DECLARACION REGISTROS SANITARIOS INVIMA VIGENTES

NORTE DE SANTANDER_____

OFERENTE: _____

Declaro bajo la gravedad de juramento, que para las moléculas requeridas por la Unidad Prestadora de Salud Norte de Santander, en su totalidad CUENTAN CON REGISTROS SANITARIOS (INVIMA) vigentes, de acuerdo con los parámetros exigidos por el Ministerio de Salud, hoy de la Protección Social, según Decreto 677 de 1995 y demás normas reglamentarias vigentes.

Si la propuesta presentada por la firma que represento fuera la ganadora en el proceso de contratación declaro que los respectivos registros serán presentados al Supervisor del Contrato una vez entre en ejecución el contrato respectivo.

Nota: Se exceptúan de este requisito los medicamentos comercializados por el Fondo Nacional de Estupefacientes, las drogas blancas y fórmulas magistrales.

Nota: En caso de encontrarse algún registro en trámite, deberá adjuntarse copia de la solicitud de renovación debidamente radicada ante el INVIMA

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.

CERTIFICACION DE DISPONIBILIDAD DE UNA LÍNEA TELEFONICA

NORTE DE SANTANDER, _____

OFERENTE: _____

Bajo la gravedad de juramento certifico que dispondré de una línea telefónica directa atendida por el coordinador del contrato desde el inicio del mismo y durante su vigencia, para que el supervisor del contrato tenga contacto permanente con el proveedor. La línea será atendida durante el horario que se proponga en el ANEXO No. 17 CERTIFICACION CUBRIMIENTO DE LA TOTALIDAD DEL PUNTO DE SUMINISTRO OFERTADOS, DIAS DE ATENCION Y HORARIOS

Lo anterior podrá ser verificado por la UNIDAD en cualquier momento durante la ejecución del contrato

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.

CERTIFICACION DE LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS

NORTE DE SANTANDER _____

OFERENTE: _____

Bajo la gravedad del juramento, declaro que los medicamentos entregados a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional - La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER, no serán entregados con fechas de vencimiento inferiores a un año. Cuando técnicamente no sea posible cumplir esta condición, la fecha de vencimiento en ningún caso podrá ser inferior al 75% de la vida útil del medicamento entregado

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.

Certificación de BUENAS PRÁCTICAS DE ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS emitida por el INVIMA

NORTE DE SANTANDER _____

OFERENTE: _____

Bajo la gravedad del juramento, declaro que el almacén (es) o la bodega central de medicamentos ofrecidos para la Contratación cumple (n) con los requisitos mínimos que enuncio a continuación:

- Medición de humedad y temperatura.
- Control de plagas
- Control red de frío
- Sección de controlados
- Zona de rechazados
- Manual de procedimientos operativos del almacenaje y distribución de medicamentos.
- La fecha de vencimiento de los medicamentos a suministrar no será inferior un año.
- Todas las normas exigidas por el Ministerio de Protección Social, Secretaria de Salud y demás autoridades sanitarias para este efecto.

Lo anterior podrá ser verificado por la Unidad Prestadora de Salud Norte De Santander en cualquier momento durante la ejecución del contrato

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

CERTIFICACION DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CONSIDERADOS CASOS ESPECIALES

Norte De Sanatander _____

OFERENTE: _____

Declaro bajo la gravedad de juramento, que durante la vigencia del contrato y por necesidad expresa del contratante, realizare la distribución y suministro de medicamentos considerados casos especiales:

- Medicamentos no ofertados por el contratista en su oferta.
- Cambio de marcas por desabastecimiento del laboratorio o Reemplazos por Fármaco-vigilancia.
- Medicamentos no incluidos en el ANEXO FORMATO Y VALORACION DE LA OFERTA ECONOMICA

Garantizaré el suministro en el menor tiempo posible una vez se efectúe la comunicación por escrito al Contratista por parte del DEPARTAMENTO DE POLICIA NORTE DE SANTANDER.

