MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAJIRA

Riohacha D.E.C y T, 15 de julio del 2019.

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

<table>
<tr><td>1.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL OBJETO</td><td>PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN TERAPEUTICA DE LOS PACIENTES CON ALTERACIONES NEUROLÓGICAS, DEL DESARROLLO PSICOMOTOR, DEL LENGUAJE Y COGNITIVAS Y TERAPIAS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAJIRA EN EL SUR DE LA GUAJIRA Y EL MUNICIPIO DE MAICAO.
<table>
<tr><th>CLASIFICACIÓN UNSPSC</th><th>Segmento</th><th>Familia</th><th>Clase</th><th>Producto</th></tr>
<tr><td>86131904</td><td>Servicios educativos y de formación</td><td>Servicios educativos especializados</td><td>Escuela para gente con discapacidades</td><td>Servicio de rehabilitación especializados para personas discapacitadas</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>1.2 VALOR ESTIMADO</td><td>El valor estimado en el presente proceso es de CUARENTA MILLONES DE PESOS $ 40.000.000,00 M/CTE. vigencia 2019 -2020 distribuidos así: VEINTE MILLONES DE PESOS M/CTE $20.000.000,00 M/CTE vigencia 2019 y para la vigencia 2020 la suma de VEINTE MILLONES DE PESOS M/CTE $20.000.000,00 de acuerdo a la aprobación de vigencias futuras impartida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público mediante oficio No 2-2019-013336 del 22 de abril del 2019, autorizado para el Departamento de Policía Guajira Área de Sanidad según oficio No.S-2019-022497 DISAN-PLANE del 29 de abril del 2019.</td></tr>
<tr><td>1.3 CERTIFICACIÓN PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES Y VIGENCIAS FUTURAS</td><td>Plan Anual de Adquisiciones No. 055 del 15/07 de 2019 - Recurso 16 –por valor de $ 20.000.000,00 M/CTE Vigencia 2019 y $ 20.000.000,00 M/CTE Vigencia 2020.</td></tr>
<tr><td>1.4 PERFIL Y CALIDAD DE LOS PROPONENTES</td><td>Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cumplan con el Objeto del presente proceso que se encuentren habilitadas y presten los servicios de Salud objeto del contrato.

Podrán participar los oferentes nacionales, extranjeros con representación en Colombia, en forma individual o conjunta</td></tr>
</table>

	(Consorcio, Unión Temporal, promesa de sociedad). Cumpliendo a cabalidad con cada una de las exigencias, condiciones, perfil, idoneidad y competencias requeridas en el presente estudio

1.5 IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y JUSTIFICACIÓN

La USP ARSAN DEGUA con el fin de dar cumplimiento a las exigencias del Decreto 1795 de 2000 y del Acuerdo 002 de 2000, ambos del Consejo Superior en Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional, tiene la necesidad de realizar la contratación de todos los servicios que los Usuarios requieran durante las cinco fases de atención que incluyen la Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación.

El Acuerdo 049 de Noviembre 19 de 1.998 del Consejo Superior de las Fuerzas Militares, aprueba el plan de servicios de Sanidad Militar y Policial en lo que respecta a la atención de niños discapacitados hijos de afiliados al sistema (SSMP), en el ARTICULO 4º. Intervenciones y procedimientos del plan de servicios de sanidad militar y policial, el cual establece una clasificación por grupos de intervenciones y procedimientos, homologándola al contenido del Manual de Tarifas para compra y venta de servicios establecidos por el ISS, así como las correspondientes clasificaciones para efectos de interacción a nivel de información nacional.

El Área de Sanidad del Departamento de Policía Guajira, atendiendo su naturaleza, nivel de complejidad y su razón de ser, requiere continuar ofreciendo la prestación del servicio de salud a los beneficiarios con ALTERACIONES NEUROLÓGICAS, DEL DESARROLLO PSICOMOTOR, DEL LENGUAJE Y COGNITIVAS con el fin de garantizar la atención oportuna en programas de rehabilitación integral, que contribuyan a mejorar la funcionalidad y calidad de vida, de acuerdo a sus capacidades y habilidades.

La USP ARSAN DEGUA posee especialistas en PSICOLOGIA Y FISIOTERAPIA en su planta de Personal, posee los Equipos sin embargo la estructura Física no es la adecuada para el manejo brindar atenciones diarias e intensivas a los pacientes con alteraciones neurológicas, del desarrollo psicomotor, del lenguaje y cognitivas, mediante actividades de apoyo terapéutico en áreas de Motricidad Gruesa, Motricidad Fina, Cognición, Comunicación, Interacción social y Socio-afectividad con la participación de profesionales en Terapia Ocupacional, Terapia Física, Terapia del Lenguaje, Psicología y Educación Especial, como parte del plan integral requerido que incluya programas de motricidad gruesa, fina y desempeño, cognición, comunicación, interacción social y socio-afectiva y las Actividades Complementarias (Hidroterapia, Terapia asistida con animales, Musicoterapia u otra), Ayudas Diagnósticas y Complementación terapéutica en Fonoaudiología, Terapia Ocupacional y terapia Física para atención individual de casos específicos de usuarios que no requieren la terapia integral y que no se prestan a través de la red propia del ESP DEGUA.

Con esta contratación se espera dar continuidad al programa de rehabilitación integral a los beneficiarios que asisten actualmente y así mismo poder brindar la posibilidad a otros que puedan requerir de estos servicios, cumpliendo así los objetivos propuestos para cada uno de acuerdo a la evaluación y seguimiento realizado por parte del grupo de PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, Y REHABILITACIÓN del Área de Sanidad Guajira.

2. CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.1 CONDICIONES TECNICAS

Los factores de verificación técnicas están descritos en el Anexo No. 2 del presente estudio previo, los cuales se comprobarán como CUMPLE o NO CUMPLE.

2.2 Experiencia Proponente en ofrecer el servicio

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

N°	CODIGO	DESCRIPCION	OFERTA	
			SI	NO
1	890210	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONOAUDIOLOGIA		
2	890310	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FONOAUDIOLOGIA		
3	930106	EVALUACION FONOAUDIOLOGICA DE DESORDENES DE LENGUAJE Y VOZ Incluye: PRUEBAS DE MINESSOTA, DINAMOMETRIA, DE DESORDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS, COGNOCITIVOS COMUNICATIVOS		
4	930107	PRUEBAS FONOAUDIOLOGICAS DE LA COMUNICACIÓN FUNCIONAL (HABLA)		
5	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL Incluye: AQUELLA PARA PROBLEMAS DE LENGUAJE, HABLA, AUDICION O COMUNICACION		
6	890213	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA OCUPACIONAL		
7	890313	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL Incluye: PRUEBAS DE TAMIZAJE		
8	990109	EDUCACION GRUPAL EN SALUD ,POR TERAPIA OCUPACIONAL		
9	990209	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD ,POR TERAPIA OCUPACIONAL		
10	938300	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL incluye EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL Y DETERMINACION TERAPEUTICA EN LOS COMPONENTES SENSORIO-MOTORES,COGNITIVOS,SOCIOAFECTIVOS Y ERGONOMICOS PARA ENTRETENAMIENTO FUNCIONAL E INTEGRAL LABORAL.		
11	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA Incluye: AQUELLA REALIZADA AL INDIVIDUO, A LA PAREJA O A LA FAMILIA; METODOS O TECNICAS TERAPEUTICAS APLICADAS COMO LA TERAPIA FAMILIAR ENTRE OTRAS.		
12	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA		
13	944202	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSICOLOGIA+		
14	944002	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGIA		
15	944002	PSICOTERAPIA DE FAMILAR POR PSICOLOGIA		
16	944102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA		
17	943102	EDUCACION GRUPAL EN SALD,POR PSICOLOGIA		
18	990106	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD ,PSICOLOGIA		
19	890411	INTERCONSULTA POR TERAPIA FISICA		
20	931000	TERAPIA FISCA INTEGRAL Incluye ACTIVIDADES PROPIAS A EJECUTAR EN LOS COMPONENTES SENSORIO-MOTORES-COGNITIVOS,SOCIOAFECTIVOS Y ESPIRITUALES DEL DESEMPEÑO,EJERCICIOS TERAPEUTICOS,ESTIMULACION,TEMPRANA,MECANOTERAPIA ,MEDIOS FISCOS		
21	890413	INTERCONSULTA POR TERAPIA OCUPACIONAL		

DESCRIPCION	OFRECE	NO OFRECE
PAQUETE INTEGRAL DE REHABILITACIÓN BASADA EN NEURODESARROLLO QUE INCLUYE 20 SESIONES MENSUALES DE:		
Fisioterapia		
Fonoaudiología		
Terapia ocupacional		
Psicología		
INCLUYE ADEMÁS:		
Valoración inicial por fisiatría y seguimiento semestral		
Merienda diaria		
Transporte para los usuarios, con acompañamiento de auxiliar de enfermería		

2.3 COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS

2.3.1 NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO

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.

2.3.2 EXPERIENCIA

El Tiempo de práctica del personal en la realización de funciones con responsabilidades específicas o relacionadas requeridas debe ser mínimo 12 meses.

La cual deberá ser anexada como constancias dentro del proceso.

2.4. CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA

El oferente deberá contar con instalaciones idóneas certificadas y habilitadas por la secretaria de salud, para realizar las diferentes terapias en espacios adecuados a la normatividad existente y contar con el personal idóneo y capacitado para brindar el servicio a contratar para ello diligenciara los respectivos anexos, enviar fotografía de las instalaciones, espacios para la realización de las terapias y demás recursos como son: equipos médicos, material para terapias, entre otras; de ser necesario se hará la visita por parte de la policía nacional del área encargada para verificar dicha información.

❖ El proponente presentará en documento anexo, las características que oferta respecto a la atención a los usuarios, incluyendo como mínimo: Horarios de Atención y terapias, Modalidad para la asignación de citas (Telefónica y/o Presencial) y constancia de asistencia en el caso de paquetes integrales, valoración inicial del paciente, Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse por parte del supervisor en caso de algún requerimiento especial. Por ende el paciente firma el servicio recibido, para ser verificado por la institución en este caso el área de sanidad guajira.

2.5 SEDE DE LOS SERVICIOS:

En el Municipio de San Juan del Cesar Guajira, principalmente de igual forma si se ofertan otras sedes como en el municipio de Maicao y Fonseca, estas serán tenidas en cuenta.

2.6 OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES

- ✓ Efectuar la Prestación del Servicio de acuerdo a los protocolos establecidos técnica y científicamente en el ámbito nacional consignados en el acuerdo No. 002 por el cual se establece el Plan De Servicios De Sanidad Militar Y Policial.

- ✓ Prestar los servicios durante el plazo de ejecución del contrato de acuerdo a lo informado en el portafolio de servicios, en sus instalaciones de acuerdo a los pliegos de condiciones y de acuerdo a la oferta presentada.

- ✓ Prestar en forma continua y permanente los servicios a todos los usuarios de la Policía Nacional bajo los principios de eficacia, universalidad y solidaridad que así lo amerite y certifiquen su derecho presentando documento de identidad y carné de servicios, además de la respectiva orden de autorización de servicios debidamente autorizada por la Jefatura del Área de Sanidad Departamento de Policía Guajira o en quien este delegue tal responsabilidad.

- ✓ Prestar los servicios sin ningún tipo de discriminación y 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, la moral y las buenas costumbres.

- ✓ Realizar los trámites de legalización del contrato.

- ✓ Prestar en forma continua y permanente los servicios a todos los usuarios de la Policía Nacional bajo los principios de eficacia, universalidad y solidaridad que así lo ameriten y certifiquen mediante AUTORIZACION DE SERVICIOS.

- ✓ Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que formule el comando de Policía Guajira a través de la Jefatura de Sanidad.

- ✓ Suministrar la información estadística establecida en la Resolución 3374 del 2000 (RIPS), o las demás normas que lo adicionen o modifiquen, Presentando junto con las facturas, la información estadística mensual en un archivo plano, el cual debe venir en medio magnético e impreso. El presente informe hace parte integral de la factura.

- ✓ Los colombianos o extranjeros que hayan obtenido u obtengan titulo equivalente expedido por instituciones de países con los cuales Colombia tenga o no celebrado tratados o convenios sobre equivalencia de títulos, deberá homologar ante la entidad competente.

- ✓ Aportará la dirección de la institución con los números telefónicos para ser contactados en casos de urgencia y establecerá un funcionario de contacto con quien se realizaran las coordinaciones necesarias y se solucionaran los inconvenientes que puedan presentarse durante la ejecución del contrato.

- ✓ El contratista debe solicitar por escrito cualquier cambio a las condiciones establecidas en el contrato durante el tiempo de ejecución del mismo.

- ✓ Son requisitos para la atención: Autorización emitida por la oficina de referencia y contrarreferencia

  Los documentos para acreditar derechos son:

USUARIO	DOCUMENTOS
Activo	Carné de identificación policial y cédula de ciudadanía
Retirado	Carné de asignación de retiro o certificación vigente expedida por la Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional CASUR y cédula de ciudadanía
Pensionado	Carné de pensionado o certificación vigente expedida por la Caja General de la Policía Nacional CAGEN y cédula de ciudadanía.
Beneficiario	Carné y documento de identificación del beneficiario (Cédula Ciudadanía, Tarjeta de identidad ó Registro Civil). El beneficiario puede acreditar el derecho al servicio con una certificación de la Oficina de Registro y Control de Usuarios del Departamento de Policía Magdalena Área de Sanidad u Oficinas de Talento Humano acreditadas.

- Además de la Documentación que le acredita los Derechos, se deberá informar al Área de Autorizaciones para dar código interno de manejo

- ✓ Abstenerse de emitir fórmulas o solicitudes de servicios, que sean improcedentes según la ética profesional y sin diligenciar la historia clínica, que será el soporte de estas solicitudes.

- ✓ Atender al Usuario de acuerdo con la orden de servicios expedida por Autorizaciones debidamente diligenciada en original, firmada por el médico o el funcionario de la Oficina de Referencia y Contrarreferencia, previa presentación del carné de la Policía y el documento de identificación DEBIDAMENTE ACTUALIZADOS, CASO CONTRARIO SE GLOSARÁ LA CUENTA.

- ✓ El CONTRATISTA debe implementar y mantener activo el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en cumplimiento de lo definido en el Decreto 1011 de 2006

- ✓ El CONTRATISTA dará respuesta oportuna a las glosas realizadas por el Auditor de Cuentas del Área de Sanidad de Guajira.

- ✓ Cualquier cambio en las condiciones técnicas que surjan durante el término de ejecución del contrato, deberá hacerse por mutuo acuerdo, previa solicitud escrita plenamente justificada por cualquiera de las partes.

- ✓ El CONTRATISTA designará un funcionario, para que en coordinación con el Supervisor del Contrato vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presenten.

- ✓ Informar al supervisor del contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un setenta (70%) por ciento. Una vez recibida la información estudiará la viabilidad de adicionar el contrato. De ahí en adelante informará semanal la ejecución del mismo con corte a Domingo 24:00 horas.

- ✓ Informar MENSUALMENTE al Supervisor del contrato, el estado de ejecución del contrato y el saldo a favor de Policía Nacional.

- ✓ Poseer un sistema de Auditoría Interna que esté en contacto con el Auditor médico delegado por el Área de Sanidad Guajira para el control y supervisión del contrato.

- ✓ EL CONTRATISTA debe garantizar lo ofertado en la propuesta presentada, durante la ejecución del contrato.

- ✓ El CONTRATISTA debe responder por la prestación de los servicios objeto del presente contrato y en el caso de que en un momento dado no pueda prestar alguno de ellos, deberá informar a la Jefatura de Sanidad Guajira, por lo anterior debe presentar un plan de contingencia en caso de fuerza mayor o caso fortuito para garantizar la prestación del servicio a los usuarios.

