. 2-2022-047720 del 14 de octubre del 2022 y autorizado por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional para la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 mediante comunicación oficial No. GS-2022-066051-DISAN del 14/10/2022, de acuerdo con los valores del *Anexo No. 1 VALORES DE LA OFERTA* de este documento.
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	Las contempladas en el *ANEXO No. 2 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS* de este documento
GARANTIA ÚNICA Y SANCIONES	**EN CONSIDERACIÓN AL DEL DECRETO 1082 DE 2015** Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la publicación de la aceptación de oferta, el CONTRATISTA deberá constituir y presentar a favor de la POLICÍA NACIONAL – LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 –

	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, la Garantía Única que cubra los siguientes riesgos: **1. GARANTÍA ÚNICA:** **a). CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO** por el 20% del valor de la aceptación de la oferta, vigente por un término igual al plazo de ejecución de la aceptación de la oferta y seis (06) meses más. **b). CALIDAD DEL SERVICIO O DEL BIEN:** por el cincuenta por ciento (50%) del valor de la aceptación de la oferta, vigente por un término igual al plazo de ejecución de la aceptación de la oferta y seis (06) meses más. **c) PRESTACIONES SOCIALES:** 5% del valor de la aceptación de la oferta Vigente por un término igual al plazo de ejecución de la aceptación de la oferta y tres (03) años más. **d) RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL:** DOSCIENTOS (200) SMMLV PARA CONTRATOS CUYO VALOR SEA INFERIOR O IGUAL A MIL QUINIENTOS (1.500) SMMLV. NUMERAL 1 DEL ART. 2.2.1.2.3.1.17 DEL DECRETO 1082 DE 2015, vigente por un término igual al plazo de ejecución de la aceptación de la oferta y seis (06) meses más. **2. MULTAS.** En caso de mora o incumplimiento parcial de alguna de las obligaciones derivadas del presente contrato por causas imputables a la **CONTRATISTA** –salvo circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito conforme a las definiciones del artículo 1º de la Ley 95 de 1890– las partes acuerdan que **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** mediante acto administrativo, afectará a la **CONTRATISTA** con multas, siguiendo el procedimiento establecido en la Resolución 04122 del 15 de noviembre de 2011 DIPON, cuyo valor se liquidará con base en el CERO PUNTO CINCO por ciento (0,5%) del valor dejado de entregar, por cada día de retardo y hasta por quince (15) días calendario. En caso de incumplimiento no valorable en días, se impondrá una multa de hasta el CINCO por ciento (5%) del valor del contrato, dependiendo de la gravedad del incumplimiento evaluada por **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** Esta sanción se impondrá conforme a la ley. **b) MULTA POR LA MORA EN LA CONSTITUCIÓN DE LOS REQUISITOS DE EJECUCIÓN Y LEGALIZACIÓN:** Cuando la **CONTRATISTA** no constituya dentro del término y en la forma prevista en el contrato, o en alguno de sus modificatorios, la póliza de garantía única, en caso de existir, y/o alguno de los requisitos de legalización, **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** podrá mediante acto administrativo afectar a la **CONTRATISTA** con multa, cuyo valor se liquidará con base en un CERO PUNTO DOS por ciento (0,2%) del valor del contrato, por cada día de retardo y hasta por diez (10) días. **c) PENAL PECUNIARIA**. - En caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total de las obligaciones derivadas del presente contrato, la **CONTRATISTA** pagará a **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA**, a título de pena pecuniaria, una suma equivalente al VEINTE por ciento (20%) del valor del contrato cuando se trate de incumplimiento total del contrato y proporcional al incumplimiento parcial del contrato que no supere el porcentaje señalado. Para efectos de calcular el monto del incumplimiento parcial relativo a la obligación de plazo de ejecución, se empleará la misma fórmula de estimación de valor contemplada en el literal a) del presente artículo. La imposición de esta pena pecuniaria se considerará como pago parcial y definitivo de los perjuicios que cause a la **NACIÓN – POLICÍA NACIONAL – LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA** se reserva el derecho de cobrar perjuicios adicionales por encima del monto de lo aquí pactado, siempre que los mismos se acrediten. El pago de la cláusula penal pecuniaria estará amparado mediante póliza de seguros en las condiciones establecidas en el presente contrato. ***PARÁGRAFO***