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

CERTIFICACION DE INVENTARIO MINIMO

NORTE DE SANTANDER, _____

OFERENTE: _____

Bajo la gravedad del juramento, declaro que los puntos de suministro cuentan con un stock mínimo de treinta (30) días para el suministro de medicamentos.

Lo anterior podrá ser verificado por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO No5- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER en cualquier momento durante la ejecución del contrato

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

COMPROMISO DE SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS.

NORTE DE SANTANDER, _____

OFERENTE: _____

Bajo la gravedad del Juramento con ocasión de la contratación para el suministro de medicamentos, certifico que mantendré los precios presentados en mi oferta para cada una de las moléculas a suministrar y los precios establecidos posteriormente para las moléculas no ofertadas, durante la vigencia del contrato y las eventuales adiciones.

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

DECLARACIÓN DE PLAN DE GESTIÓN DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTOS POS CONSUMO DE FARMACOS O MEDICAMENTOS VENCIDOS

NORTE DE SANTANDER, _____

OFERENTE: _____

Bajo la gravedad de juramento certifico que dispongo de un Plan de GESTION DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTOS POSCONSUMO DE FARMACOS O MEDICAMENTOS VENCIDOS siendo el instrumento de gestión de acuerdo a Resolución 0371 del 26 de Febrero de 2009 del Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial que contiene el conjunto de reglas, acciones, procedimientos y medios dispuestos para facilitar la devolución y acopio de productos pos consumo que al desecharse se convierten en residuos o desechos peligrosos, con el fin de que sean enviados a instalaciones en las que se sujetarán a procesos que permitirán su aprovechamiento y/o valorización, tratamiento y/o disposición final controlada.

Lo anterior podrá ser verificado por la UNIDAD en cualquier momento durante la ejecución del contrato

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

CIUDAD Y FECHA

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°5
Calle 60 No 27-82 conucos plaza
Bucaramanga.

Yo_____, representante legal de la_____, certifico que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjetas profesionales 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 AÑO**, inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS), que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual, contando como mínimo en su oferta de personal con un:

Regente de farmacia o químico farmacéutico
Auxiliares en servicios farmacéuticos
Técnico o tecnólogo en químicos

El oferente deberá presentar los siguientes documentos **para el Municipio de Ocaña;**

*copia de la cedula
*copia del título otorgado por una institución de educación acreditada ante el ICFES
*certificado de inscripción ante el ente rector de la Salud del Departamento de Norte de Santander, como expendedor de Medicamentos.

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

CERTIFICACION CUBRIMIENTO DE LOS PUNTOS DE SUMINISTRO OFERTADOS, DIAS DE ATENCION Y HORARIOS

NORTE DE SANTANDER, _____

OFERENTE: _____

Bajo la gravedad del juramento, declaro que me comprometo a suministrar los medicamentos con punto de dispensación en el municipio OCAÑA, a los usuarios atendidos en los municipios de ABREGO, EL CARMEN, ACARI, SAN CALIXTO, TEOREMA, CONVENCIÓ, RIO DE ORO, GONZÁLEZ Y DEMÁS MUNICIPIOS ALEDAÑOS, DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA NORTE DE SANTANDER., **el establecimiento habilitado para prestar el servicio atenderá** de lunes a domingo durante la vigencia del mismo, con horario de atención que no debe ser inferior al horario de las 08:00 a las 18:00 horas en jornada continua y para los sábados y domingo media jornada de 08:00 a 12:00 horas, o en su defectos debido a la complejidad del orden público en ciertos municipios el cual no se logre obtener un establecimiento que pueda prestar el servicio nos comprometemos a dar cumplimiento de la entrega de los medicamentos en los diferentes distritos principales garantizando el fácil acceso a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional o en la entrega de los mismos en un término no superior a 36 horas.

Nº	PUNTO DE ATENCION	NOMBRE DE LA DROGUERIA O FARMACIA	DIRECCION	TELEFONO
1				
2				

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. Cumplir con el objeto contractual.