- ✓ En caso de requerirse un procedimiento que el oferente presente dentro de su portafolio de servicios y no se encuentre dentro del objeto contractual se podrá prestar única y exclusivamente mediante autorización escrita firmada por el Jefe del Área de Sanidad Guajira y será cancelado según el valor estipulado en el contrato.

- ✓ 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 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.

- ✓ El contratista anexara la documentación que nos acredite que se encuentran habilitados por la secretaria de salud para los servicios de salud solicitados.

- ✓ Todo servicio electivo (que no se encuentre en la presente oferta de servicios) considerado por fuera del plan de beneficios debe ser tramitado para estudio de aprobación ante el Comité Técnico Científico (CTC del nivel central de la Dirección de Sanidad) para lo cual el profesional especialista tratante debe diligenciar completamente en letra legible, el formato de justificación diseñado para tal fin por parte del Subsistema de Salud de la Policía Nacional en la consulta inmediatamente y será entregado al usuario para que el usuario entregue el formato a la oficina de referencia y contrarreferencia del Área de Sanidad, y esta adelante el trámite ante el Comité Técnico Científico del nivel central. No se admite formatos no diligenciados completos, en la parte de medicamentos deberá colocar los medicamentos que ha prescrito al usuario que están dentro de la malla de pertinencia y los motivos de indicar otro tipo de medicamentos, no se admite formatos institucionales del contratista con excepción cuando requieran su administración urgente por la condición clínica del paciente, orden judicial o tutela se da cumplimiento a la prestación o suministro con la inmediatez requerida y estos serán reportados posteriormente. En este caso el NO reporte será causal de glosa, más no el concepto favorable o desfavorable del CTC. Se adjunta el presente contrato como anexos lo siguientes formularios: FORMULARIO No. 4 FORMATO DE APROBACION MEDICAMENTOS PARA COMITÉ TECNICO CIENTÍFICO DE MEDICAMENTOS, FORMULARIO No. 5 FORMATO DE APROBACION PROCEDIMIENTOS PARA COMITÉ TECNICO CIENTÍFICO DE PROCEDIMIENTOS, FORMULARIO No. 6 FORMATO DE FARMACOVIGILANCIA.

- ✓ Son requisitos para la atención y deberán entregarse en las facturas como soportes:

- Autorización expedida por la oficina de referencia (mediante aplicativo y que será impresa en la entidad, la cual deberá revisar el aplicativo de manera diaria para ver la demanda del servicio y esta autorización hará parte de los documentos de la factura, solo se recibe la ORIGINAL, el sistema permite imprimir doble las autorizaciones pero no pueden ser utilizadas para las facturas por cuanto sale unas letras donde esto se informa que no es válida “ESTA ES LA COPIA NUMERO 2 DE ESTA AUTORIZACION”, al respecto la autorización tiene sesenta (60) días de validez, si el servicio no es atendido se considerara no atención de demanda del servicio).
- Documento de identidad (de acuerdo a la edad del usuario) 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 ARSAN), fotocopia legible, tamaño carta.
- Orden de prestación de servicios (orden médica) original.

✓ El contratista se compromete a dar aplicación al Decreto 2200 de junio 28 2005, por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones, para lo cual las formulas tendrán lo escrito en el Artículo 17. Contenido de la prescripción. La prescripción del medicamento deberá realizarse en un formato el cual debe contener, como mínimo, los datos que aplican en el decreto y demás disposiciones.

✓ El contratista se compromete a que el personal asistencial que preste los servicios ambulatorios se regirá por el Manual único de Medicamentos y terapéutica SSPN (Acuerdo 042 y 046 CCSSMP y demás normas que lo complementen o modifiquen), usando las alternativas del mismo, siendo esto necesario para la solicitud de medicamentos por CTC, se escribirá la descripción del medicamento en tipo moléculas no en marcas comerciales.

✓ El contratista se compromete a que el personal asistencial que preste los servicios ambulatorios se regirá por Directiva administrativa permanente N° 007/ "Directrices a observar en la expedición y registro de las excusas de servicio por incapacidad médica o licencia por maternidad y para el control y seguimiento del personal excusado de servicio", donde se establece el criterio para la expedición de excusas del servicio total o parcial.

✓ El contratista se compromete a aplicar las directrices establecidas en el aplicativo de referencia autorizaciones de servicio, la autorización expedida por la oficina de referencia mediante aplicativo y que será impresa en la entidad, la cual deberá revisar el aplicativo de manera diaria para ver la demanda del servicio y esta autorización hará parte de los documentos de la factura, solo se recibe la ORIGINAL, el sistema permite imprimir doble las autorizaciones pero no pueden ser utilizadas para las facturas por cuanto sale unas letras donde esto se informa que no es válida "ESTA ES LA COPIA NUMERO 2 DE ESTA AUTORIZACION", la autorización original tiene sesenta (60) días de validez, si que esto se considere como tiempo límite para asignar el servicio, es para control de las mismas, sino se atiende en este periodo se considerara no atención de demanda del servicio).

✓ Reportar mensualmente el número de pacientes y procedimientos realizados, en medio magnético a la Central de Referencia del Área de Sanidad Guajira degua.grusa@policia.gov.co y angie.villamizar7487@correo.policia.gov.co, con datos de documentos de identidad, tipo de servicio y cantidad.

2.7 CONDICIONES TÉCNICAS A EVALUAR - ADICIONALES DE CALIFICACIÓN, JUSTIFICACIÓN Y TEMA EVALUAR:

2.7.1 Oficina de atención al usuario

Si la institución cuenta con oficina de atención al usuario que en forma permanente atienda los requerimientos y solicitudes en forma personalizada cumple. El oferente para cumplir debe presentar hoja de vida del profesional anexando los teléfonos de contacto, y líneas de atención para todos los servicios permanente.
De no contar en forma permanente y disponibilidad de este servicio para los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional la oferta NO CUMPLE.

2.7.2 Oportunidad para la atención en el Servicio

SERVICIO	ASPECTOS A EVALUAR	RANGO	CUMPLE / NO CUMPLE
CONSULTA - TERAPIAS	ATENCIÓN PARA TERAPIAS.	Inmediato (Menos de Una (1) Hora)	CUMPLE
		Entre Una Hora (1) hora y dos (2) horas	CUMPLE
		Mayor de dos (2) horas	NO CUMPLE
	OPORTUNIDAD DE LA CONSULTA ESPECIALIZADA	1 A 5 DIAS	CUMPLE
		6 A 10 DIAS	CUMPLE
		MAS DE 10 DIAS, INDICAR LOS DIAS	NO CUMPLE

2.7.3 RECURSO HUMANO IDÓNEO: Para la calificación del recurso humano del oferente, se evaluarán los siguientes estándares: LOS OFERENTES DEBEN ANEXAR LISTA EN EXCEL DEL PERSONAL MEDICO ESPECIALISTAS, TECNICO Y/O TECNOLOGOS CON LOS SIGUIENTES DATOS: nombres y apellidos completos, numero de cedula de ciudadanía, títulos obtenidos, número de registro médico y/o tarjeta profesional

2.7.4 La entidad que tenga la mayor cantidad se servicios se tendrá en cuenta y prevalecerá en caso de empate en las tarifas

Para este ítem se tendrá en cuenta los documentos presentados de oferta donde estén marcados los servicios que prestan con los datos completos de lugar de prestación y cantidad de citas disponibles por mes, no serán tenidas en cuenta los servicios que no estén completos estos datos, debido a que no permite valorar los servicios

3 DE ORDEN ECONÓMICO

REQUISITOS DE LA OFERTA	DESCRIPCIÓN	
DE ORDEN ECONÓMICO	Certificación Bancaria	Con fecha de expedición inferior a treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha del cierre del proceso.
	Oferta Económica	El oferente debe diligenciar en su totalidad el **ANEXO N° 3 EVALUACION ECONOMICA, FINANCIERA.**
	Formato de datos básicos beneficiario cuenta	El oferente debe diligenciar el **Anexo FORMULARIO No. 2 DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA respectivo.**

DESCRIPCION	VALOR
PAQUETE INTEGRAL DE REHABILITACIÓN BASADA EN NEURODESARROLLO QUE INCLUYE 20 SESIONES MENSUALES DE:	1.500.000,00
Fisioterapia	
Fonoaudiología	
Terapia ocupacional	
Psicología	
INCLUYE ADEMÁS:	
Valoración inicial por fisiatría y seguimiento semestral	
Merienda diaria	
Transporte para los usuarios, con acompañamiento de auxiliar de enfermería	

ITEM	CODIGO	DESCRIPCION	CANT	VALOR ESTIMADO
1	890210	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONOAUDIOLOGIA	1	17.500.,00
2	890310	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FONOAUDIOLOGIA	1	17.500.,00
3	930106	EVALUACION FONOAUDIOLOGICA DE DESORDENES DE LENGUAJE Y VOZ Incluye: PRUEBAS DE MINESSOTA, DINAMOMETRIA, DE DESORDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS, COGNOCITIVOS COMUNICATIVOS	1	17.500.,00
4	930107	PRUEBAS FONOAUDIOLOGICAS DE LA COMUNICACIÓN FUNCIONAL (HABLA)	1	17.500.,00
5	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL Incluye: AQUELLA PARA PROBLEMAS DE LENGUAJE, HABLA, AUDICION O COMUNICACIONQ	1	17.500.,00
6	890213	CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR TERAPIA OCUPACIONAL	1	17.500.,00
7	890313	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL Incluye: PRUEBAS DE TAMIZAJE	1	17.500.,00
8	990109	EDUCACION GRUPAL EN SALUD ,POR TERAPIA OCUPACIONAL	1	17.500.,00

9	990209	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD ,POR TERAPIA OCUPACIONAL	1	17.500.,00
10	938300	TERAPIA OCUPACIONAÑ INTEGRAL Incluye ,EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL Y DETERMINACION TERAPEUTICA EN LOS COMPONENTES SENSORIO-MOTORES.COGNITIVO,SOCIOAFECTIVOS Y ERGONOMICOS PARA ENTRETENIMIENTO FUNCIONAL E INTEGRACION LABORAL	1	17.500.,00
11	890208	CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA Incluye AQUELLA REALIZADA AL INDIVIDUO ,A LA PAREJA O A LA FAMILIA .METODOS O TECNICAS TERAPEUTICAS APLICADAS COMO TERAPIA FAMILIASR ENTRE OTRAS	1	17.500.,00
12	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA	1	17.500.,00
13	944202	PSICOTERAPIA DE GRUPO CONTROL POR PSICOLAGIA+	1	17.500.,00
14	944002	PSICOTERAPIA CONTROL POR PSICOLAGIA	1	17.500.,00
15	944002	PSICOTERAPIA FAMILIAR PSICOLAGIA	1	17.500.,00
16	944102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	1	17.500.,00
17	943102	EDUCACION GRUPAL EN SALUD ,POR PSICOLOGIA	1	17.500.,00
18	990106	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD ,POR PSICOLOGIA	1	17.500.,00
19	890411	INTERCONSULTA POR TERAPIA FISICA	1	17.500.,00
20	931000	TERAPIA FISICA INTEGRAL Incluye PROPIAS A EJECUTAR EN LOS COMPONENTES SENSORIOS-MOTORES, COGNITIVOS, SOCIOAFECTIVOS Y ESPIRITUALES DEL DESEMPEÑO, EJERCICIO TERAPEUTICO, ESTIMULACION, TEMPRANA MACANOTARAPIA, MEDIOS FISICOS.	1	17.500.,00
21	890413	INTERCONSULTA POR TERAPIA OCUPACIONAL	1	17.500.,00

4 CONDICIONES DEL CONTRATO

5.1. LUGAR DE ENTREGA O LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIOS

El lugar de ejecución serán las instalaciones propias de la IPS contratada, legalmente constituida en el municipio de San Juan del Cesar Guajira, principalmente de igual forma si se ofertan otras sedes como en el municipio de Maicao y Fonseca, estas serán tenidas en cuenta.

5.2. FORMA DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

El objeto del contrato a celebrar se ejecutará en forma de **tracto sucesivo**, de acuerdo a las necesidades de la institución, previa coordinación con el supervisor (res) del contrato.

5.3. PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

El plazo de ejecución del contrato será a partir del acta inicio hasta el 31 de Diciembre de 2019 y para la vigencia 2020 hasta el 31 de mayo y/o hasta agotar presupuesto, lo primero que ocurra.

5.4. 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, junto a la planilla y 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, planilla de pagos para fiscales, certificación de pagos parafiscales, listado denominado Relación de factura en Excel de usuarios atendidos, listado denominado Relación de usuarios atendidos en Excel, los cuales serán entregados en la oficina de radicación de cuentas 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 N° 000000 Servicios usuario XXX XXX XXX XXX (unidad documental corresponde a factura y sus soportes en orden: autorización expedida por la oficina de referencia mediante aplicativo -solo se recibe la ORIGINAL-. Documento de identidad -de acuerdo a la edad del usuario cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad, 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 ARSAN- 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 lapicero 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:

Hoja de control
Factura (as) relacionadas con las unidades documentales (ya descrito antes)
CD con los RIPS en sobre y marcados
Planilla de pagos para fiscales
Certificación de pagos parafiscales
Relación de factura (en Excel de usuarios atendidos)
Relación de usuarios atendidos en Excel.

Ejemplo:

FECHA	TIPO DOCUMENTAL	FOLIO (S)
(día/mes/año)	Factura N° 00000 Servicios usuario XXX X XXX XXXXX	1-9
	CD con los RIPS	10
	Planilla de pagos para fiscales	11
	Certificación de pagos parafiscales	12
	Cuadro de relación de facturas	12
	Cuadro de auditoria medica	13

CUADRO DE RELACION DE FACTURAS					
NOMBRE DE LA EMPRESA:					
No. Radicación	Fecha Radicación	Procedimiento	Diagnostico	Edad	clasificación de la enfermedad (laboral, general)

CUADRO DE AUDITORIA MEDICA

No de factura	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.

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 MINPROTECCIÓN 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), planilla de pagos para fiscales, 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, planilla de pago de para fiscales, 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.

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 del Área de Sanidad Guajira, tramitara 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.

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.

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 el Área de Sanidad Guajira se realizara 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.

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 del Área de Sanidad 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 aplicara ley de archivo como está establecido en la FORMA DE PAGO.

Causales de no pago:

- ✓ Todo servicio ambulatorio (primera vez o control) que no cuente con formato de autorización por parte de la oficina de las autorizaciones del Área de sanidad Guajira.

- ✓ Toda urgencia, que no cuente con código de notificación por parte de la central de autorización de la Unidad de Salud Policial, salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 4747 MINPROTECCIÓN de 2007 y Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008.

- ✓ Prestaciones en los servicios de urgencias más allá del servicio de clasificación de triage y de la consulta médica de urgencias, siempre y cuando no superen las pautas de auditoría de pertinencia dadas para ser consideradas como una urgencia, conforme a la normatividad vigente.

- ✓ 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.

- ✓ 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 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen.

5.5. SUPERVISOR O INTERVENTOR DEL CONTRATO

El supervisor de los contratos que se deriven del presente proceso de contratación será quien con posterioridad designe el Comandante del Departamento de Policía Guajira, 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. 3256 del 16 de Diciembre de 2004.

5.5.1 FORMA Y PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN

La adjudicación del proceso de contratación que se derive del presente proceso se **realizará en forma total** a la oferta más favorable para la entidad.

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

Como quiera que en la ejecución de los contratos celebrados en los años anteriores no se han presentado inconvenientes en los mismos, la estimación del riesgo (probabilidad de ocurrencia del siniestro) 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 **ANEXO No. 7 ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS** del presente estudio de conveniencia y oportunidad.