	PRIMERO: El procedimiento para la imposición de las multas y sanciones, se sujetará a lo previsto en el numeral 2 del Capítulo VIII de la Resolución No. 03049 del 30/07/2014 *por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional*, modificada parcialmente por la Resolución No. 00090 del 15/01/2018. ***PARÁGRAFO SEGUNDO.*** **APLICACIÓN DEL VALOR DE LAS SANCIONES PECUNIARIAS:** Una vez notificada la resolución por medio de la cual se imponen alguna de las sanciones antes descritas, la **CONTRATISTA** dispondrá de quince (15) días calendario para proceder de manera voluntaria para a su pago. Las multas no serán reintegrables aún en el supuesto que la **CONTRATISTA** dé posterior ejecución a la obligación incumplida. En caso de no pago voluntario y una vez en firme la resolución que imponga multas, podrá tomarse del saldo a favor de la **CONTRATISTA** si lo hubiere, o acudir a la jurisdicción coactiva.
PLAZO Y FORMA DE EJECUCIÓN	La forma de ejecución será de tracto sucesivo y de acuerdo con lo indicado en el *ANEXO No. 2 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS* de este documento. El plazo de ejecución del contrato será desde la fecha de inicio del contrato hasta el treinta y uno 31 de diciembre para la vigencia 2022 y para la vigencia 2023 hasta el 30 de junio y/o agotar partida presupuestal o lo que ocurra primero.
LUGAR PRESTACIÓN DEL SERVICIO	Las Actividades, Procedimientos e Intervenciones se realizarán en las Instalaciones propias del oferente o en las instalaciones de los Prestadores subcontratados por el oferente.
MONEDA DEL CONTRATO	Pesos colombianos.
VIGENCIA	La Vigencia del presente contrato será de cuatro (4) meses adicionales al plazo de ejecución donde se surtirán todos los trámites de liquidación y demás actuaciones.
INDEMNIDAD	El CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa sus actuaciones.

De acuerdo a lo anterior, el JEFE DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8, toma la decisión de adjudicar el proceso PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC 131 2022, cuyo objeto es la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, APOYOS DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACIÓN ORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIAL NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA."** a la firma ODONTS CENTER S.A.S. identificada con NIT. 900.579.595-0, representada legalmente por la señora LEYDI YOHANA GUTIÉRREZ PEDROZA, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.082.868.312 de Santa Marta – Magdalena, en atención a que la oferta presentada cumplió técnica, jurídica y económicamente y de conformidad con los términos establecidos en la invitación que rigió el proceso.

Atentamente;

Teniente Coronel **CARLOS ENRIQUE SÁNCHEZ FLÓREZ**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 8

Elaborado por: Subintendente AISAR JOSE DIAZ DE LA HOZ
Analista de Contratos Unidad Prestadora de Salud Guajira
Revisado por: Teniente MANUEL FERNANDO CONCHA VASQUEZ
Jefe Unidad Prestadora de Salud Guajira
Revisado por: Capitán RAUL ALBERTO RAMÍREZ RAMIREZ
Jefe de Contratos RASES No. 8 (E)
Revisado por: CPS FREDY HERNAN AGUIRRE MASTRODOMENICO
Abogado Especialista RASES No. 8
Revisado por: Capitán GUILLERMO OROZCO CASTRILLÓN
Jefe Administrativo y Financiero RASES No. 8
Fecha de Elaboración: 30/11/2022
Ubicación: D:// MIC - 131 / ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA