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

3. Cumplir cabalmente con sus obligaciones. Frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar. Sena e ICBF). Por cuanto el cumplimiento de ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.

4. Constituir en debida forma y aportar al Grupo de contratos de LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD. No. 5 RASES dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato.

5. 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.

6. 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 Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.

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

8. Prestar los servicios objeto del contrato en forma permanente, eficiente, amable y con excelente trato, dentro de los horarios de atención estipulados para cada servicio de manera oportuna y con calidad sin discriminación frente a otro tipo de usuarios que atienda.

9. Atender a los usuarios con la mayor diligencia y cuidado utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional el orden público lo moral y las buenas costumbres.

10. En igualdad de condiciones clínicas tiene prioridad la atención a maternas menores de 5 años y adulto mayor.

11. La atención del evento adverso prevenible o evitable, entendido como "el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente" corre por cuenta del prestador, no será cancelado por el SSPN según lineamientos y guía de seguridad del paciente establecidos por el Ministerio de la Protección Social. El evento adverso deberá ser notificado, gestionado e informado a la Oficina de Redes Integrales de La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 5. -RASES-. Deberá responder por los eventos adversos prevenibles o evitables, que se generen a los usuarios en desarrollo del presente contrato, según análisis conjunto realizado por el Comité de Garantía de Calidad o quien haga sus veces de la entidad Contratante y de la entidad Contratista

12. La prescripción de medicamentos por urgencias solo se hará para atender la misma. Medicamentos para uso ambulatorio solo podrán ser entregados por la IPS contratista para continuar el tratamiento. La transcripción de la fórmula de medicamentos y autorizaciones de servicios medicos se hará de lunes a domingo en horario de: **Horario en la mañana:** Lunes a viernes 8:00 am a 12:00 meridiano y 14:00 a 18:00 hrs. En las instalaciones de la Unidad Prestadora de Servicios.

13. Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias.

14. El CONTRATISTA debe contar con los certificados de habilitación de los servicios a prestar soportado por registro único de habilitación para cada uno de los servicios a contratar en su IPS sede principal y cada una de las IPS sedes alternas puestas a disposición de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

15. INFORMACIÓN QUE EL CONTRATISTA DEBE SUMINISTRAR A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD.No. 5 RASES – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

a. Notificar al Supervisor del contrato en forma oportuna. respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato.
b. El CONTRATISTA se obliga a generar un reporte QUINCENAL de la ejecución del contrato cuando éste supere el CINCUENTA (50) POR CIENTO. Lo anterior a efectos de llevar un mayor control y así no generar interrupciones en la prestación de servicios o que estos se presten sin respaldo presupuestal.
c. Cuando se haya consumido el 70% del presupuesto asignado en el contrato. el Contratista deberá informar mediante oficio a La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. RASES **y al Supervisor del contrato. Lo anterior con el fin de no exceder el valor contratado y de esta manera evitar que se presenten facturas que no cuenten con el debido respaldo contractual; si llegase a suceder. el Contratante no se hace responsable de la cancelación de las mismas (excepto las atenciones que sean de urgencias).**
d. Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Jefatura de La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. RASES- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DESANTANDER.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

POLICIA NACIONAL

DIRECCION DE SANIDAD

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. RASES.

FECHA	
ENTIDAD	
CONTRATO No	
FECHA DE INICIO	
FECHA DE TERMINACION	

VALOR DEL CONTRATO	
ADICIÓN No1	
ADICION No 2	
TOTAL	

DIAS SEMANA	FECHA	VALOR EJECUTADO	Nro. USUARIOS	Nro. PROCEDIMIENTOS	VALOR TOTAL
LUNES					
MARTES					
MIERCOLES					
JUEVES					
VIERNES					
SABADO					
DOMINGO					

16. El proponente garantizará el suministro de los medicamentos de forma inmediata en el momento que el usuario lo requiera, y en caso de no contar con el medicamento, su entrega s no podrá ser superior a 3 días calendario, cumpliendo con el procedimiento establecido.