ANEXO No 1 ESTUDIO DE MERCADO
ANEXO No 2 CONDICIONES TECNICAS

ANEXO N° 3 EVALUACION ECONOMICA, FINANCIERA
ANEXO No. 4 OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA
ANEXO No. 5 OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL
ANEXO No. 6 DOCUMENTOS DE ORDEN JURIDICO
ANEXO No. 7 ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS.
FORMULARIO No. 1 DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA
FORMULARIO No. 2 CERTIFICACION DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL
FORMULARIO No. 3 FORMATO DE APROBACION MEDICAMENTOS PARA COMITÉ TECNICO CIENTÍFICO DE MEDICAMENTOS.
FORMULARIO No. 4 FORMATO DE APROBACION PROCEDIMIENTOS PARA COMITÉ TECNICO CIENTÍFICO DE PROCEDIMIENTOS.
FORMULARIO No. 5 FORMATO DE FARMACOVIGILANCIA.
FORMULARIO No. 6 COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN
FORMULARIO No. 7 CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA OFERTA
FORMULARIO No. 8 CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES PERSONA JURÍDICA
FORMULARIO No. 9 CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES PERSONA NATURAL
FORMULARIO No. 10 CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES PERSONA JURÍDICA
FORMULARIO No. 11 CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES PERSONA NATURAL

Intendente. **LEAXIR PORTELA VILLAMIZAR**
Estructurador ECO

Vo.Bo. ____/Teniente **JAMME ISAAC TAMARA ALVAREZ**
Jefe Área de Sanidad Guajira

ANEXO No. 1

ESTUDIO DE MERCADO

1. ANÁLISIS DE LA DEMANDA

La USP ARSAN DEGUA con el fin de dar cumplimiento a las exigencias del Decreto 1795 de 2000 y del Acuerdo 002 de 2000, ambos del Consejo Superior en Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional, tiene la necesidad de realizar la contratación de todos los servicios que los Usuarios requieran durante las cinco fases de atención que incluyen la Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación.

El Acuerdo 049 de Noviembre 19 de 1.998 del Consejo Superior de las Fuerzas Militares, aprueba el plan de servicios de Sanidad Militar y Policial en lo que respecta a la atención de niños discapacitados hijos de afiliados al sistema (SSMP), en el ARTICULO 4º. Intervenciones y procedimientos del plan de servicios de sanidad militar y policial, el cual establece una clasificación por grupos de intervenciones y procedimientos, homologándola al contenido del Manual de Tarifas para compra y venta de servicios establecidos por el ISS, así como las correspondientes clasificaciones para efectos de interacción a nivel de información nacional.

El Área de Sanidad del Departamento de Policía Guajira, atendiendo su naturaleza, nivel de complejidad y su razón de ser, requiere continuar ofreciendo la prestación del servicio de salud a los beneficiarios con ALTERACIONES NEUROLÓGICAS, DEL DESARROLLO PSICOMOTOR, DEL LENGUAJE Y COGNITIVAS con el fin de garantizar la atención oportuna en programas de rehabilitación integral, que contribuyan a mejorar la funcionalidad y calidad de vida, de acuerdo a sus capacidades y habilidades.

La USP ARSAN DEGUA posee especialistas en PSICOLOGIA Y FISIOTERAPIA en su planta de Personal, posee los Equipos sin embargo la estructura Física no es la adecuada para el manejo brindar atenciones diarias e intensivas a los pacientes con alteraciones neurológicas, del desarrollo psicomotor, del lenguaje y cognitivas, mediante actividades de apoyo terapéutico en áreas de Motricidad Gruesa, Motricidad Fina, Cognición, Comunicación, Interacción social y Socio-afectividad con la participación de profesionales en Terapia Ocupacional, Terapia Física, Terapia del Lenguaje, Psicología y Educación Especial, como parte del plan integral requerido que incluya programas de motricidad gruesa, fina y desempeño, cognición, comunicación, interacción social y socio-afectiva y las Actividades Complementarias (Hidroterapia, Terapia asistida con animales, Musicoterapia u otra), Ayudas Diagnósticas y Complementación terapéutica en Fonoaudiología, Terapia Ocupacional y terapia Física para atención individual de casos específicos de usuarios que no requieren la terapia integral y que no se prestan a través de la red propia del ESP DEGUA.

Con esta contratación se espera dar continuidad al programa de rehabilitación integral a los beneficiarios que asisten actualmente y así mismo poder brindar la posibilidad a otros que puedan requerir de estos servicios, cumpliendo así los objetivos propuestos para cada uno de acuerdo a la evaluación y seguimiento realizado por parte del grupo de PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, Y REHABILITACIÓN del Área de Sanidad Guajira.

2. ANÁLISIS DE LA OFERTA DEL MERCADO

DESCRIPCION MERCADO

Podrán participar en este Proceso Contractual las personas jurídicas o naturales, nacionales o extranjeras, Consorcios o Uniones Temporales, que se encuentren inscritos en el REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD del Ministerio de la Protección Social.

a) ANALISIS DEL SECTOR

Para el servicio a contratar se identificaron tres instituciones con condiciones de prestar el servicio inscritos en el **Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud** del Ministerio de la Protección Social a través de la Secretaria de Salud Distrital, así: FUNDACION VIDA CON AMOR IPS, IPS PEQUEÑOS DIAMANTES S.A.S que hacen factibles la presentación del servicio siempre y cuando las entidades identificadas cumplan

con las exigencias de la ley a la hora de presentar la oferta.

b) IDENTIFICACION DEL PROVEEDOR: El servicio que se pretende contratar con el presente proceso, es prestado en el departamento de La Guajira por diferentes entidades ubicadas en el municipio de san juan del cesar.

C) PRECIOS DE MERCADO: estos se obtendrán con las cotizaciones obtenidas, y se relacionan más adelante, son de mucha importancia para cumplir con las necesidades de los usuarios del Área de Sanidad Guajira.

e) COSTOS DE OPORTUNIDAD: como la prestación de servicios de salud, tiene precios regulados por el estado, las entidades interesadas en participar en el presente proceso, deben tener en cuenta estas, y así mismo tener en cuenta los precios de los insumos y otros materiales los cuales son de origen nacionales y otros de origen extranjeros, todo esto factores afectan y contribuyen al costos de los servicios de salud en Colombia. Por ser un departamento con limitaciones de oferentes para el servicio de alergología las tarifas no tienen variaciones consideratívas.

f) VALORACION DE BENEFICIOS: esta futura contratación es de gran importancia para nuestra institución toda vez que con esta se benefician los usuarios Policías y sus beneficiarios en el departamento de la Guajira, los cuales contribuyen a que teniendo un buen sistema de salud, se mantiene una buena calidad de vida y permite que nuestros policías cumplan con sus labores diarias efectivamente, por tal razón se requiera de una buena calidad de los servicios.

g) CONDICIONES DEL CONTRATO: son las establecidas en el inciso 7 – 7.1 – 7.2 – 7.3 – 7.4 – 7.5.7-7- 7 – 7.8 – 7.9, del preste estudio de conveniencia y oportunidad.

h) COSTOS INDIRECTOS: los posibles oferentes deben tener en cuenta las pólizas de seriedad de la oferta, elaboración de la oferta, una vez ya adjudicado el contrato se debe realizar póliza a los diferentes amparos establecidos por el Comando de Policía Guajira.

CÓDIGO HABILITACIÓN	NOMBRE	NIT	DV	DIRECCIÓN
	FUNDACION VIDA CON AMOR IPS			
	IPS PEQUEÑOS DIAMANTES S.A.S			

PROCEDENCIA Y DISPONIBLIDAD DE LOS BIENES

Los servicios prestados pueden ser de origen nacional toda vez que existen entidades en el territorio nacional y el Departamento de La Guajira con capacidad de prestar el servicio

b) IDENTIFICACION DEL PROVEEDOR:

El servicio a contratar es en el municipio de San Juan del Cesar (La Guajira), donde se identifico la entidad prestadora del servicio: FUNDACION VIDA CON AMOR IPS, IPS PEQUEÑOS DIAMANTES S.A.S

c) MONEDA A CONTRATAR Se contratara en PESOS COLOMBIANOS única y exclusivamente.

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, junto a la planilla y 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, planilla de pagos para fiscales, certificación de pagos parafiscales, listado denominado Relación de factura en Excel de usuarios atendidos, listado denominado Relación de usuarios atendidos en Excel, los cuales serán entregados en la oficina de radicación de cuentas 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 N° 000000 Servicios usuario XXX XXX XXXX (unidad documental corresponde a factura y sus soportes en orden: autorización expedida por la oficina de referencia mediante aplicativo -solo se recibe la ORIGINAL-. Documento de identidad -de acuerdo a la edad del usuario cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad, 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 ARSAN- 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 lapicero 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:

Hoja de control
Factura (as) relacionadas con las unidades documentales (ya descrito antes)
CD con los RIPS en sobre y marcados
Planilla de pagos para fiscales
Certificación de pagos parafiscales
Relación de factura (en Excel de usuarios atendidos)
Relación de usuarios atendidos en Excel.

Ejemplo:

FECHA	**TIPO DOCUMENTAL**	**FOLIO (S)**
(día/mes/año)	Factura N° 00000 Servicios usuario XXX XXX XXXX	1-9
	CD con los RIPS	10
	Planilla de pagos para fiscales	11
	Certificación de pagos parafiscales	12
	Cuadro de relación de facturas	12
	Cuadro de auditoria medica	13

CUADRO DE RELACION DE FACTURAS					
NOMBRE DE LA EMPRESA:					
No. Radicación	Fecha Radicación	Procedimiento	Diagnostico	Edad	clasificación de la enfermedad (laboral, general)

CUADRO DE AUDITORIA MEDICA									
No de factur	Fecha de	Fecha de	Nombre del	Identificación	Procedimiento	Diagnostico	VR facturad	Edad	clasificación de la

a	factura	atención	paciente				o		enfermedad (laboral, general)

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

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 MINPROTECCIÓN 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), planilla de pagos para fiscales, 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, planilla de pago de

para fiscales, 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.

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 del Área de Sanidad Guajira, tramitara 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.

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.

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 el Área de Sanidad Guajira se realizara 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.

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 del Área de Sanidad 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 aplicara ley de archivo como está establecido en la FORMA DE PAGO.

Causales de no pago:

- ✓ Todo servicio ambulatorio (primera vez o control) que no cuente con formato de autorización por parte de

la oficina de las autorizaciones del Área de sanidad Guajira.

- ✓ Toda urgencia, que no cuente con código de notificación por parte de la central de autorización de la Unidad de Salud Policial, salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 4747 MINPROTECCIÓN de 2007 y Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008.

- ✓ Prestaciones en los servicios de urgencias más allá del servicio de clasificación de triage y de la consulta médica de urgencias, siempre y cuando no superen las pautas de auditoría de pertinencia dadas para ser consideradas como una urgencia, conforme a la normatividad vigente.

- ✓ 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.

- ✓ 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 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen.

3. ANALISIS DE PRECIOS

PRECIOS SECOP

ENTIDAD	OBJETO	NÚMERO DE CONTRATO	FECHA	VALOR
APRENDER ASESORIA Y CONSULTORIA PARA EL DESARROLLO HUMANO	"SERVICIO MÉDICO HOSPITALARIO DE APOYO TERAPÉUTICO, TERAPIAS DE EDUCACIÓN ESPECIAL, PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN FUNDACION EDUMAR	85-7-20087-2013	01- 10 - 2013	52.900.000

3.1. ANÁLISIS DE PRECIOS HISTÓRICOS

ITEM	CODIGO	DESCRIPCION	VALOR OFERTADO
1	890210	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONOAUDIOLOGIA	18.000,00
2	890310	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FONOAUDIOLOGIA	18.000,00
3	930106	EVALUACION FONOAUDIOLOGICA DE DESORDENES DE LENGUAJE Y VOZ Incluye: PRUEBAS DE MINESSOTA, DINAMOMETRIA, DE DESORDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS, COGNOCITIVOS COMUNICATIVOS	18.000,00
4	930107	PRUEBAS FONOAUDIOLOGICAS DE LA COMUNICACIÓN FUNCIONAL (HABLA)	18.000,00
5	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL Incluye: AQUELLA PARA PROBLEMAS DE LENGUAJE, HABLA, AUDICION O COMUNICACIONQ	18.000,00
6	890213	CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR TERAPIA OCUPACIONAL	18.000,00

7	890313	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL Incluye: PRUEBAS DE TAMIZAJE	18.000,00
8	990109	EDUCACION GRUPAL EN SALUD ,POR TERAPIA OCUPACIONAL	18.000,00
9	990209	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD ,POR TERAPIA OCUPACIONAL	18.000,00
10	938300	TERAPIA OCUPACIONAÑ INTEGRAL Incluye ,EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL Y DETERMINACION TERAPEUTICA EN LOS COMPONENTES SENSORIO-MOTORES.COGNITIVO,SOCIOAFECTIVOS Y ERGONOMICOS PARA ENTRETENIMIENTO FUNCIONAL E INTEGRACION LABORAL	18.000,00
11	890208	CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA Incluye AQUELLA REALIZADA AL INDIVIDUO ,A LA PAREJA O A LA FAMILIA .METODOS O TECNICAS TERAPEUTICAS APLICADAS COMO TERAPIA FAMILIASR ENTRE OTRAS	18.000,00
12	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA	18.000,00
13	944202	PSICOTERAPIA DE GRUPO CONTROL POR PSICOLAGIA+	18.000,00
14	944002	PSICOTERAPIA CONTROL POR PSICOLAGIA	18.000,00
15	944002	PSICOTERAPIA FAMILIAR PSICOLAGIA	18.000,00
16	944102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	18.000,00
17	943102	EDUCACION GRUPAL EN SALUD ,POR PSICOLOGIA	18.000,00
18	990106	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD ,POR PSICOLOGIA	18.000,00
19	890411	INTERCONSULTA POR TERAPIA FISICA	18.000,00
20	931000	TERAPIA FISICA INTEGRAL Incluye PROPIAS A EJECUTAR EN LOS COMPONENTES SENSORIOS-MOTORES, COGNITIVOS, SOCIOAFECTIVOS Y ESPIRITUALES DEL DESEMPEÑO, EJERCICIO TERAPEUTICO, ESTIMULACION, TEMPRANA MACANOTARAPIA, MEDIOS FISICOS.	18.000,00
21	890413	INTERCONSULTA POR TERAPIA OCUPACIONAL	18.000,00

DESCRIPCION	VALOR A OFERTAR
PAQUETE INTEGRAL DE REHABILITACIÓN BASADA EN NEURODESARROLLO QUE INCLUYE 20 SESIONES MENSUALES DE:	$1.500.000,00
Fisioterapia	
Fonoaudiología	
Terapia ocupacional	
Psicología	
INCLUYE ADEMÁS:	
Valoración inicial por fisiatría y seguimiento semestral	
Merienda diaria	
Transporte para los usuarios, con acompañamiento de auxiliar de enfermería	

3.2. ANÁLISIS PRECIOS DE MERCADO

N°	CODIGO	DESCRIPCION	COTIZACION 1 – vida con amor	COTIZACION 2 – pequeños diamantes	VALOR PROMEDIO
1	890210	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONOAUDIOLOGIA	17.000,00	N/A	17.000,00
2	890310	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FONOAUDIOLOGIA	17.000,00	N/A	17.000,00
3	930106	EVALUACION FONOAUDIOLOGICA DE DESORDENES DE LENGUAJE Y VOZ Incluye: PRUEBAS DE MINESSOTA, DINAMOMETRIA, DE DESORDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS, COGNOCITIVOS COMUNICATIVOS	17.000,00	N/A	17.000,00
4	930107	PRUEBAS FONOAUDIOLOGICAS DE LA COMUNICACIÓN FUNCIONAL (HABLA)	17.000,00	N/A	17.000,00
5	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL Incluye: AQUELLA PARA PROBLEMAS DE LENGUAJE, HABLA, AUDICION O COMUNICACIONQ	17.000,00	N/A	17.000,00
6	890213	CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR TERAPIA OCUPACIONAL	17.000,00	N/A	17.000,00
7	890313	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL Incluye: PRUEBAS DE TAMIZAJE	17.000,00	N/A	17.000,00
8	990109	EDUCACION GRUPAL EN SALUD ,POR TERAPIA OCUPACIONAL	17.000,00	N/A	17.000,00