Calle 15 carrera 7 esquina
Telefono: 3505545849
Email: degua.upres@policia.gov.co
www.policia.gov.co

ANEXO No. 1

VALORES DE LA OFERTA

7%

ÍTEM	CÓDIGO	SERVICIO	VALOR UNITARIO CON DESCUENTO OFERTADO
1	890203B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL Incluye: ANAMNESIS, EXAMEN ORAL Y ELABORACIÓN DEL ODONTOGRAMA O CARTA ODONTOLÓGICA, PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA, ELABORACIÓN DE UN PLAN DE TRATAMIENTO, REMISIÓN AL ESPECIALISTA Excluye: PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE OPERATORIA, CIRUGÍA, ENDODONCIA, EXODONCIA (23.), PROFILAXIS Y DE APLICACIÓN DE SUSTANCIAS PREVENTIVAS (99.7.)	$ 60.802
2	890217B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL	$ 60.802
3	890218B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	$ 60.802
4	890219B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	$ 60.802
5	890220B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA	$ 60.802
6	890221B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	$ 60.802
7	890222B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	$ 60.802
8	890223B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	$ 60.802
9	890224B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL	$ 60.802
10	890317B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL	$ 60.802
11	890318B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	$ 60.802
12	890319B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	$ 60.802
13	890320B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA	$ 60.802
14	890321B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	$ 60.802
15	890322B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	$ 60.802
16	890323B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	$ 60.802
17	890324B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL	$ 60.802
18	230101B	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	$ 32.823
19	230102B	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	$ 40.169
20	230103B	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES	$ 40.169
21	230201B	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	$ 18.600
22	230202B	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	$ 18.600
23	230203B	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	$ 18.600
24	231100B	EXODONCIA QUIRÚRGICA UNIRRADICULAR SOD	$ 91.437
25	231200B	EXODONCIA QUIRÚRGICA MULTIRRADICULAR SOD	$ 151.926
26	231301B	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	$ 407.950
27	231302B	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE EXTRAORAL	$ 407.950
28	231303B	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	$ 407.950
29	231400B	EXODONCIAS MÚLTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA, POR CUADRANTE SOD	$ 407.950
30	231500B	COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTE RETENIDO (VENTANA QUIRÚRGICA) SOD	$ 407.950
31	232101B	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA	$ 33.657

32	232102B	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	$	58.613
33	232103B	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	$	39.597
34	232104B	OBTURACIÓN DENTAL	$	58.613
35	232200B	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD	$	58.613
36	232300B	COLOCACIÓN DE PIN MILIMÉTRICO SOD	$	42.359
37	232401B	RECONSTRUCCIÓN DE ÁNGULO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO	$	133.586
38	232402B	RECONSTRUCCIÓN TERCIO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO	$	291.868
39	232403B	RECONSTRUCCIÓN DENTAL	$	291.868
40	233100B	RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN METÁLICA SOD	$	586.134
41	233200B	RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN NO METÁLICA SOD	$	911.765
42	234101B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES)	$	56.112
43	234102B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)	$	56.112
44	234103B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN FORMA PLÁSTICA	$	56.112
45	234104B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA ACRÍLICA TERMOCURADA	$	256.649
46	234105B	INSERCIÓN O APLICACIÓN DE CORONA	$	781.512
47	234201B	COLOCACIÓN O INSERCIÓN DE PRÓTESIS FIJA CADA UNIDAD (PILAR Y PÓNTICOS)	$	307.134
48	234202B	RECONSTRUCCIÓN DE MUÑONES	$	312.605
49	234203B	PATRÓN DE NÚCLEO	$	125.198
50	234204B	REPARACIÓN DE PRÓTESIS FIJA	$	468.908
51	234301B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) MUCOSOPORTADA	$	703.362
52	234302B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) DENTOMUCOSOPORTADA	$	703.362
53	234303B	REPARACIÓN DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL	$	312.605
54	234401B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL MEDIO CASO SUPERIOR O INFERIOR Incluye: PRÓTESIS	$	1.094.118
55	234402B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL SUPERIOR E INFERIOR Incluye: PRÓTESIS	$	2.031.933
56	235100B	REIMPLANTE DE DIENTE SOD	$	216.636
57	235200B	TRASPLANTE DE DIENTE (INTENCIONAL) SOD	$	216.636
58	236100B	IMPLANTE ALOPLÁSTICO CERÁMICO SOD	$	183.813
59	236200B	IMPLANTE ALOPLÁSTICO METÁLICO SOD	$	183.813
60	236300B	IMPLANTE DENTAL ALOPLÁSTICO (ÓSEOINTEGRACIÓN) SOD	$	388.255
61	237101B	PULPOTOMÍA CON PULPECTOMIA	$	93.781
62	237102B	PULPOTOMÍA	$	93.781
63	237200B	APEXIFICACIÓN (INDUCCIÓN DE APEXOGÉNESIS) SOD	$	625.210
64	237301B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	$	121.291
65	237302B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	$	303.852
66	237303B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$	548.622
67	237304B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	$	60.802
68	237305B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	$	60.802
69	237306B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR	$	548.622
70	237401B	CURETAJE APICAL CON APICECTOMÍA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGÍA PERIRRADICULAR)	$	273.530