17. El proponente garantizará en el evento que un medicamento salga del mercado o presente escasez, bien sea por que la casa farmacéutica deja de producirlo, su producción es insuficiente o es retirado del mercado por el INVIMA, el Contratista deberá informar por escrito esta situación al LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD.No. 5 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD en un término máximo de 48 horas a partir de la presentación del evento, incluyendo los documentos soporte, con el fin de concertar el cambio cuando se considere pertinente.

18. Presentar la facturación los diez (10) primeros días de cada mes en la Ventanilla de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER, con los anexos y requerimientos correspondientes descritos en la cláusula Forma de Pago del contrato.

19. El Contratista deberá reportar oportunamente al Supervisor del contrato cualquier novedad contractual (déficit de recurso humano o tecnológico) que dificulte la prestación de los servicios a la población de LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD.No. 5 RASES- UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER Y documentando a la vez plan de contingencia o probables soluciones para la prestación del servicio.

20. El proponente garantizara que los puntos deben contar con un stock mínimo para suministro de treinta (30) días para que la entrega del medicamento sea de forma inmediata, teniendo en cuenta que la vigencia de la fórmula no es mayor a tres (03) días (72 horas). o quien se delegue, se reserva el derecho de verificación de cumplimiento de esta condición, en cualquier momento.

21. El Contratista deberá certificar bajo la gravedad de juramento en forma escrita que se compromete a suministrar los medicamentos garantizando el fácil acceso a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, punto que deberá funcionar a partir del inicio de ejecución del contrato, siete (07), días a la semana de lunes a domingo durante la vigencia del mismo, con horario de atención que no debe ser inferior al horario de las 08:00 a las 18:00 horas en jornada continua y para los sábados y domingo media jornada de 08:00 a 12:00 horas**.** El Contratista contará con una línea telefónica directa, y/o Telefonía Celular atendida por el coordinador del contrato desde el inicio del mismo y durante su vigencia, para que el supervisor del contrato tenga contacto permanente con el proveedor. La línea debe ser atendida de lunes a viernes entre las 08:00 y las 18:00 horas, y los días sábados hasta las 12:00 PM.

22. Los medicamentos que se suministren deberán estar contemplados en el Acuerdo 052 de 2013 del CSSSMP y deben ser dispensados en su denominación común internacional (genérica) según Decreto 2200 de 2005. Los medicamentos que se encuentren regulados en la normatividad vigente. Serán reconocidos con el valor máximo establecido por el Ministerio de la Protección Social en la normatividad que aplica para los mismos En el caso de los medicamentos no incluidos en el Vademécum. Se deberá realizar el trámite a través del Comité Técnico Científico. Por lo que se deberá diligenciar el formato del **ANEXO** (Se anexa formato NO POS y Acuerdo 052 de 2013).

23. Se requiere que el servicio se preste en el municipio de OCAÑA del departamento Norte de Santander, con criterios de oportunidad. Continuidad. Accesibilidad. Seguridad. Eficacia. Eficiencia y pertinencia.

24. Verificar la información del usuario (verificación de derechos) que permita establecer que pertenece al Subsistema de Salud de la POLICIA NACIONAL.

25. Explicar al usuario los procedimientos a realizar que permitan mantener informado al usuario y facilitar su consentimiento.

26. EL CONTRATISTA DEBERÁ EXPEDIR PAZ Y SALVO AL MOMENTO DE TERMINACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO EN EL CUAL CONSTE. LA NO EXISTENCIA DE FACTURACIÓN PENDIENTE POR RADICAR EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. RASES. Y QUE SE ENCUENTRA APTO PARA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO.

27. El contratista DEBERA EXPEDIR CERTIFICACION MENSUAL EN LA CUAL CONSTE QUE NO TIENE FACTURAS PENDIENTES CON LOS SERVICIOS DEL MES PRESTADOS.