9	990209	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD ,POR TERAPIA OCUPACIONAL	17.000,00	N/A	17.000,00
10	938300	TERAPIA OCUPACIONAÑ INTEGRAL Incluye ,EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL Y DETERMINACION TERAPEUTICA EN LOS COMPONENTES SENSORIO-MOTORES.COGNITIVO,SOCIOAFECTIVOS Y ERGONOMICOS PARA ENTRETENIMIENTO FUNCIONAL E INTEGRACION LABORAL	17.000,00	N/A	17.000,00
11	890208	CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA Incluye AQUELLA REALIZADA AL INDIVIDUO ,A LA PAREJA O A LA FAMILIA .METODOS O TECNICAS TERAPEUTICAS APLICADAS COMO TERAPIA FAMILIASR ENTRE OTRAS	17.000,00	N/A	17.000,00
12	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA	17.000,00	N/A	17.000,00
13	944202	PSICOTERAPIA DE GRUPO CONTROL POR PSICOLAGIA+	17.000,00	N/A	17.000,00
14	944002	PSICOTERAPIA CONTROL POR PSICOLAGIA	17.000,00	N/A	17.000,00
15	944002	PSICOTERAPIA FAMILIAR PSICOLAGIA	17.000,00	N/A	17.000,00
16	944102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	17.000,00	N/A	17.000,00
17	943102	EDUCACION GRUPAL EN SALUD ,POR PSICOLOGIA	17.000,00	N/A	17.000,00
18	990206	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD ,POR PSICOLOGIA	17.000,00	N/A	17.000,00
19	990106	EDUCACION GRUPAL EN SALUD ,POR PSICOLOGIA	17.000,00	N/A	17.000,00
20	890411	INTERCONSULTA POR TERAPIA FISICA	17.000,00	N/A	17.000,00
21	931000	TERAPIA FISICA INTEGRAL Incluye PROPIAS A EJECUTAR EN LOS COMPONENTES SENSORIOS-MOTORES, COGNITIVOS, SOCIOAFECTIVOS Y ESPIRITUALES DEL DESEMPEÑO, EJERCICIO TERAPEUTICO, ESTIMULACION, TEMPRANA MACANOTARAPIA, MEDIOS FISICOS.	17.000,00	N/A	17.000,00
22	890413	INTERCONSULTA POR TERAPIA OCUPACIONAL	17.000,00	N/A	17.000,00

DESCRIPCION	Cotización 1	Cotización 2	Precio de mercado
PAQUETE INTEGRAL DE REHABILITACIÓN BASADA EN NEURODESARROLLO QUE INCLUYE 20 SESIONES MENSUALES DE:	1.500.000,00	N/A	1.500.000,00
Fisioterapia			
Fonoaudiología			
Terapia ocupacional			
Psicología			
INCLUYE ADEMÁS:			
Valoración inicial por fisiatría y seguimiento semestral			
Merienda diaria			
Transporte para los usuarios, con acompañamiento de auxiliar de enfermería			

3.3. ANALISIS DEL VALOR ESTIMADO

ITEM	CODIGO	DESCRIPCION	CANT	SECOP	PRECIO HISTORICO	PRECIO DE MERCADO	VALOR ESTIMADO
1	890210	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONOAUDIOLOGIA	1	N/A	18.000,00	17.000,00	17.500.,00
2	890310	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FONOAUDIOLOGIA	1	N/A	18.000,00	17.000,00	17.500.,00
3	930106	EVALUACION FONOAUDIOLOGICA DE DESORDENES DE LENGUAJE Y VOZ Incluye: PRUEBAS DE MINESSOTA, DINAMOMETRIA, DE DESORDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS, COGNOCITIVOS COMUNICATIVOS	1	N/A	18.000,00	17.000,00	17.500.,00
4	930107	PRUEBAS FONOAUDIOLOGICAS DE LA COMUNICACIÓN FUNCIONAL (HABLA)	1	N/A	18.000,00	17.000,00	17.500.,00

5	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL Incluye: AQUELLA PARA PROBLEMAS DE LENGUAJE, HABLA, AUDICION O COMUNICACIONQ	1	N/A	18.000,00	17.000,00	17.500.,00
6	890213	CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR TERAPIA OCUPACIONAL	1	N/A	18.000,00	17.000,00	17.500.,00
7	890313	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL Incluye: PRUEBAS DE TAMIZAJE	1	N/A	18.000,00	17.000,00	17.500.,00
8	990109	EDUCACION GRUPAL EN SALUD ,POR TERAPIA OCUPACIONAL	1	N/A	18.000,00	17.000,00	17.500.,00
9	990209	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD ,POR TERAPIA OCUPACIONAL	1	N/A	18.000,00	17.000,00	17.500.,00
10	938300	TERAPIA OCUPACIONAÑ INTEGRAL Incluye ,EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL Y DETERMINACION TERAPEUTICA EN LOS COMPONENTES SENSORIO-MOTORES.COGNITIVO,SOCIOAFECTIVOS Y ERGONOMICOS PARA ENTRETENIMIENTO FUNCIONAL E INTEGRACION LABORAL	1	N/A	18.000,00	17.000,00	17.500.,00
11	890208	CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA Incluye AQUELLA REALIZADA AL INDIVIDUO ,A LA PAREJA O A LA FAMILIA .METODOS O TECNICAS TERAPEUTICAS APLICADAS COMO TERAPIA FAMILIASR ENTRE OTRAS	1	N/A	18.000,00	17.000,00	17.500.,00
12	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA	1	N/A	18.000,00	17.000,00	17.500.,00
13	944202	PSICOTERAPIA DE GRUPO CONTROL POR PSICOLAGIA+	1	N/A	18.000,00	17.000,00	17.500.,00
14	944002	PSICOTERAPIA CONTROL POR PSICOLAGIA	1	N/A	18.000,00	17.000,00	17.500.,00
15	944002	PSICOTERAPIA FAMILIAR PSICOLAGIA	1	N/A	18.000,00	17.000,00	17.500.,00
16	944102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	1	N/A	18.000,00	17.000,00	17.500.,00
17	943102	EDUCACION GRUPAL EN SALUD ,POR PSICOLOGIA	1	N/A	18.000,00	17.000,00	17.500.,00
18	990106	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD ,POR PSICOLOGIA	1	N/A	18.000,00	17.000,00	17.500.,00
19	890411	INTERCONSULTA POR TERAPIA FISICA	1	N/A	18.000,00	17.000,00	17.500.,00
20	931000	TERAPIA FISICA INTEGRAL Incluye PROPIAS A EJECUTAR EN LOS COMPONENTES SENSORIOS-MOTORES, COGNITIVOS, SOCIOAFECTIVOS Y ESPIRITUALES DEL DESEMPEÑO, EJERCICIO TERAPEUTICO, ESTIMULACION, TEMPRANA MACANOTARAPIA, MEDIOS FISICOS.	1	N/A	18.000,00	17.000,00	17.500.,00
21	890413	INTERCONSULTA POR TERAPIA OCUPACIONAL	1	N/A	18.000,00	17.000,00	17.500.,00

DESCRIPCION	SECOP	PRECIO HISTORICO	PRECIO DE MERCADO	VALOR ESTIMADO
PAQUETE INTEGRAL DE REHABILITACIÓN BASADA EN NEURODESARROLLO QUE INCLUYE 20 SESIONES MENSUALES DE:	N/A	1.500.000,00	1.500.000,00	1.500.000,00
Fisioterapia				
Fonoaudiología				

Terapia ocupacional				
Psicología				
INCLUYE ADEMÁS:				
Valoración inicial por fisiatría y seguimiento semestral				
Merienda diaria				
Transporte para los usuarios, con acompañamiento de auxiliar de enfermería				

3.4. VALOR ESTIMADO DE LA CONTRATACIÓN

ÍTEM	RECURSO	UNIDAD DE DESTINO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO ESTIMADO CON IVA	VALOR TOTAL ESTIMADO CON IVA
1	16	ARSAN DEGUA	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN TERAPEUTICA DE LOS PACIENTES CON ALTERACIONES NEUROLÓGICAS, DEL DESARROLLO PSICOMOTOR, DEL LENGUAJE Y COGNITIVAS Y TERAPIAS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAJIRA EN EL SUR DE LA GUAJIRA Y EL MUNICIPIO DE MAICAO	1	$ 20.000.000,00 VIG 2019 - $ 20.000.000,00 VIG 2020	$40.000.000,00 VIG 2019 - 2020
			VALOR TOTAL POR RECURSO			$40.000.000,00
				VALOR TOTAL ESTIMADO		$40.000.000,00

ANEXO No 2

CONDICIONES TECNICAS

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

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIÓN TÉCNICA.

FIRMA DEL PROPONENTE

_____

Declaramos bajo nuestra responsabilidad personal, y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que cumplimos en su totalidad con las especificaciones técnicas de verificación y de obligatorio cumplimiento

REQUISITOS GENERALES

a. Las especificaciones técnicas requeridas son de obligatorio cumplimiento, de no hacerlo la propuesta se considerará no apta técnicamente.

b. En la columna CUMPLE/NO CUMPLE, se evaluará las especificaciones técnicas ofertadas por la firma.

1 Experiencia Proponente en ofrecer el servicio

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

2 LISTA DE SERVICIOS

N°	CODIGO	DESCRIPCION	OFERTA	
			SI	NO
1	890210	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONOAUDIOLOGIA		
2	890310	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FONOAUDIOLOGIA		
3	930106	EVALUACION FONOAUDIOLOGICA DE DESORDENES DE LENGUAJE Y VOZ Incluye: PRUEBAS DE MINESSOTA, DINAMOMETRIA, DE DESORDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS, COGNOCITIVOS COMUNICATIVOS		
4	930107	PRUEBAS FONOAUDIOLOGICAS DE LA COMUNICACIÓN FUNCIONAL (HABLA)		
5	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL Incluye: AQUELLA PARA PROBLEMAS DE LENGUAJE, HABLA, AUDICION O COMUNICACION		
6	890213	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA OCUPACIONAL		
7	890313	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL Incluye: PRUEBAS DE TAMIZAJE		
8	990109	EDUCACION GRUPAL EN SALUD ,POR TERAPIA OCUPACIONAL		
9	990209	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD ,POR TERAPIA OCUPACIONAL		
10	938300	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL incluye EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL Y DETERMINACION TERAPEUTICA EN LOS COMPONENTES SENSORIO-MOTORES,COGNITIVOS,SOCIOAFECTIVOS Y ERGONOMICOS PARA ENTRETENAMIENTO FUNCIONAL E INTEGRAL LABORAL.		
11	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA Incluye: AQUELLA REALIZADA AL INDIVIDUO, A LA PAREJA O A LA FAMILIA; METODOS O TECNICAS TERAPEUTICAS APLICADAS COMO LA TERAPIA FAMILIAR ENTRE OTRAS.		
12	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA		

13	944202	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSICOLOGIA+		
14	944002	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGIA		
15	944002	PSICOTERAPIA DE FAMILAR POR PSICOLOGIA		
16	944102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA		
17	943102	EDUCACION GRUPAL EN SALD,POR PSICOLOGIA		
18	990106	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD ,PSICOLOGIA		
19	890411	INTERCONSULTA POR TERAPIA FISICA		
20	931000	TERAPIA FISCA INTEGRAL Incluye ACTIVIDADES PROPIAS A EJECUTAR EN LOS COMPONENTES SENSORIO-MOTORES-COGNITIVOS,SOCIOAFECTIVOS Y ESPIRITUALES DEL DESEMPEÑO,EJERCICIOS TERAPEUTICOS,ESTIMULACION,TEMPRANA,MECANOTERAPIA ,MEDIOS FISCOS		
21	890413	INTERCONSULTA POR TERAPIA OCUPACIONAL		

DESCRIPCION	OFERTA	NO OFERTA
PAQUETE INTEGRAL DE REHABILITACIÓN BASADA EN NEURODESARROLLO QUE INCLUYE 20 SESIONES MENSUALES DE:		
Fisioterapia		
Fonoaudiología		
Terapia ocupacional		
Psicología		
INCLUYE ADEMÁS:		
Valoración inicial por fisiatría y seguimiento semestral		
Merienda diaria		
Transporte para los usuarios, con acompañamiento de auxiliar de enfermería		

3 COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS

3.1 NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO

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.

3.2 EXPERIENCIA

El Tiempo de práctica del personal en la realización de funciones con responsabilidades específicas o relacionadas requeridas debe ser mínimo 12 meses.

La cual deberá ser anexada como constancias dentro del proceso.

4 CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA

El oferente deberá contar con instalaciones idóneas certificadas y habilitadas por la secretaria de salud, para realizar las diferentes terapias en espacios adecuados a la normatividad existente y contar con el personal idóneo y capacitado para brindar el servicio a contratar para ello diligenciara los respectivos anexos, enviar fotografía de las instalaciones, espacios para la realización de las terapias y demás recursos como son: equipos médicos, material para terapias, entre otras; de ser necesario se hará la visita por parte de la policía nacional del área encargada para verificar dicha información.

❖ El proponente presentará en documento anexo, las características que oferta respecto a la atención a los usuarios, incluyendo como mínimo: Horarios de Atención y terapias, Modalidad para la asignación de citas (Telefónica y/o Presencial) y constancia de asistencia en el caso de paquetes integrales, valoración inicial del paciente, Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse por parte del supervisor en caso de algún requerimiento especial. Por ende el paciente firma el servicio recibido, para ser verificado por la institución en este caso el área de sanidad guajira.

5 SEDE DE LOS SERVICIOS:

En el Municipio de San Juan del Cesar Guajira, principalmente de igual forma si se ofertan otras sedes como en el municipio de Maicao y Fonseca, estas serán tenidas en cuenta.

6 OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES

- ✓ Efectuar la Prestación del Servicio de acuerdo a los protocolos establecidos técnica y científicamente en el ámbito nacional consignados en el acuerdo No. 002 por el cual se establece el Plan De Servicios De Sanidad Militar Y Policial.

- ✓ Prestar los servicios durante el plazo de ejecución del contrato de acuerdo a lo informado en el portafolio de servicios, en sus instalaciones de acuerdo a los pliegos de condiciones y de acuerdo a la oferta presentada.

- ✓ Prestar en forma continua y permanente los servicios a todos los usuarios de la Policía Nacional bajo los principios de eficacia, universalidad y solidaridad que así lo amerite y certifiquen su derecho presentando documento de identidad y carné de servicios, además de la respectiva orden de autorización de servicios debidamente autorizada por la Jefatura del Área de Sanidad Departamento de Policía Guajira o en quien este delegue tal responsabilidad.

- ✓ Prestar los servicios sin ningún tipo de discriminación y 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, la moral y las buenas costumbres.

- ✓ Realizar los trámites de legalización del contrato.

- ✓ Prestar en forma continua y permanente los servicios a todos los usuarios de la Policía Nacional bajo los principios de eficacia, universalidad y solidaridad que así lo ameriten y certifiquen mediante AUTORIZACION DE SERVICIOS.

- ✓ Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que formule el comando de Policía Guajira a través de la Jefatura de Sanidad.