71	237501B	PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN RESORCION RADICULAR (INTERNA Y EXTERNA)	$	548.622
72	237502B	PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS EN FRACTURAS RADICULARES	$	548.622
73	237601B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR TREPANACIÓN Y DRENAJE	$	548.622
74	237602B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR INCISIÓN	$	548.622
75	237603B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA	$	548.622
76	237701B	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR) ÚNICA	$	183.813
77	237702B	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR) MÚLTIPLE	$	183.813
78	237703B	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR)	$	183.813
79	237800B	HEMISECCIÓN DEL DIENTE SOD	$	183.813
80	237901B	BLANQUEAMIENTO DE DIENTE (INTRÍNSECO) POR CAUSAS ENDODÓNTICAS	$	312.605
81	237902B	EXPLORACIÓN Y MOVILIZACIÓN DE NERVIO DENTARIO INFERIOR	$	388.255
82	240200B	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	$	143.642
83	240300B	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD	$	153.958
84	240400B	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIODONTAL (CERRADO CON ALISADO RADICULAR) SOD	$	153.958
85	241101B	BIOPSIA INCISIONAL DE ENCÍA	$	86.279
86	241102B	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA CON CIERRE PRIMARIO	$	86.279
87	241103B	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA Y RECUBRIMIENTO CON COLGAJO O INJERTO	$	86.279
88	241104B	BIOPSIA DE ENCÍA	$	86.279
89	241200B	BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR SOD	$	129.422
90	242101B	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)	$	153.958
91	242102B	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE	$	153.958
92	242103B	PLASTIA MUCOGINGIVAL	$	153.958
93	242201B	CURETAJE A CAMPO ABIERTO	$	183.813
94	242202B	CIRUGÍA A COLGAJO CON RESECCIÓN RADICULAR (AMPUTACIÓN, HEMISECCIÓN)	$	183.813
95	242204B	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (SIN MATERIAL)	$	468.908
96	242205B	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (CON MATERIAL)	$	937.815
97	242300B	PLASTIAS PREPROTÉSICAS (AUMENTO DE CORONA CLÍNICA) SOD	$	183.813
98	242400B	REPARACIÓN O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS, MEMBRANAS) SOD	$	234.454
99	243101B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS	$	215.697
100	243102B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS	$	301.977
101	243103B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS	$	345.116
102	243104B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS	$	388.255
103	243105B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCIÓN DE ESTRUCTURAS VECINAS U ÓSEAS	$	589.261
104	243106B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO	$	1.205.093
105	243107B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO PEDICULADO	$	1.317.631
106	243108B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO PEDICULADO	$	1.488.000
107	243109B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO LIBRE	$	1.891.261
108	243110B	RESECCIÓN DE LESIÓN DE ENCÍA	$	215.697