28. Deberá dar cumplimiento a la normatividad que sobre gestión ambiental se encuentre vigente y en especial a las disposiciones referentes al manejo de los residuos peligrosos que sean generados como consecuencia de la ejecución del contrato. Cuando haya lugar.

29. Disminuir los factores de riesgo biológicos a través de normas de Bioseguridad en el adecuado manejo de residuos hospitalarios.

30. Implementar el sistema de gestión integral de residuos hospitalarios con políticas de manejo interno de residuos. Con el fin de reducir los factores de riesgo a la salud de los usuarios. Prevenir. Mitigar y compensar los impactos ambientales y sanitarios.

31. La entidad aceptará las notificaciones que se efectúen por medio electrónico de las comunicaciones. Oficios. Avisos. y demás actos proferidos por La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. Al correo electrónico que se encuentre debidamente registrado en el contrato. Hoja de vida. Cámara de comercio. Ect.

32. Una vez se de carta de inicio al contrato el Oferente debera informar al supervisor la persona enlace, que se encargará de permitir a los usuarios y a las personas que delegue La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 tomar contacto con la farmacia a fin de solucionar los problemas que se presenten durante el desarrollo del contrato incluyendo aquellos sobre la oportunidad o autorización de medicamentos, Códigos o tarifas. Del mismo modo y a fin de que resuelvan aquellas eventualidades sobre la referencia y contrareferencia respecto a autorizaciones de medicamentos.

33. El Contratista se obliga a dar cumplimiento a las disposiciones legales y reglamentarias referentes a Higiene y Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución el contrato.

34. El Contratista deberá presentar la Certificación mensual donde se reporte que todos los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato. Se encuentran afiliados al Sistema de Seguridad Social.

35. El Contratista deberá presentar la Matriz de elementos de protección personal. Donde conste el suministro de elementos de dotación y protección personal. Que se requiere para la realización de sus actividades objeto del contrato. En caso de deterioro. Daño o pérdida deberá contemplarse los protocolos de reposición sin afectar la ejecución del contrato.

36. El Contratista deberá presentar el Informe de capacitación realizada a los trabajadores. Donde se evidencie la realización de inducción y reinducción en aspectos generales y específicos de las actividades por realizar que incluya entre otros la identificación de peligros y control de los riesgos en su puesto de trabajo. Y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales. Así como capacitaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo con las necesidades identificadas y donde se evidencie la firma de los trabajadores.

37. Responder dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente las solicitudes de Referenciación y Contrareferencia efectuadas por La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. So pena de la aplicación del procedimiento de multas y sanciones

38. Los medicamentos requeridos que no hayan quedado descritos y que hagan parte del Acuerdo 002 del 2001 y/o la resolución 5851 de 2018 y que estén dentro del portafolio de servicios del CONTRATISTA, serán prestados por la entidad a las tarifas aquí pactadas. Mediando solicitud del Supervisor del contrato. En caso de no existir referente para el cobro de éstos medicamentos. El Contratista presentará cotización como respuesta a la solicitud del Contratante. La cual será objeto de revisión por el Supervisor del contrato. Quien realizará una verificación de precios mínimos con otra entidad. Y en caso que la cotización del Contratista sea más elevada deberá ajustar la tarifa o valor con

el respectivo descuento. Se exceptúa los medicammentos prestados como Urgentes. Los cuales serán sujetos a Verificación por Auditoría Médica. Debiendo ser reportados a la Oficina de Referencia de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DENOR. Mediante la cual. Se hará la solicitud formal de la atención. Programa éste que cumple con la normatividad vigente. Sobre Referencia y solicitud de autorizaciones. Decreto 4747 y las demás normas que lo modifiquen.

39 El Contratista deberá garantizar la dispensación de los bienes objeto del contrato a las tarifas presentadas en la oferta económica (la cual forma parte integral del presente contrato).