- ✓ Suministrar la información estadística establecida en la Resolución 3374 del 2000 (RIPS), o las demás normas que lo adicionen o modifiquen, Presentando junto con las facturas, la información estadística mensual en un archivo plano, el cual debe venir en medio magnético e impreso. El presente informe hace parte integral de la factura.

- ✓ Los colombianos o extranjeros que hayan obtenido u obtengan titulo equivalente expedido por instituciones de países con los cuales Colombia tenga o no celebrado tratados o convenios sobre equivalencia de títulos, deberá homologar ante la entidad competente.

- ✓ Aportará la dirección de la institución con los números telefónicos para ser contactados en casos de urgencia y establecerá un funcionario de contacto con quien se realizaran las coordinaciones necesarias y se solucionaran los inconvenientes que puedan presentarse durante la ejecución del contrato.

- ✓ El contratista debe solicitar por escrito cualquier cambio a las condiciones establecidas en el contrato durante el tiempo de ejecución del mismo.

- ✓ Son requisitos para la atención: Autorización emitida por la oficina de referencia y contrarreferencia

  Los documentos para acreditar derechos son:

USUARIO	DOCUMENTOS
Activo	Carné de identificación policial y cédula de ciudadanía

USUARIO	DOCUMENTOS
Retirado	Carné de asignación de retiro o certificación vigente expedida por la Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional CASUR y cédula de ciudadanía
Pensionado	Carné de pensionado o certificación vigente expedida por la Caja General de la Policía Nacional CAGEN y cédula de ciudadanía.
Beneficiario	Carné y documento de identificación del beneficiario (Cédula Ciudadanía, Tarjeta de identidad ó Registro Civil). El beneficiario puede acreditar el derecho al servicio con una certificación de la Oficina de Registro y Control de Usuarios del Departamento de Policía Magdalena Área de Sanidad u Oficinas de Talento Humano acreditadas.

- Además de la Documentación que le acredita los Derechos, se deberá informar al Área de Autorizaciones para dar código interno de manejo

- ✓ Abstenerse de emitir fórmulas o solicitudes de servicios, que sean improcedentes según la ética profesional y sin diligenciar la historia clínica, que será el soporte de estas solicitudes.

- ✓ Atender al Usuario de acuerdo con la orden de servicios expedida por Autorizaciones debidamente diligenciada en original, firmada por el médico o el funcionario de la Oficina de Referencia y Contrarreferencia, previa presentación del carné de la Policía y el documento de identificación DEBIDAMENTE ACTUALIZADOS, CASO CONTRARIO SE GLOSARÁ LA CUENTA.

- ✓ El CONTRATISTA debe implementar y mantener activo el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en cumplimiento de lo definido en el Decreto 1011 de 2006

- ✓ El CONTRATISTA dará respuesta oportuna a las glosas realizadas por el Auditor de Cuentas del Área de Sanidad de Guajira.

- ✓ Cualquier cambio en las condiciones técnicas que surjan durante el término de ejecución del contrato, deberá hacerse por mutuo acuerdo, previa solicitud escrita plenamente justificada por cualquiera de las partes.

- ✓ El CONTRATISTA designará un funcionario, para que en coordinación con el Supervisor del Contrato vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presenten.

- ✓ Informar al supervisor del contrato, cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un setenta (70%) por ciento. Una vez recibida la información estudiará la viabilidad de adicionar el contrato. De ahí en adelante informará semanal la ejecución del mismo con corte a Domingo 24:00 horas.

- ✓ Informar MENSUALMENTE al Supervisor del contrato, el estado de ejecución del contrato y el saldo a favor de Policía Nacional.

- ✓ Poseer un sistema de Auditoría Interna que esté en contacto con el Auditor médico delegado por el Área de Sanidad Guajira para el control y supervisión del contrato.

- ✓ EL CONTRATISTA debe garantizar lo ofertado en la propuesta presentada, durante la ejecución del contrato.

- ✓ El CONTRATISTA debe responder por la prestación de los servicios objeto del presente contrato y en el caso de que en un momento dado no pueda prestar alguno de ellos, deberá informar a la Jefatura de Sanidad Guajira, por lo anterior debe presentar un plan de contingencia en caso de fuerza mayor o caso fortuito para garantizar la prestación del servicio a los usuarios.

- ✓ En caso de requerirse un procedimiento que el oferente presente dentro de su portafolio de servicios y no se encuentre dentro del objeto contractual se podrá prestar única y exclusivamente mediante autorización escrita firmada por el Jefe del Área de Sanidad Guajira y será cancelado según el valor estipulado en el contrato.

- ✓ 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 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.

- ✓ El contratista anexara la documentación que nos acredite que se encuentran habilitados por la secretaria de salud para los servicios de salud solicitados.

- ✓ Todo servicio electivo (que no se encuentre en la presente oferta de servicios) considerado por fuera del plan de beneficios debe ser tramitado para estudio de aprobación ante el Comité Técnico Científico (CTC del nivel central de la Dirección de Sanidad) para lo cual el profesional especialista tratante debe diligenciar completamente en letra legible, el formato de justificación diseñado para tal fin por parte del Subsistema de Salud de la Policía Nacional en la consulta inmediatamente y será entregado al usuario para que el usuario entregue el formato a la oficina de referencia y contrarreferencia del Área de Sanidad, y esta adelante el trámite ante el Comité Técnico Científico del nivel central. No se admite formatos no diligenciados completos, en la parte de medicamentos deberá colocar los medicamentos que ha prescrito al usuario que están dentro de la malla de pertinencia y los motivos de indicar otro tipo de medicamentos, no se admite formatos institucionales del contratista con excepción cuando requieran su administración urgente por la condición clínica del paciente, orden judicial o tutela se da cumplimiento a la prestación o suministro con la inmediatez requerida y estos serán reportados posteriormente. En este caso el NO reporte será causal de glosa, más no el concepto favorable o desfavorable del CTC. Se adjunta el presente contrato como anexos lo siguientes formularios: FORMULARIO No. 4 FORMATO DE APROBACION MEDICAMENTOS PARA COMITÉ TECNICO CIENTÍFICO DE MEDICAMENTOS, FORMULARIO No. 5 FORMATO DE APROBACION PROCEDIMIENTOS PARA COMITÉ TECNICO CIENTÍFICO DE PROCEDIMIENTOS, FORMULARIO No. 6 FORMATO DE FARMACOVIGILANCIA.

- ✓ Son requisitos para la atención y deberán entregarse en las facturas como soportes:

- Autorización expedida por la oficina de referencia (mediante aplicativo y que será impresa en la entidad, la cual deberá revisar el aplicativo de manera diaria para ver la demanda del servicio y esta autorización hará parte de los documentos de la factura, solo se recibe la ORIGINAL, el sistema permite imprimir doble las autorizaciones pero no pueden ser utilizadas para las facturas por cuanto sale unas letras donde esto se informa que no es válida “ESTA ES LA COPIA NUMERO 2 DE ESTA AUTORIZACION”, al respecto la autorización tiene sesenta (60) días de validez, si el servicio no es atendido se considerara no atención de demanda del servicio).
- Documento de identidad (de acuerdo a la edad del usuario) 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 ARSAN), fotocopia legible, tamaño carta.
- Orden de prestación de servicios (orden médica) original.

- ✓ El contratista se compromete a dar aplicación al Decreto 2200 de junio 28 2005, por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones, para lo cual las formulas tendrán lo escrito en el Artículo 17. Contenido de la prescripción. La prescripción del medicamento deberá realizarse en un formato el cual debe contener, como mínimo, los datos que aplican en el decreto y demás disposiciones.

- ✓ El contratista se compromete a que el personal asistencial que preste los servicios ambulatorios se regirá por el Manual único de Medicamentos y terapéutica SSPN (Acuerdo 042 y 046 CCSSMP y demás normas que lo complementen o modifiquen), usando las alternativas del mismo, siendo esto necesario para la solicitud de medicamentos por CTC, se escribirá la descripción del medicamento en tipo moléculas no en marcas comerciales.

- ✓ El contratista se compromete a que el personal asistencial que preste los servicios ambulatorios se regirá por Directiva administrativa permanente N° 007/ “Directrices a observar en la expedición y registro

de las excusas de servicio por incapacidad médica o licencia por maternidad y para el control y seguimiento del personal excusado de servicio", donde se establece el criterio para la expedición de excusas del servicio total o parcial.

- ✓ El contratista se compromete a aplicar las directrices establecidas en el aplicativo de referencia autorizaciones de servicio, la autorización expedida por la oficina de referencia mediante aplicativo y que será impresa en la entidad, la cual deberá revisar el aplicativo de manera diaria para ver la demanda del servicio y esta autorización hará parte de los documentos de la factura, solo se recibe la ORIGINAL, el sistema permite imprimir doble las autorizaciones pero no pueden ser utilizadas para las facturas por cuanto sale unas letras donde esto se informa que no es válida "ESTA ES LA COPIA NUMERO 2 DE ESTA AUTORIZACION", la autorización original tiene sesenta (60) días de validez, si que esto se considere como tiempo límite para asignar el servicio, es para control de las mismas, sino se atiende en este periodo se considerara no atención de demanda del servicio).

- ✓ Reportar mensualmente el número de pacientes y procedimientos realizados, en medio magnético a la Central de Referencia del Área de Sanidad Guajira degua.grusa@policia.gov.co y angie.villamizar7487@correo.policia.gov.co, con datos de documentos de identidad, tipo de servicio y cantidad.

7 CONDICIONES TÉCNICAS A EVALUAR - ADICIONALES DE CALIFICACIÓN, JUSTIFICACIÓN Y TEMA EVALUAR:

7.1 Oficina de atención al usuario

Si la institución cuenta con oficina de atención al usuario que en forma permanente atienda los requerimientos y solicitudes en forma personalizada cumple. El oferente para cumplir debe presentar hoja de vida del profesional anexando los teléfonos de contacto, y líneas de atención para todos los servicios permanente.
De no contar en forma permanente y disponibilidad de este servicio para los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional la oferta NO CUMPLE.

7.2 Oportunidad para la atención en el Servicio

SERVICIO	ASPECTOS A EVALUAR	RANGO	CUMPLE / NO CUMPLE
CONSULTA - TERAPIAS	ATENCIÓN PARA TERAPIAS.	Inmediato (Menos de Una (1) Hora)	CUMPLE
		Entre Una Hora (1) hora y dos (2) horas	CUMPLE
		Mayor de dos (2) horas	NO CUMPLE
	OPORTUNIDAD DE LA CONSULTA ESPECIALIZADA	1 A 5 DIAS	CUMPLE
		6 A 10 DIAS	CUMPLE
		MAS DE 10 DIAS, INDICAR LOS DIAS	NO CUMPLE

7.3 RECURSO HUMANO IDÓNEO: Para la calificación del recurso humano del oferente, se evaluarán los siguientes estándares: LOS OFERENTES DEBEN ANEXAR LISTA EN EXCEL DEL PERSONAL MEDICO ESPECIALISTAS, TECNICO Y/O TECNOLOGOS CON LOS SIGUIENTES DATOS: nombres y apellidos completos, numero de cedula de ciudadanía, títulos obtenidos, número de registro médico y/o tarjeta profesional

7.4 La entidad que tenga la mayor cantidad se servicios se tendrá en cuenta y prevalecerá en caso de empate en las tarifas

Para este ítem se tendrá en cuenta los documentos presentados de oferta donde estén marcados los servicios que prestan con los datos completos de lugar de prestación y cantidad de citas disponibles por mes, no serán tenidas en cuenta los servicios que no estén completos estos datos, debido a que no permite valorar los servicios

ANEXO No. 3

EVALUACIÓN ECONÓMICA

REQUISITOS DE LA OFERTA	EXIGENCIA	DESCRIPCIÓN
DE ORDEN ECONOMICO	**Certificación Bancaria**	Con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha del cierre del proceso.
	Oferta Económica	El oferente debe diligenciar el **anexo Oferta Económica.**
	Formato de datos básicos beneficiario cuenta	El oferente debe diligenciar el **FORMULARIO No. 2 DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA respectivo**

ITEM	CODIGO	DESCRIPCION	VALOR TECHO	VALOR A OFERTAR
1	890210	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONOAUDIOLOGIA	17.500,00	
2	890310	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FONOAUDIOLOGIA	17.500,00	
3	930106	EVALUACION FONOAUDIOLOGICA DE DESORDENES DE LENGUAJE Y VOZ Incluye: PRUEBAS DE MINESSOTA, DINAMOMETRIA, DE DESORDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS, COGNOCITIVOS COMUNICATIVOS	17.500,00	
4	930107	PRUEBAS FONOAUDIOLOGICAS DE LA COMUNICACIÓN FUNCIONAL (HABLA)	17.500,00	
5	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL Incluye: AQUELLA PARA PROBLEMAS DE LENGUAJE, HABLA, AUDICION O COMUNICACIONQ	17.500,00	
6	890213	CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR TERAPIA OCUPACIONAL	17.500,00	
7	890313	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL Incluye: PRUEBAS DE TAMIZAJE	17.500,00	
8	990109	EDUCACION GRUPAL EN SALUD ,POR TERAPIA OCUPACIONAL	17.500,00	
9	990209	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD ,POR TERAPIA OCUPACIONAL	17.500,00	
10	938300	TERAPIA OCUPACIONAÑ INTEGRAL Incluye ,EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL Y DETERMINACION TERAPEUTICA EN LOS COMPONENTES SENSORIO-MOTORES.COGNITIVO,SOCIOAFECTIVOS Y ERGONOMICOS PARA ENTRETENIMIENTO FUNCIONAL E INTEGRACION LABORAL	17.500,00	
11	890208	CONSULTA POR PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA Incluye AQUELLA REALIZADA AL INDIVIDUO ,A LA PAREJA O A LA FAMILIA .METODOS O TECNICAS TERAPEUTICAS APLICADAS COMO TERAPIA FAMILIASR ENTRE OTRAS	17.500,00	
12	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA	17.500,00	
13	944202	PSICOTERAPIA DE GRUPO CONTROL POR PSICOLAGIA+	17.500,00	
14	944002	PSICOTERAPIA CONTROL POR PSICOLAGIA	17.500,00	
15	944002	PSICOTERAPIA FAMILIAR PSICOLAGIA	17.500,00	
16	944102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	17.500,00	
17	943102	EDUCACION GRUPAL EN SALUD ,POR PSICOLOGIA	17.500,00	
18	990106	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD ,POR PSICOLOGIA	17.500,00	
19	890411	INTERCONSULTA POR TERAPIA FISICA	17.500,00	
20	931000	TERAPIA FISICA INTEGRAL Incluye PROPIAS A EJECUTAR EN LOS COMPONENTES SENSORIOS-MOTORES, COGNITIVOS, SOCIOAFECTIVOS Y ESPIRITUALES DEL DESEMPEÑO, EJERCICIO TERAPEUTICO, ESTIMULACION, TEMPRANA MACANOTARAPIA, MEDIOS FISICOS.	17.500,00	
21	890413	INTERCONSULTA POR TERAPIA OCUPACIONAL	17.500,00	

DESCRIPCION	VALOR TECHO	VALOR A OFERTAR
PAQUETE INTEGRAL DE REHABILITACIÓN BASADA EN NEURODESARROLLO QUE INCLUYE 20 SESIONES MENSUALES DE:	1.500.000,00	
Fisioterapia		
Fonoaudiología		
Terapia ocupacional		
Psicología		
INCLUYE ADEMÁS:		
Valoración inicial por fisiatría y seguimiento semestral		
Merienda diaria		
Transporte para los usuarios, con acompañamiento de auxiliar de enfermería		

ANEXO No. 4

OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL

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 ó servicio y demás del **CONTRATISTA** en desarrollo del objeto del contractual.