109	243201B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MENOR DE TRES CENTÍMETROS	$	153.958
110	243202B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MAYOR DE TRES CENTÍMETROS	$	183.813
111	243203B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA	$	183.813
112	243301B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA INTRAORAL	$	301.977
113	243302B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA EXTRAORAL	$	388.255
114	243303B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE	$	388.255
115	243400B	GINGIVECTOMIA SOD	$	183.813
116	243501B	CUÑA DISTAL	$	153.958
117	243502B	OPERCULECTOMÍA	$	183.813
118	244101B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO HASTA DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	$	301.977
119	244102B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	$	388.255
120	244103B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO	$	388.255
121	244104B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA CON INJERTO ÓSEO LIBRE	$	388.255
122	244105B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO PEDICULADO	$	388.255
123	244106B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO LIBRE	$	388.255
124	244107B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA	$	388.255
125	244108B	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO	$	215.697
126	244109B	RESECCIÓN DE LESIÓN ODONTOGÉNICA SOD	$	388.255
127	245100B	REGULARIZACIÓN DE REBORDES SOD	$	175.215
128	245200B	ALVEOLECTOMÍA SOD	$	386.692
129	247401B	FERULIZACIÓN RÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	$	122.073
130	247402B	FERULIZACIÓN SEMIRÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	$	82.372
131	247403B	FERULIZACIÓN	$	122.073
132	248100B	CIERRE DE DIASTEMA (ALVEOLAR, DENTAL) SOD	$	301.977
133	248200B	AJUSTAMIENTO OCLUSAL SOD	$	81.069
134	249100B	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRÚRGICA SOD	$	94.563
135	274101B	FRENILLECTOMIA LABIAL VÍA ABIERTA	$	115.664
136	760902B	DECORTICACIÓN O CURETAJE ÓSEO EN HUESO FACIAL	$	345.116
137	870101B	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA) Incluye: CON CEFALOSTATO	$	96.595
138	870112B	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	$	56.026
139	870113B	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	$	56.026
140	870114B	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MAXILARES, SUPERIOR E INFERIOR [ORTOPANTOMOGRAFÍA]	$	56.026
141	870131B	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]	$	56.026
142	870440B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES OCLUSALES	$	29.385
143	870450B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS	$	17.460
144	870451B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	$	17.460
145	870452B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	$	17.460
146	870453B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	$	17.460
147	870454B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	$	17.460

148	870455B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	$	17.460
149	870456B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO	$	156.302
150	870460B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES CORONALES	$	17.460
151	763101B	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL	$	2.196.519
152	763102B	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, SEGMENTARIA	$	1.897.301
153	763103B	HEMIMANDIBULECTOMÍA SIN DESARTICULACIÓN	$	4.216.225
154	763104B	HEMIMANDIBULECTOMÍA CON DESARTICULACIÓN	$	6.640.555
155	764101B	MANDIBULECTOMÍA TOTAL CON RECONSTRUCCIÓN ÓSEA	$	6.113.527
156	764201B	MANDIBULECTOMÍA TOTAL SIN RECONSTRUCCIÓN ÓSEA	$	5.059.471
157	762105B	ELIMINACIÓN DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR	$	474.325
158	766402B	CORTICOTOMIA MANDIBULAR	$	790.543
159	270101B	INCISIÓN Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	$	295.136
160	270102B	INCISIÓN Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	$	527.028
161	270103B	INCISIÓN Y DRENAJE EN CAVIDAD BUCAL	$	527.028
162	767302B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION	$	2.635.141
163	767402B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERNA	$	3.162.169
164	767403B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERNA	$	4.743.254
165	767404B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERNA	$	6.324.339
166	767201B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO CON FIJACION INTERNA	$	3.689.197
167	767701B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON FIJACION	$	1.264.868
168	767802B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACION	$	1.054.056
169	767602B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	$	3.162.169
170	767603B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	$	3.162.169
171	767502B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	$	1.054.056
172	767503B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	$	1.370.273
173	275303B	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL	$	411.082
174	764302B	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO	$	4.216.225
175	768110B	INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO POR REBORDE ALVEOLAR	$	2.108.113