40. 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.

41. Se desarrollara mensualmente una reunión respecto a lo indicado a fin de realizar el correspondiente seguimiento al contrato. Reunión que contará con el personal que las partes consideren necesario. Elevando un acta escrita de cada reunión celebrada.

42. El Contratista 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".

43. Atender con la inmediatez que ordene el juez constitucional los procedimientos que se deban surtir para acatar un fallo de tutela, incidente de desacato, medida provisional y demás, generando el apoyo a LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD.No. 5 RASES para dar cumplimiento a las órdenes judiciales, entregando la información para aportar pruebas, certificaciones y demás requerimientos que se impartan por los entes judiciales.

44. Certificación del Término para la Entrega de Medicamentos: El proponente deberá certificar bajo la gravedad de juramento en forma escrita que garantizará el suministro de los medicamentos de forma inmediata en el momento que el usuario lo requiera, y en caso de no contar con el medicamento la entrega de medicamentos no podrá ser superior a 3 días calendario., cumpliendo con el procedimiento establecido. Para la verificación de este aspecto el OFERENTE deberá diligenciar la totalidad del ANEXO 14. CERTIFICACION DEL TÉRMINO PARA LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS.

45.Certificación ante la Escasez o Salida de un Medicamento del Mercado: El proponente deberá certificar bajo la gravedad de juramento en forma escrita que en el evento que un medicamento salga del mercado o presente escasez, bien sea por que la casa farmacéutica deja de producirlo, su producción es insuficiente o es retirado del mercado por el INVIMA, el Contratista deberá informar por escrito esta situación a La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NORTE DE SANTANDER en un término máximo de 48 horas a partir de la presentación del evento, incluyendo los documentos soporte, con el fin de concertar el cambio cuando se considere pertinente. Para tal fin se suscribirá la correspondiente modificación al contrato.

46.certificación SOBRE EL FRACCIONAMIENTO EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS: El proponente deberá certificar bajo la gravedad de juramento en forma escrita, el compromiso de entrega de los medicamentos a los usuarios del DEPARTAMENTO DE POLICIA NORTE DE SANTANDER en forma fraccionada, teniendo en cuenta las presentaciones del medicamento tales como tabletas, cápsulas, grageas, comprimidos, jarabes, sobres, supositorios o ampollas basados en la formulación emitida por el profesional, por ejemplo: Amoxicilina por 500 mg. cápsulas No. 12, se deberá entregar las DOCE (12) cápsulas estipuladas en la fórmula. El proveedor se abstendrá de entregar elementos o productos diferentes a los formulados por el médico autorizador. Para la verificación de este aspecto el OFERENTE deberá diligenciar el ANEXO. 18 CERTIFICACION SOBRE EL FRACCIONAMIENTO EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS.

1. Una vez se surta el proceso de contratación estatal. Asignar un Supervisor el cual mantendrá la interlocución permanente y directa con **el CONTRATISTA**.

2. Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del Supervisor designado para el efecto. Exigiéndole la ejecución idónea y oportuna del objeto a contratar.

3. Recibir a satisfacción los servicios de salud prestados por el **CONTRATISTA.** Cuando estos cumplan con las obligaciones establecidas en el contrato y las especificaciones técnicas contenidas en el Anexo No.1 DATOS DEL CONTRATO.

4. 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 Jefatura de La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5. Sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento**.**

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

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

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

8. Poner a disposición del **CONTRATISTA** la información que se requiera para la ejecución del contrato.

9. Entregar vademécum de medicamentos Policía Nacional - Acuerdo 052 del 2013 Manual de Medicamentos y Terapéutica del SSMP.

10. Entregar el modelo de atención definido por la entidad responsable del pago SSPN Anexo ACUERDO NÚMERO 070 DE 2019 (agosto 2). Por el cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional" El cual se encuentra como **Anexo** en el presente estudio.

11. Las demás que por Ley sean establecidas.