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

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

ANEXO No. 5

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Cumplir con el objeto contractual.

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

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

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

5. Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la Dirección Administrativa y Financiera o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única y cancelar los pagos a que hubiere lugar tales como publicación en el Diario Único de Contratación Pública, si lo requiere.

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

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

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

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

10. 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.

ANEXO No. 6

DOCUMENTOS JURIDICOS Y HABILITANTES

1. REQUISITOS HABILITANTES

1.1 IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA

El Oferente nacional indicará su identificación tributaria e información sobre el régimen de impuestos al que pertenece, para lo cual aportará con la Oferta copia del Registro Único Tributario RUT; las personas jurídicas y/o naturales integrantes de un consorcio o unión temporal o promesa de sociedad futura acreditarán individualmente éste requisito, cuando intervengan como responsables del impuesto sobre las ventas, por realizar directamente la prestación de servicios gravados con dicho impuesto. Lo anterior conforme el artículo 368 del Estatuto Tributario, en concordancia con el artículo 66 de la Ley 488 de 1998 que adicionó el artículo 437 del mismo Estatuto

NOTA: No aplica para las personas naturales y jurídicas de origen extranjero sin sucursal en Colombia.

1.2 CERTIFICADO DE NO INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Deben abstenerse de participar, quienes consideren estar incursos en los artículos 8º, 9º y 10º de la Ley 80 de 1993, y demás normas concordantes, para lo cual el proponente debe manifestarlo en la propuesta y se entenderá prestado bajo la gravedad del juramento con su firma en la propuesta

1.3 REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Los oferentes deberán presentar el Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud o Certificación de Cumplimiento de las Condiciones de Habilitación V4.0 (Resolución 2003 de 26/05/2014 del Ministerio de la Protección Social o la que se está aplicando de acuerdo a la fecha).

El Comité Técnico de Evaluación de Propuestas del Departamento de Policía Guajira, podrá programar la respectiva Visita de Verificación y rendirá su informe por medio de Acta en donde se conste la Identificación de la IPS, los Verificadores, los Hallazgos y el Concepto final de CUMPLE o NO CUMPLE.

Presentar el Formulario de Renovación de la habilitación según lo descrito en las Resoluciones 3678 y 2003 del 2014 del Ministerio de la Protección Social, en caso de haberse vencido la vigencia del mismo, o que durante la ejecución del contrato se surtiera el vencimiento del registro Especial, debe aportarse a la carpeta del contrato la renovación.

NOTA: El establecimiento debe estar ubicado en la ciudad de Riohacha la Guajira para que pueda cumplir.

1.4 CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL.

Persona Natural. Deberá presentar un Certificado de Inscripción en el Registro Mercantil expedido por la Cámara de Comercio en donde conste la determinación de su actividad. Este certificado debe tener fecha de expedición igual o inferior a un (1) mes anterior a la fecha de presentación de la propuesta.

NOTA. Con excepción a las personas que ejercen prestación de servicios inherentes a las profesiones liberales de conformidad con el Numeral 5 del Art. 23 del Código de Comercio.

Persona Natural de Origen Extranjero.

Deberá presentar un documento emitido por la autoridad competente en el país de su domicilio y expedido con dos (2) meses de anticipación a la fecha de la presentación de la propuesta, en el que conste su existencia, actividad y vigencia.

En todos los casos, deberán cumplirse todos y cada uno de los requisitos legales exigidos para la validez y oponibilidad en Colombia de documentos expedidos en el exterior con el propósito de que puedan obrar como prueba conforme a lo dispuesto en los artículos 259 y 260 del Código de Procedimiento Civil, y las demás normas vigentes. SE PRECISA QUE LOS ÚNICOS DOCUMENTOS QUE DEBEN LLENAR ESTE REQUISITO SON LOS DE ÍNDOLE LEGAL Y LA OPORTUNIDAD PARA ALLEGARLOS CON ESTOS FORMALISMOS SE

HARÁ EXIGIBLE ANTES DE LA ADJUDICACIÓN, DE MANERA QUE PARA EFECTOS DE PRESENTAR LA PROPUESTA LA POLICÍA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAJIRA ACEPTARÁ DOCUMENTOS EN FOTOCOPIAS SIMPLES.

Persona Jurídica Nacional. Las personas jurídicas deberán cumplir al momento de presentación de la propuesta con los siguientes requisitos:

Acreditar su existencia y representación legal, mediante la presentación del original del Certificado de Existencia y Representación Legal, expedido por la Cámara de Comercio de su domicilio social o la autoridad competente, con fecha de expedición igual o inferior a un (1) mes anterior a la fecha de presentación de la propuesta.

Acreditar un término mínimo de duración de la sociedad, de dos (2) años, contados a partir del vencimiento del plazo máximo para la entrega de los bienes o de la vigencia del contrato.
Acreditar la suficiencia de la capacidad del Representante Legal para la presentación de la propuesta y para la suscripción del contrato ofrecido. Cuando el Representante Legal tenga limitaciones estatutarias. Se deberá presentar adicionalmente copia del acta en la que conste la decisión del Órgano Social correspondiente que autorice al Representante Legal para la presentación de la propuesta, la suscripción del contrato, y para actuar en los demás actos requeridos para la contratación en el caso de resultar adjudicatario.

Acreditar que el objeto social principal de la sociedad se encuentra directamente relacionado con el objeto del contrato, de manera que le permita a la persona jurídica la celebración y ejecución del contrato, teniendo en cuenta para estos efectos el alcance y la naturaleza de las diferentes obligaciones que adquiere.

Las personas jurídicas extranjeras sin domicilio en Colombia deberán acreditar en el país un apoderado domiciliado en Colombia, debidamente facultado para presentar la propuesta, participar y comprometer a su representado en las diferentes instancias del presente proceso de selección, suscribir los documentos y declaraciones que se requieran así como el contrato ofrecido, suministrar la información que le sea solicitada, y demás actos necesarios de acuerdo con los presentes PLIEGO DE CONDICIONES, así como para representarla judicial o extrajudicialmente.

PERSONAS JURÍDICAS PÚBLICAS O PRIVADAS DE ORIGEN EXTRANJERO

Para los efectos previstos en este numeral se consideran personas jurídicas públicas o privadas de origen extranjero las sociedades que no hayan sido constituidas de acuerdo con la legislación nacional, sea que tengan o no domicilio en Colombia a través de sucursales.

Las propuestas de personas jurídicas de origen extranjero se someterán en todo caso a la legislación colombiana, sin perjuicio de lo cual, para su participación deberán cumplir con las siguientes condiciones:

PERSONAS JURÍDICAS DE ORIGEN EXTRANJERO CON SUCURSAL EN COLOMBIA:

Acreditar su existencia y representación legal, a efectos de lo cual deberán presentar un documento expedido por la autoridad competente en el país de su domicilio, expedido con dos (2) meses de anticipación a la fecha de la presentación de la propuesta, en el que conste su existencia, objeto y vigencia, y el nombre del representante legal de la sociedad o de la persona o personas que tengan la capacidad para comprometerla jurídicamente y sus facultades, y en el cual se señale expresamente que el representante no tiene limitaciones para presentar la propuesta, suscribir el contrato y comprometer a la entidad a través de su propuesta.

En defecto, de dicho documento, el proponente deberá presentar la certificación del Registro Único de Proponentes.

Acreditar un término mínimo permanente de duración de la sociedad, de dos (2) años, contados a partir del vencimiento del plazo máximo para la entrega de los bienes o de la vigencia del contrato.

Acreditar la suficiencia de la capacidad del representante legal para la suscripción del contrato ofrecido. Cuando el representante legal tenga limitaciones estatutarias, se deberá presentar adicionalmente copia del acta en la que conste la decisión del órgano social correspondiente que autorice al representante legal para la presentación de la propuesta, la suscripción del contrato y para actuar en los demás actos requeridos para la contratación en el caso de resultar adjudicatario.

Acreditar que su objeto social principal se encuentra directamente relacionado con el objeto del contrato, de manera que le permita a la persona jurídica la celebración y ejecución del contrato ofrecido, teniendo en cuenta a estos efectos el alcance y la naturaleza de las diferentes obligaciones que adquiere.

PERSONAS JURÍDICAS DE ORIGEN EXTRANJERO SIN SUCURSAL EN COLOMBIA:

Acreditar su existencia y representación legal, a efectos de lo cual deberán presentar un documento expedido por la autoridad competente en el país de su domicilio, expedido con dos (2) meses de anticipación a la fecha de la presentación de la propuesta, en el que conste su existencia, objeto y vigencia, y el nombre del representante legal de la sociedad o de la persona o personas que tengan la capacidad para comprometerla jurídicamente y sus facultades, y en el cual se señale expresamente que el representante no tiene limitaciones para presentar la propuesta, suscribir el contrato y comprometer a la entidad a través de su propuesta.

Acreditar un término mínimo permanente de duración de la sociedad, de dos (2) años, contados a partir del vencimiento del plazo máximo para la entrega de los bienes o de la vigencia del contrato.

Acreditar la suficiencia de la capacidad del representante legal para la suscripción del contrato ofrecido. Cuando el representante legal tenga limitaciones estatutarias, se deberá presentar adicionalmente copia del acta en la que conste la decisión del órgano social correspondiente que autorice al representante legal para la presentación de la propuesta, la suscripción del contrato y para actuar en los demás actos requeridos para la contratación en el caso de resultar adjudicatario.

Acreditar que su objeto social principal se encuentra directamente relacionado con el objeto del contrato, de manera que le permita a la persona jurídica la celebración y ejecución del contrato ofrecido, teniendo en cuenta a estos efectos el alcance y la naturaleza de las diferentes obligaciones que adquiere.

En todos los casos, deberán cumplirse todos y cada uno de los requisitos legales exigidos para la validez y oponibilidad en Colombia de documentos expedidos en el exterior con el propósito de que puedan obrar como prueba conforme a lo dispuesto en los artículos 259 y 260 del Código de Procedimiento Civil, y las demás normas vigentes. SE PRECISA QUE LOS ÚNICOS DOCUMENTOS QUE DEBEN LLENAR ESTE REQUISITO SON LOS DE ÍNDOLE LEGAL Y LA OPORTUNIDAD PARA ALLEGARLOS CON ESTOS FORMALISMOS SE HARÁ EXIGIBLE ANTES DE LA ADJUDICACIÓN, DE MANERA QUE PARA EFECTOS DE PRESENTAR LA PROPUESTA LA POLICÍA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAJIRA ACEPTARÁ DOCUMENTOS EN FOTOCOPIAS SIMPLES.

APODERADO

Las personas jurídicas extranjeras sin domicilio en Colombia deberán acreditar en el país un apoderado domiciliado en Colombia, debidamente facultado para presentar la propuesta, participar y comprometer a su representado en las diferentes instancias del presente proceso de selección, suscribir los documentos y declaraciones que se requieran así como el contrato ofrecido, suministrar la información que le sea solicitada, y demás actos necesarios de acuerdo con el presente pliego de condiciones, así como para representarla judicial o extrajudicialmente.

El poder que otorga las facultades, en caso de ser expedido en el exterior, deberá cumplir todos y cada uno de los requisitos legales exigidos para la validez y oponibilidad en Colombia de documentos expedidos en el exterior con el propósito que puedan obrar como prueba conforme a lo dispuesto en los artículos 259 y 260 del Código de Procedimiento civil y demás normas vigentes. SE PRECISA QUE LOS ÚNICOS DOCUMENTOS QUE DEBEN LLENAR ESTE REQUISITO SON LOS DE ÍNDOLE LEGAL Y LA OPORTUNIDAD PARA ALLEGARLOS CON ESTOS FORMALISMOS SE HARÁ EXIGIBLE ANTES DE LA ADJUDICACIÓN, DE MANERA QUE PARA EFECTOS DE PRESENTAR LA PROPUESTA LA POLICÍA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAJIRA ACEPTARÁ DOCUMENTOS EN FOTOCOPIAS SIMPLES.

Dicho apoderado podrá ser el mismo apoderado único para el caso de personas extranjeras que participen en consorcio o unión temporal, y en tal caso bastará para todos los efectos, la presentación del poder común otorgado por todos los participantes del consorcio o unión temporal.

Los documentos otorgados en el exterior para ser considerados como idóneos para su validez y oponibilidad en Colombia deben cumplir con los siguientes requisitos:

Apostilla: del documento en el evento, en que el país en donde fue expedido haga parte del Convenio de la Haya de 1961 sobre la supresión de la exigencia de legalización de documentos públicos extranjeros, en los términos señalados en la Ley 455 de 1998 y en el Decreto 106 de 2001.

Consularización o legalización en el caso que el documento sea expedido en un país no signatario del Convenio antes indicado, dichos documentos para que puedan obrar como prueba deberán cumplir con lo dispuesto en los artículos 259 y 260 del Código de Procedimiento Civil, y las demás normas concordantes vigentes. SE PRECISA QUE LOS ÚNICOS DOCUMENTOS QUE DEBEN LLENAR ESTE REQUISITO SON LOS DE ÍNDOLE LEGAL Y LA OPORTUNIDAD PARA ALLEGARLOS CON ESTOS FORMALISMOS SE HARÁ EXIGIBLE ANTES DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO, DE MANERA QUE PARA EFECTOS DE PRESENTAR LA PROPUESTA LA POLICÍA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAJIRA – AREA DE SANIDAD ACEPTARÁ FOTOCOPIAS SIMPLES.

PROPUESTAS CONJUNTAS

Podrán participar consorcios y uniones temporales, para lo cual se deberán cumplir los siguientes requisitos:

Acreditar la existencia del consorcio o de la unión temporal, y específicamente la circunstancia de tratarse de uno u otro, lo cual deberá declararse de manera expresa en el acuerdo de asociación correspondiente, señalando las reglas básicas que regulan las relaciones entre ellos, los términos, actividades, condiciones y participación porcentual de los miembros del consorcio en la unión temporal en la propuesta y en la ejecución de las obligaciones atribuidas al contratista por el contrato ofrecido.

Para los eventos previstos en el artículo 7 de la Ley 80 de 1993, el Proponente deberá indicar en el documento de conformación si su propuesta se formula a título de Consorcio o Unión Temporal, para lo cual deberá cumplir con lo siguiente:
Indicar el tipo de asociación de que se trate: Consorcio o Unión Temporal; si se trata de Unión Temporal, sus miembros deberán señalar en la Propuesta la extensión (actividades y porcentaje) de su participación en la misma y en su ejecución, los cuales no podrán ser modificados sin el consentimiento previo y escrito de la POLICIA NACIONAL DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAJIRA – AREA DE SANIDAD. La omisión de este señalamiento, hará que la POLICIA NACIONAL – DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAJIRA – AREA DE SANIDAD, tome la propuesta como presentada por un Consorcio para todos los efectos.

Acreditar un término mínimo de duración del consorcio o de la unión temporal hasta la liquidación del contrato.

Acreditar la existencia, representación legal y capacidad legal y capacidad jurídica de las personas jurídicas consorciadas o asociadas en unión temporal, y la capacidad de sus representantes para la constitución del consorcio o unión temporal, así como de la propuesta para la presentación, celebración y ejecución del contrato.

Acreditar que cada una de las personas jurídicas integrantes del consorcio o unión temporal tienen un término mínimo de veintiséis (26) meses, contados a partir del vencimiento del plazo de la vigencia.

La designación de un representante que deberá estar facultado para actuar en nombre y representación del Consorcio o Unión Temporal. Igualmente deberá designar un suplente que lo reemplace en los casos de ausencia temporal o definitiva.

Los requisitos relacionados con la existencia, representación legal y duración de los consorcios o uniones temporales, deberán acreditarse mediante la presentación del documento consorcial o de constitución de la unión temporal en el que se consignen los acuerdos y la información requerida.