NOTA 3: *los servicios no relacionados en el anterior listado pero que la entidad este en capacidad de prestar, estos pueden ser ofertados, para ser analizados y verificar su viabilidad para luego ser prestado, previa autorización del supervisor del contrato.*

ANEXO No. 2

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

ÍTEMS	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud	**X**	
2	Certificado de Habilitación Vigente de los servicios ofertados en la ciudad de Riohacha D.E.T. y C., expedido por la Secretaria de Salud o entes departamentales designados para tal fin.	**X**	
3	Formulario de inscripción de Novedades de servicios ofertados	**X**	
4	Modelo de prestación de servicios de salud	**X**	
5	Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad Instalada y firmada por el representante legal	**X**	
6	Proceso de atención al usuario	**X**	
7	Portafolio de servicios de salud actualizados para el año 2022 (incluir tarifas)	**X**	
8	Anexar instructivo o protocolo para la referencia de usuarios donde se documenten las líneas de comunicaciones (teléfonos, fax, correo electrónico), que garanticen la oportunidad de respuesta inmediata con un máximo de 2 horas para respuesta	**X**	
9	**EXPERIENCIA PROPONENTE** El oferente deberá acreditar una experiencia mínima, para lo cual, deberá presentar certificaciones o copia de Contratos, ejecutados o en ejecución dentro del Territorio Nacional Colombiano, cuyo objeto sea igual o similar al del presente proceso, sea con entidades estatales o privadas (Diligenciar Formulario No. 6 *Formulario Experiencia del Proponente* de este documento).	**X**	
10	**RECURSO HUMANO** Para la prestación de servicios servicios de odontología especializada, apoyos diagnósticos, procedimientos quirúrgicos y de rehabilitación oral, con el fin de garantizar la calidad de los servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, el proponente deberá demostrar del personal dispuesto para cubrir el servicio ofertado con base en los siguientes parámetros: • **Nivel de educación o nivel académico:** Educación recibida en entidades educativas debidamente reconocidas ante el ministerio de educación. Asociada a los niveles de primaria, secundaria, técnica, tecnológica, profesional-universitaria, especializaciones, maestrías y doctorados. • **Experiencia:** Tiempo de experiencia laboral mínimo de doce (12) meses de la entrega del Título como profesional. • **Habilidades:** Comunicación asertiva: Que permita tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, prestando un servicio respetuoso, efectivo, humanizado, cercano al ciudadano y de calidad que garantice el cumplimiento de todas las actividades inherentes a su quehacer que propendan por la seguridad del paciente; Capacidad de trabajo en equipo, que le permita tener actitud de aprendizaje y mejora continua; Informática, nivel usuario; Individualización y priorización de cuidados; Manipulación de residuos; Visión continua e integral de los procesos con respeto y valoración del trabajo de los demás; Afrontamiento del estrés que le permita sensibilizarse con las necesidades de los demás Para cual el proponente deberá presentar certificación firmada por el representante legal, garantizando textualmente el cumplimiento de los anteriores parámetros y, adicional a ello, anexar listado en formato Excel del personal dispuesto para cubrir el servicio ofertado con los siguientes datos: nombres y apellidos completos, numero de cedula de ciudadanía, profesión y especialidad o subespecialidad, número de registro médico (si aplica).	**X**	
11	**CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA** Las entidades interesadas en presentar oferta en el presente proceso de contratación tendrán que demostrar mediante documentos escritos que harán parte integral de la oferta donde se especifique la capacidad instalada, equipos, recurso humano con el fin de identificar las mejores condiciones requeridas por la Institución. Además de tener sede en la Ciudad de Riohacha, habilitada en los términos de las normas aplicables,	**X**	

<table>
<tr><th>ÍTEMS</th><th>CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS</th><th>CUMPLE</th><th>NO CUMPLE</th></tr>
<tr><td></td><td>para la prestación de los servicios de salud solicitados (Diligenciar Anexo No. 8 CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA de este documento).</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>12</td><td>SEGURIDAD DEL PACIENTE
El proponente debe garantizar el reporte de los eventos adversos presentados en la IPS de nuestros usuarios, los cuales se deben analizar. Lo anterior en cumplimiento de los lineamientos de la política de seguridad de la paciente emanada por el Ministerio de salud y Protección Social en Colombia. Para lo anterior anexar carta de compromiso de cumplimiento de las políticas de seguridad del paciente</td><td>X</td><td></td></tr>
<tr><td>13</td><td>COMPROMISO AMBIENTAL
El oferente deberá diligencia el Anexo No. 9 FORMULARIO DE COMPROMISO AMBIENTAL de este documento, donde se deberá comprometerse a realizar buenas prácticas ambientales, en cumplimiento a la Legislación Ambiental Colombiana vigente en lo que respecta a la entrega de los elementos pos consumos y a su disposición final, durante la ejecución del futuro contrato.</td><td>X</td><td></td></tr>
<tr><td>14</td><td>OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO
El oferente debe contar con oficina de atención al usuario que en forma permanente atienda los requerimientos y solicitudes en forma personalizada. El oferente debe presentar hoja de vida de la persona encargada anexando los teléfonos de contacto, y líneas de atención para todos los servicios permanente.</td><td>X</td><td></td></tr>
<tr><td>15</td><td>PERSONA ENLACE
El oferente tiene que informar en su oferta la persona enlace, que se encargará de resolver aquellos eventos relacionados con la referencia y contrarreferencia de usuarios, asignación de citas, oportunidad, precisión de exámenes, procedimientos y actividades y todos aquellos que se presentan durante la ejecución del contrato.
Nombre: ROSSANA CAROLINA PEREZ VIVERO
Teléfonos: 5) 7292914-3015811622
Correo electrónico asignación_citas@odontscenterips.com</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>16</td><td>OPORTUNIDAD PARA LA ATENCIÓN
El oferente debe estar en condiciones de prestar los servicios con la oportunidad mínima a continuación detallada:
<table><tr><th>ÍTEM</th><th>DÍAS PARA LA ATENCIÓN</th><th>OPORTUNIDAD OFERTADA</th></tr><tr><td>1</td><td>0 - 3</td><td></td></tr><tr><td>2</td><td>4 – 6</td><td>X</td></tr><tr><td>3</td><td>7 – 10</td><td></td></tr><tr><td>4</td><td>11 – 15</td><td></td></tr><tr><td>5</td><td>16 días en adelante</td><td></td></tr></table>Anexar comunicación donde indique la oportunidad a ofrecer durante la ejecución del futuro contrato.</td><td>X</td><td></td></tr>
<tr><td>17</td><td>DOCUMENTOS SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
El oferente deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo” y la Resolución No. 0312 de 2019 “Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo”, y deberá presentar:
1. Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) o firmado por Responsable de SST y Empleador donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración “Moderadamente Aceptable” (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial o</td><td>X</td><td></td></tr>
</table>