Los requisitos relacionados con la existencia, representación y capacidad jurídica de cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal, respecto de las personas jurídicas o naturales que se asocien en consorcio o en unión temporal para la presentación de la propuesta, deberán acreditarse conforme se indica en los numerales respectivos de los pliegos de condiciones.

En todos los casos de propuestas presentadas por dos o más personas naturales y/o jurídicas, en las que no se exprese de manera clara y explícita la clase de asociación que se constituye (consorcio o unión temporal), se presumirá la intención de concurrir al proceso de selección en consorcio, con los efectos y consecuencias que dicha forma de asociación conlleve para los proponentes, de acuerdo con lo previsto en el artículo 7 de la Ley 80 de 1993.

Una vez el Contrato sea adjudicado al consorcio o unión temporal y dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la notificación, éste debe presentar el Nit del Consorcio o Unión Temporal.

1.5 SISTEMA DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS (RNMC)

Los oferentes deberán presentar certificación que no se encuentran con comparendos pendientes por pagar y que están a paz y salvo según el artículo 183. Consecuencias por el no pago multas, literal 4, ley 1801 de 29/07/2016 código nacional de policía y convivencia.

2. REQUISITOS JURÍDICOS

2.1 CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

La carta de presentación de la propuesta se diligenciará conforme al modelo contenido en el Formulario No. 12 "Carta de Presentación de la Propuesta" y será firmada por el proponente o apoderado, si a ello hubiere lugar. Si la propuesta es presentada por una persona jurídica, en unión temporal o consorcio, deberá venir suscrita por el representante legal para el caso de las personas jurídicas debidamente facultado en los términos de ley, y para los consorcios y uniones temporales, el Representante designado.

2.2 BOLETÍN RESPONSABLES FISCALES

La POLICÍA NACIONAL- DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAJIRA – AREA DE SANIDAD, consultará el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República de la firma y del representante legal.

NOTA: No aplica para las personas (naturales y jurídicas) de origen extranjero sin sucursal en Colombia.

2.3 CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

La Policía Nacional Departamento De Policía Guajira – Área De Sanidad consultará el certificado de antecedentes disciplinarios, expedido por la Procuraduría General de la Nación, de las personas naturales, los representantes legales de personas jurídicas y/o de quien en nombre de la persona jurídica presente la oferta.

NOTA: No aplica para las personas (naturales y jurídicas) de origen extranjero sin sucursal en Colombia.

2.4. CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES

La POLICÍA NACIONAL- DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAJIRA – AREA DE SANIDAD, consultará el CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES, de las personas naturales, los representantes legales de personas jurídicas y/o de quien en nombre de la persona jurídica presente la oferta.

2.5 CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES

Para dar cumplimiento a lo previsto en la Ley 828/2003, el proponente, si es persona jurídica, deberá allegar una certificación expedida por el revisor fiscal, si es del caso, o del representante legal del proponente, señalando para el primero el número de la Tarjeta Profesional y anexando fotocopia de la misma; si es persona natural declaración juramentada, en la cual se certifique el pago de los aportes parafiscales indicando que se encuentra al día con dichos pagos (Caja de Compensación Familiar, SENA e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar). La información presentada en desarrollo del presente numeral se entiende suministrada bajo gravedad de juramento, respecto su fidelidad y veracidad.

NOTA: No aplica para las personas naturales y jurídicas de origen extranjero sin sucursal en Colombia.

2.6 COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

El Oferente deberá proceder al diligenciamiento del formulario No. 11 y entregarlo con la oferta.

2.7. **CEDULA DE CIUDADANIA DEL REPRESENTANTE LEGAL**

Esta debe venir ampliada

2.8 CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST

El contratista debe acreditar por escrito el cumplimiento de los escritos y condiciones exigidas según decreto 1072 del 2015 ministerio del trabajo por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector trabajo específicamente los artículos 2.2.4.6.1 conforme a lo estipulado en el decreto 052 del 2017. El empleador debe aportar y mantener las disposiciones que garanticen el cumplimiento de las normas de seguridad y salud en el trabajo de su empresa, por parte de los proveedores, trabajadores dependientes, trabajadores cooperado, trabajadores en misión, contratistas y sus trabajadores o subcontratistas, durante el desempeño de las actividades objeto del contrato. Para este propósito el empleador debe considerar como mínimo, los siguientes aspectos en materia de seguridad y salud en el trabajo: 1. Incluir los aspectos de seguridad y salud en el trabajo en la evaluación y selección de proveedores y contratistas; 2. Procurar canales de comunicación para la gestión de seguridad y salud en el trabajo con los proveedores, trabajadores cooperados, trabajadores en misión, contratistas y sus trabajadores o subcontratistas; 3. Verificar antes del inicio del trabajo y periódica.

ANEXO No. 7

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

ETAPA CONTRACTUAL

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACION DE LOS RIESGOS	ESTIMACION DEL RIESGO	ASIGNACION DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACION COBERTURA / VIGENCIA
GARANTIA UNICA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y SEIS (06) MESES MAS	AMPARA EL RIESGO DE INCUMPLIMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN Y LIQUIDACION DEL CONTRATO LA ESTIMACION DEL RIESGO CUBRE EL 20% DEL VALOR DEL CONTRATO COMO QUIERA QUE SE PRETENDE EL PAGO PARCIAL O DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE CAUSE A LA ENTIDAD 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 AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y SEIS (06) MESES MAS	AMPARA EL RIESGO DE MALA CALIDAD DEL SERVICIO DE CSALUD DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y 06 MESES MÁS BUSCANDO RESARCIR EL DETRIMENTO CAUSADO A LA ENTIDAD POR MALA CALIDAD O INSUFICIENCIA DEL SERVICIO ENTREGADO.
GARANTIA UNICA	RIESGO JURIDICO	NO PAGO DE SALARIOS PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES LABORALES.	CINCO POR CIENTO (5%) DEL VALOR DEL CONTRATO.	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y TRES (03) AÑOS MAS	AMPARA A LA ENTIDAD DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONE COMO CONSECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTE OBLIGADO EL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADOS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO FINANCIERO	DAÑOS A TERCEROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA-CONTRACTUAL POR LA EJECUCIÓN DE LOS CONTRATOS DE SERVICIOS DE SALUD.	CINCO POR CIENTO (5%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO SEIS (06) MESES MAS.	AMPARA LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL CONTRATISTA CON OCASIÓN DE LA EJECUCIÓN DE CONTRATO AMPARADO, Y SERÁN BENEFICIARIOS TANTO LA ENTIDAD CONTRATANTE COMO LOS TERCEROS QUE PUEDAN RESULTAR AFECTADOS POR LA RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL DEL CONTRATISTA O SUS SUBCONTRATISTA. LA PÓLIZA DEBERÁ CONTENER COMO MÍNIMO, EN ADICIÓN A LA COBERTURA BÁSICA DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES LOS AMPAROS CONTEMPLADOS EN EL ARTÍCULO DIECISÉIS (16) DE DECRETO 4828 DE 241208.

CLAUSULAS SANCIONATORIAS

MULTA	RIESGO JURIDICO	LA NO CONSTITUCION DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS LA POLIZA DE GARANTIA UNICA	MULTA CUYO VALOR SE LIQUIDARA CON BASE EN UN CERO PUNTO DOS (0.2%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARA POR CADA DIA DE RETARDO Y HASTA POR DIEZ (10) DIAS.	CUANDO EL CONTRATISTA NO CONSTITUYA DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS, A POLIZA DE GARANTIA UNICA
MULTA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO PARCIAL	MULTAS CUYO VALOR SE LIQUIDARA CON BASE EN UN CERO PUNTO CINCO (0.5%) DEL VALOR DEJADO DE CUMPLIR O ENTREGAR	CONTRATISTA	LA MULTA SE APLICARA POR CADA DIA DE RETARDO HASTA POR UN PLAZO DE QUINCE (15) DIAS CALENDARIO QUE SE DESCONTARA DEL SALDO QUE LE ADEUDE LA ENTIDAD. ESTA SANCION SE IMPONDRA MEDIANTE ACTO ADMINISTRATIVO MOTIVADO EN EL QUE SE EXPRESARA LAS CAUSAS QUE DIERONLUGAR A ELLA	AMPARA LA MORA O INCUMPLIMIENTO PARCIAL DE ALGUNA OBLIGACION DERIVADA DEL CONTRATO POR CAUSAS IMPUTABLES AL CONTRATISTA
CLAUSULA PENAL PECUNIARIA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO TOTAL DECLARATORIA DE CADUCIDAD	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CONTRATISTA	EL VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO CUANDO SE TRATE DE INCUMPLIMIENTO TOTAL DEL CONTRATO Y PROPORCIONAL AL INCUMPLIMIENTO PARCIAL DEL CONTRATO	AMPARA EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O DEFINITIVO DEL CONTRATO POR PARTE DEL CONTRATISTA , SE BUSCA EL PAGO PARCIAL Y DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE SE CAUSEN A LA ENTIDAD

FORMULARIO No. 1

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____ FECHA _____

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

APERTURA _____ CANCELACION _____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____ NIT _____
_____ Y/O _____
_____ C.C. _____
Dirección _____ Teléfono _____
Fax _____ Departamento _____
Ciudad _____ Municipio _____

Denominación de la cuenta Corriente _____
Ahorros _____

Teniendo en cuenta que la Tesorería informará al proveedor sobre la realización del pago, indicando el día del giro, concepto y cuenta del beneficiario, para que éste verifique el abono en la respectiva cuenta y confirme a la Entidad, el proponente deberá indicar el correo electrónico para el efecto.

CORREO ELÉCTRONICO: _____ SI (___)

TELÉFONO: _____ SI (___)

II. DATOS DE LA ENTIDAD DE CREDITO:

Entidad Financiera _____ Código _____
Sucursal _____Código_____Ciudad_____
Dirección _____Teléfono_____
Fax_____ Número de la cuenta _____

(Adjuntar certificación bancaria vigente)

_____
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

FORMULARIO No. 2

CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL

Yo,_____, Representante de la Firma_____, identificado con c.c._____ de _____certifico que la firma que represento, Cuenta con la infraestructura, recursos técnicos y tecnológicos y disponibilidad e idoneidad del personal, necesarios para cumplir el objeto de la presente contratación, en las condiciones señaladas en los presentes términos de referencia.

Expedida el día _____

NOMBRE DEL PROPONENTE.
NIT O C.C.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL
C.C.

Firma (Representante Legal):

DIRECCIÓN

TELEFONO

CORREO ELECTRONICO

FORMULARIO No. 3

FORMATO DE APROBACION MEDICAMENTOS PARA COMITÉ TÉCNICO DE MEDICAMENTOS

Continuación de la resolución No_____ del _____"por lo cual se reorganiza el Comité Técnico Científico de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional

ANEXO 2

ACUERDO CSSMP 052/2013

FORMATO DE APROBACIÓN MEDICAMENTOS
POR FUERA DEL MANUAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA DEL SSMP

ESTE DOCUMENTO DEBE SER DILIGENCIADO EN FORMA COMPLETA, ÚNICAMENTE POR PARTE DEL MÉDICO ESPECIALISTA TRATANTE
EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE ESTOS ASPECTOS NO PERMITIRÁ EL ESTUDIOPOR PARTE DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

Fecha de Solicitud: _____ Departamento: _____

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: _____ Edad _____SEXO: F___M:___
No. de identificación: C.C.____T.I.____RC____ NUIP___ Nº _____
Fuerza EJC: ____FAC:____ ARC:____PONAL:____HOMIC:____
Dirección: _____
Ciudad: _____Teléfono: _____

II. MEDICAMENTO SOLICITADO FUERA DEL MANUAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS:

AMBULATORIO: _____ HOSPITALARIO:_____ URGENCIA (Vital):_____
Tipo de medicamento: Medicamento: _____ Vital No disponible: _____ Magistral: _____
Tipo de prescripción: Única: _____ Sucesiva: _____
Principio activo en denominación común internacional: _____
_____
Concentración:_____ Forma farmacéutica: _____ Vía de administración: _____
Dosis: _____ Cantidad/día:_____ Cantidad/mes _____
Duración del tratamiento: _____ Fecha de aplicación: _____
Programa Especial de: _____
Efectos adversos y posibles riesgos por el uso del medicamento: _____
_____
_____

Paciente con enfermedad huérfana: SI_____ No_____
¿Cuál? _____

III. DIAGNÓSTICO:

Diagnostico principal: _____Código CIE 10 _____
Diagnostico relacionado 1 _____ Código CIE 10 _____

IV. DESCRIBA EN FORMA RESUMIDA LA HISTORIA CLÍNICA:

_____
_____
_____
_____

V. ALTERNATIVAS UTILIZADAS DEL MANUAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS SSMP:

1. Principio activo: _____ Tiempo de utilización: _____
Respuesta Clínica observada: No mejoría: _____ Reacción adversa: _____ Intolerancia: _____

2. Principio activo: _____ Tiempo de utilización: _____
Respuesta Clínica observada: No mejoría: _____ Reacción adversa: _____ Intolerancia: _____

3. Principio activo: _____ Tiempo de utilización: _____
Respuesta Clínica observada: No mejoría: _____ Reacción adversa: _____ Intolerancia: _____

La respuesta clínica negativa ha sido reporta al comité de farmacovigilancia: SI_____ NO_____

No existe alternativa en el Manual Único de Medicamentos del SSMP: :_____

VI. CRITERIOS QUE JUSTIFICAN LA PRESENTE SOLICITUD

1 Existe riesgo inminente para la vida y la salud del paciente: SI: NO: Si existe riesgo por favor justifíquelo: _____

2. La indicación o uso previsto del medicamento está autorizado por la autoridad competente (INVIMA): SI____ NO:_____

3. Medicamento a prescribir se encuentra en fase experimental: SI____ NO:_____ _____
4. Existe evidencia científica disponible sobre seguridad, eficacia y efectividad clínica: _____
Descripción de la evidencia: _____

VI. NOTIFICACIÓN SOBRE AUTORIZACIÓN DE URGENCIA VITAL (diligenciar en ese caso que el medicamento haya sido autorizado por urgencia vital)

Se aprobó por urgencia vital o prioridad clínica: SI _____ NO: _____
Fecha en que se aprobó: _____
USP que autorizó: _____
Nombre de la USP o IPS que suministro: _____
Nombre de la USP o IPS que se administró: _____

FIRMA DEL JEFE DE LA UNIDAD: _____

_____

El Comité NO aprobará tratamientos experimentales, ni medicamentos prescritos para tratamientos expresamente excluidos del manual (Resolución 2933 articulo 6, parágrafo POS).
Si se requiere información o documentación adicional el comité solicitara al médico tratante, quien debe suministrarla dentro de los dos días siguientes (Resolución 2933 artículo 7°, literal C).

"Como el profesional tratante certifico que los datos aquí diligenciados corresponden a las necesidades del paciente, que esta solicitud es producto de agotar todas las alternativas terapéuticas existentes en el manual único de medicamento y terapéutica del SSSMP, constituyéndose en la única alternativa disponible para asegurar las salud del paciente. Igualmente certifico que no poseo vínculo alguno con compañías productoras o distribuidoras del insumo, dispositivo medico u otro servicio requerido, ni soy representante legal miembro de junta directiva, administrador y/o socio de ellas, ni tengo vinculo laboral o contractual con las mismas y que de llegar a faltar el presente compromiso conozco la prohibición contenida en el artículo 35 Numerales 1 y 3 de la ley 734 de 2002 (Código Disciplinario Único) y sus consecuencias jurídicas"

Nombre y apellidos del médico solicitante: _____

No de cédula: _____ **Registro Médico:** _____ **especialidad:** _____

Nombre la institución prestadora del servicio en la que labora: _____

Nota: señor(a) usuario (a): este formato tiene vigencia por el tiempo aprobado, recuerde solicitar su cita por lo menos un mes antes del vencimiento del mismo, para ser evaluado oportunamente por el especialista tratante.