ÍTEMS	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLE	NO CUMPLE
	Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato. 2. Certificado de asignación responsable de SST para el diseño y ejecución del Sistema de Gestión de SST de acuerdo a la resolución 0312 del 2019 según el nivel de riesgo y número de trabajadores como lo dispone la resolución 0312, anexando los documentos de soporte tales como: Certificado de asignación de responsable del SGSST de la empresa, título de acuerdo al nivel de formación según perfil de la resolución para tamaño de empresa y nivel de riesgo (tecnólogo, profesional o especialista, licencia de prestación de servicios en SST y certificado de curso del SGSST de 50 Horas. 3. Formulario de compromiso firmado por el representante legal de la empresa, de acuerdo al Anexo No. 7 *FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL* de este documento.		
18	**MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD** El oferente deberá cumplir con las normas universales de bioseguridad, manejo de desechos, asepsia y antisepsia, así como con la normatividad vigente para el manejo de desechos comunes sólidos, así como de desechos intrahospitalarios sólidos y líquidos de acuerdo a la normatividad establecida para tal efecto por el Ministerio de Salud y el Ministerio del Medio Ambiente. Por lo tanto el oferente deberá presentar: • PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES - PGIRHS actualizado de la entidad (en cumplimiento al Decreto 1076 de 2015 expedido por el MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE) • Registro de generación de residuos generados en la atención en salud (link IDEAM), • Informe de indicadores ambientales radicado en la autoridad ambiental • Informe de caracterización de aguas residuales (Resolución 0631 del 17/03/2015 expedida por el MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE) • Actas de incineración de residuos. Lo anterior podrá ser objeto de verificación VISITA TÉCNICA por parte del comité evaluador.	**X**	
19	Tener sede en la ciudad de Riohacha (La Guajira), habilitada en los términos de las normas aplicables, para la prestación de los servicios ofertados, información que será verificada con el Certificado de Habilitación de los servicios ofertados	**X**	
20	Garantizar la prestación ininterrumpida del servicio durante la ejecución del contrato. El oferente deberá tener un plan de contingencia para cubrir los casos en los que no pueda prestar el servicio por sí mismo.	**X**	
21	Prestar el servicio siempre y cuando el usuario presente la autorización de servicio de la oficina de referencia y contra referencia, documento de identidad que acredite la condición del usuario (carnet o constancia vigente)	**X**	
22	En caso de requerir un servicio los cuales no estén contemplado dentro del contrato, este podrá ser prestado con previa cotización del servicio, autorización por parte del supervisor del contrato, jefe de Unidad Prestadora de Servicios de Salud Guajira, y autorización del servicio por parte de la oficina de referencia.	**X**	
23	La entidad prestadora del servicio se abstendrá de realizar exámenes y/o otros procedimientos que estén por fuera de la orden de autorización realizada por la oficina de referencia de la UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD GUAJIRA, así mismo de exigir el pago de exámenes y/o procedimientos adicionales para la atención del usuario	**X**	
24	El futuro contratista se compromete a prestar los servicios médicos autorizados por comité técnico científico “CTC”, por parte de nivel central, así mismo los servicios autorizados por TUTELAS, siempre y cuando estos servicios estén autorizados por la oficina de referencia y contra referencia de la UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD GUAJIRA y serán cancelados con recursos propios del contrato.	**X**	
25	Cumplir con las obligaciones de pagar mensualmente los aportes de afiliación y cotización a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio	**X**	

ÍTEMS	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLE	NO CUMPLE
	Nacional de Aprendizaje, cuando a ello haya lugar de acuerdo con los artículos 282 de la Ley 100 de 1993, parágrafo 2 del artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 1ro de la Ley 828 de Julio 10 de 2003; para tal fin deberá allegar con la correspondiente factura certificación donde conste dicho cumplimiento firmada por el Representante Legal y revisor fiscal si conforme a las normas pertinentes estuviera obligado a tenerlo, vigente a la fecha de la facturación		

NOTA 1: ***Toda la información aquí relacionada se puede verificar en el expediente electrónico del proceso de la página web de Colombia Compra Eficiente – SECOP II.***

NOTA 2: En caso de consulta se puede verificar en el siguiente link:

https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/ContractNoticePhases/View?PPI=CO1.PPI.21642842&isFromPublicArea=True&isModal=False