FORMULARIO No. 5

FORMATO DE APROBACION PROCEDIMIENTOS PARA COMITÉ TÉCNICO DE PROCEDIMIENTOS

DIRECCIÓN DE SANIDAD
COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS FUERA DEL ACUERDO NO. 002/2001 PLAN DE SERVICIOS

I. DATOS DE INFORMACIÓN
Nombre del usuario: _____ EDAD: ____años
Tipo de identificación: C.C.___ T.I.___ R.C. ___ NUIP. ____ No. _____
Dirección Residencia: _____ Teléfono:_____
Diagnóstico: Código C.I.E 10 _____
1.
2.
3.
II. DATOS DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO FUERA DEL ACUERDO No. 002/2001 Especialidad: _____ Subespecialidad:_____ **NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO O SERVICIO DE SALUD**: _____
Descripción (realice una descripción detallada del procedimiento, servicio de salud o insumo indicando cantidades y especificación del caso)

III. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN EL ACUERDO No. 002/2001 (Existe algún procedimiento equivalente en el que se justifica su NO utilización**):**	
Nombre del procedimiento: _____	Código:_____

IV. JUNTA MEDICA O QUIRURGICA (Se le realizo Junta Medica describa los resultados**)**
V. JUSTIFICACIÓN TÉCNICO CIENTÍFICO

VI. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA (Relacione al menos dos referencias Especificas con citas bibliográficas completas**)**

1.

2.

3.

VII. DOCUMENTOS QUE DEBEN ANEXAR A LA SOLICITUD

Fotocopia del documento de identidad y del carnet de servicios médicos del afiliado y del beneficiario cuando la atención haya sido resuelta.

Fotocopia de la historia clínica, Epicrisis o resumen completo de la misma.

Orden medica actualizada (menos de seis (06) meses) y debidamente diligenciada.

Fotocopia del certificado de disponibilidad presupuestal del procedimiento, servicio de salud, insumo o dispositivo medico solicitado.

CÓDIGO INTERNO DEL PROVEEDOR:

VIII. MEDICO SOLICITANTE

Como médico tratante certifico que los datos aquí diligenciado corresponden a las necesidades del paciente, que no posee la Empresa del Sector Salud que produzca, comercialice o preste este servicio y que esta solicitud es producto de agotar las citas terapeutas existentes en el **Acuerdo 002/2010 Plan de Servicios de Sanidad Policial**, constituyéndose en la única alternativa disponible para asegurar la salud del paciente.

IX. CONCEPTO JUNTA DE PARES DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA

APROBADO: SI _____ NO _____

Existe riesgo inminente para la vida y la salud del paciente si no se aprueba esta solicitud: **SI** ___ **NO** ____

_____	_____	_____
NOMBRES Y APELLIDOS MEDICO SOLICITANTE	**FIRMA**	**CEDULA DE CIUDADANÍA**

FORMULARIO No. 6

FORMATO DE FARMACOVIGILANCIA

POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD

COMITÉ DE FARMACOVIGILANCIA

NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS

1. Por favor notifique todas las reacciones a los medicamentos que usted prescriba.
2. Notifique todos los fármacos usados por el paciente en los tres últimos meses dejando en la primera líneas el fármaco que considera más sospechoso de hacer producido la reacción. Marque con una **X** junto al nombre de los fármacos sospechosos, si considera que hay más de uno.
3. No deje de notificar aun si desconoce alguna parte de la información solicitada.

FECHA DE NOTIFICACIÓN			ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD POLICIAL	CIUDAD
DIA	MES	AÑO		

NOMBRE DEL PACIENTE	TELÉFONO DEL PACIENTE

NUMERO DE CEDULA DEL AFILIADO	NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

SEXO:		EDAD:		PESO:		TALLA:	

REACCIÓN ADVERSA (Marque con una X)	FALLA TERAPÉUTICA (Marque con una X)	FECHA INICIO DE LA REACCIÓN			FECHA EN QUE CESO LA REACCIÓN		
		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

DESCRIPCIÓN REACCIÓN(ES) ADVERSA(S) MEDICAMENTOS(RAMs) (En caso de existir otra(s) sospecha(s) de RAMs, por favor escriba la fecha de inicio para cada una)

Desenlace (Mortal, recuperado, secuelas, otros)

FÁRMACOS (Marque con una X el o los fármacos sospechosos en la columna S)

S	FARMACO (escriba entre paréntesis el nombre comercial)	DOSIS, FRECUENCIA Y VIA DE ADMINISTRACION.	INDICACIÓN O MOTIVO DE LA PRESCRIPCIÓN (Diagnostico CIE 10)	FECHA DE INDICIO DE LA TERAPIA			FECHA FINALIZACION (Dejar en blanco si aun recibe el medicamento)		
				D	M	A	D	M	A

OTROS DIAGNÓSTICOS Y OBSERVACIONES ADICIONALES

(Por ejemplo: Registro sanitario, numero de lote, fecha de vencimiento, características físicas del producto, falla renal, falla hepática, embarazo, otros antecedentes del paciente, respuesta al retiro del medicamento, a la reexposicion y cualquier otra)

IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL REPORTANTE

MEDICO PROFESIONAL DE LA SALUD	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CORREO ELETRONICO

FIRMA Y SELLO	

FORMULARIO No. 7

COMPROMISO ANTICORRUPCION

El (los) suscrito(s) a saber: (Nombre del representante legal de la sociedad, asociación o persona jurídica proponente, o nombre del representante legal del consorcio o Unión Temporal proponente) domiciliado en (Domicilio de la persona firmante), identificado con (Documento de Identificación de la persona firmante. y lugar de expedición), quien obra en calidad de (Representante legal de la Sociedad, del Consorcio, de la Unión Temporal, o de la Asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha Sociedad, Consorcio, Unión Temporal, o Asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la Cámara de Comercio del domicilio de la persona jurídica), que en adelante se denominará EL PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, la presente invitación, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que la POLICÍA NACIONAL – DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAJIRA adelanta un proceso de Selección Abreviada para la celebración de un contrato estatal.

SEGUNDO: Que es interés de EL PROPONENTE apoyar la acción del Estado colombiano, y de la POLICÍA NACIONAL – DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAJIRA para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

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

CLÁUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.

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

1.1. EL PROPONENTE no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta,

1.1. EL PROPONENTE se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre;

1.2. 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 Abreviada y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

a) No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios POLICÍA NACIONAL – DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAJIRA, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta;

b) No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de POLICÍA NACIONAL – DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAJIRA durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

1.3. EL PROPONENTE se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de Selección Abreviada.

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:

(Nombre, número del documento de identificación y firma del proponente o su representante)

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

FORMULARIO No. 8

CARTA DE PRESENTACION DE LA OFERTA

Riohacha.

Señores
POLICÍA NACIONAL – DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAJIRA
Ciudad.

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Mínima Cuantía **PN ARSAN DEGUA MIC 046 2019** cuyo objeto es la **"PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN TERAPEUTICA DE LOS PACIENTES CON ALTERACIONES NEUROLÓGICAS, DEL DESARROLLO PSICOMOTOR, DEL LENGUAJE Y COGNITIVAS Y TERAPIAS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAJIRA EN EL SUR DE LA GUAJIRA Y EL MUNICIPIO DE MAICAO"**

Yo (Nombre)(s) de la(s) persona(s) que está(n) suscribiendo la propuesta, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de (Calidad en la que actúa el(los) firmante(s) de la propuesta; si el(los) oferente(s) actúa(n) en su propio nombre, éste(éstos) deberá(n) suscribirlo. Si la oferta se presenta bajo la modalidad de representación ya sea de una Unión Temporal o de un Consorcio, deberá firmarla la persona a la cual se le otorgó el correspondiente poder para suscribir la propuesta y adjuntarlo a la misma. Si la oferta se presenta por persona jurídica, deberá firmarla el Representante Legal de la misma), de conformidad con lo establecido en el (En el evento de que la propuesta sea presentada por varias personas y el suscriptor de la carta sea una sola persona, deberá indicarse en este aparte el poder o el compromiso de asociación, o el convenio de Unión Temporal o Consorcio, o el documento pertinente en donde conste la designación de tal persona para presentar oferta en nombre de los demás), me permito presentar, en nombre de (Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), propuesta seria y formal para participar en el proceso Mínima Cuantía No. **PN ARSAN DEGUA MIC 046 2019**, convocado por la DEPARTAMENTO DE POLICÌA GUAJIRA, cuyo objeto es la **"PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN TERAPEUTICA DE LOS PACIENTES CON ALTERACIONES NEUROLÓGICAS, DEL DESARROLLO PSICOMOTOR, DEL LENGUAJE Y COGNITIVAS Y TERAPIAS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAJIRA EN EL SUR DE LA GUAJIRA Y EL MUNICIPIO DE MAICAO",** conforme a la información suministrada en los términos establecidos en la invitación que rige el proceso, en las Leyes de la República de Colombia y en particular de la Ley 80 de 1993, sus Decretos reglamentarios, los Códigos Civil y de Comercio, y las demás normas que conforman el régimen legal del presente proceso de contratación, o que llegaren a regular algún aspecto concerniente a él objeto del proceso se encuentra detalladamente enunciado en la invitación y en el Anexo 1 "Especificaciones Técnicas" y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a los mismos, teniendo en cuenta su descripción, número y especificaciones técnicas y funcionales.

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

1. Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de la invitación y de sus Anexos y Formularios, así como el de cada uno de los adendas hechos al mismo.
2. Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.
3. Que ni el representante legal ó apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad determinadas por la Constitución Política y la Ley aplicable.
4. Declaramos bajo juramento, el que se entiende prestado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.
5. El CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a la POLICIA NACIONAL de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa sus actuaciones.

6. Que me obligo a suministrar a solicitud de LA POLICÍA NACIONAL - UNIDAD EJECUTORA cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.
7. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su Despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección(es): (Dirección para notificaciones): Teléfono(s): Fax
8. Que en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro del contrato respectivo, deberán consignarse en la cuenta No. (Indicar clase de cuenta, número, banco, sucursal, ciudad, país y cualquier otro dato necesario).
9. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).
10. El plazo de ejecución del contrato será a partir del acta de inicio del contrato hasta el treinta y uno (31) de diciembre para la vigencia 2019 y para la vigencia 2020 hasta el 31 de mayo y/o a agotar partida presupuestal
11. Que la vigencia de la presente oferta es de sesenta (60) días calendario contados a partir de la presentación de la misma.

,_____
(Firma del representante legal)

FORMULARIO No. 9

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES
PERSONA JURÍDICA

Señores

POLICÍA NACIONAL - DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAJIRA

REFERENCIA: PROCESO PN ARSAN DEGUA MIC 046 2019 cuyo objeto es la **"PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN TERAPEUTICA DE LOS PACIENTES CON ALTERACIONES NEUROLÓGICAS, DEL DESARROLLO PSICOMOTOR, DEL LENGUAJE Y COGNITIVAS Y TERAPIAS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAJIRA EN EL SUR DE LA GUAJIRA Y EL MUNICIPIO DE MAICAO".**

FECHA_____

Yo _____,Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° _____expedida en _____, representante legal de la Empresa_____ con Nit N°_____ manifiesto bajo la gravedad del juramento: Que ni yo ni la empresa a la cual represento nos encontramos incursos dentro de las causales de inhabilidades e incompatibilidades establecidas en la Constitución Nacional, en el Artículo 8 de la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia, que tampoco me hallo o hallamos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el Estado (POLICÍA NACIONAL - DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAJIRA). En especial, que no aparezco o aparecemos reportados en el Boletín de Responsables Fiscales vigente expedido por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo previsto en el Artículo 60 de la Ley 610 de 2000, en concordancia con la ley 1952 del 28 de enero del 2019 en el TITULO IV CAPITULO IV.

Atentamente

REPRESENTANTE LEGAL

Firma_____

Nombre:_____

C.C. N°:_____

FORMULARIO No. 10

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES
PERSONA NATURAL

Señores

POLICÍA NACIONAL - DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAJIRA

REFERENCIA: PROCESO PN ARSAN DEGUA MIC 046 2019 cuyo objeto es la **"PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN TERAPEUTICA DE LOS PACIENTES CON ALTERACIONES NEUROLÓGICAS, DEL DESARROLLO PSICOMOTOR, DEL LENGUAJE Y COGNITIVAS Y TERAPIAS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAJIRA EN EL SUR DE LA GUAJIRA Y EL MUNICIPIO DE MAICAO".**

FECHA_____

Yo _____, Identificado con la Cedula de Ciudadanía N°

_____expedida en _____ manifiesto bajo la gravedad del juramento: Que no me encuentro incursos dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad legal establecidas en la Constitución Nacional, en el Artículo 8 de la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia y que tampoco me hallo en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el Estado (Policía Nacional – Departamento de Policía Guajira). En especial, que no aparezco reportado en el Boletín de Responsables Fiscales vigente, expedido por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo previsto en el Artículo 60 de la Ley 610 de 2000, en concordancia con la ley 1952 del 28 de enero del 2019 en el TITULO IV CAPITULO IV.

Atentamente,

Firma_____

Nombre:_____

C.C. N°:_____

FORMULARIO No. 11

CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES
PERSONA JURÍDICA

Señores
POLICÍA NACIONAL - DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAJIRA
AREA DE SANIDAD

REFERENCIA: PROCESO PN ARSAN DEGUA MC 046 2019 cuyo objeto es la **PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN TERAPEUTICA DE LOS PACIENTES CON ALTERACIONES NEUROLÓGICAS, DEL DESARROLLO PSICOMOTOR, DEL LENGUAJE Y COGNITIVAS Y TERAPIAS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAJIRA EN EL SUR DE LA GUAJIRA Y EL MUNICIPIO DE MAICAO".**

FECHA_____

Yo _____, Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° _____expedida en _____ representante legal de la Empresa_____ con Nit N°_____ manifiesto bajo la gravedad del juramento: Que hemos cumplido con las obligaciones parafiscales señaladas en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002,durante los seis meses anteriores a la fecha de firma de la presente certificación, por tanto nos encontramos a Paz y Salvo por conceptos de pago a las entidades promotoras de salud, fondo de pensiones, riesgos profesionales y aportes parafiscales (Cajas de compensación familiar, SENA, ICBF) según consta en la última planilla de pago No_____ que se efectúa por medio de la entidad _____ y nos comprometemos a cumplir con dicha obligación durante la vigencia del contratado cuyo objeto es: _____

REPRESENTANTE LEGAL

Firma _____

Nombre:_____

C.C. N°:_____

REVISOR FISCAL O CONTADOR

Firma_____

Nombre:_____

C.C. N°:_____

Tarjeta Profesional No.

(Anexar fotocopia de la cédula, tarjeta profesional y antecedentes de la junta central de contadores)

FORMULARIO No. 12

CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES
PERSONA NATURAL

Señores
POLICÍA NACIONAL - DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAJIRA
AREA DE SANIDAD

REFERENCIA: PROCESO PN ARSAN DEGUA MC 046 2019 cuyo objeto es la **PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA REHABILITACIÓN TERAPEUTICA DE LOS PACIENTES CON ALTERACIONES NEUROLÓGICAS, DEL DESARROLLO PSICOMOTOR, DEL LENGUAJE Y COGNITIVAS Y TERAPIAS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAJIRA EN EL SUR DE LA GUAJIRA Y EL MUNICIPIO DE MAICAO".**

FECHA_____

Yo _____, Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° _____expedida en _____ manifiesto bajo la gravedad de juramento: Que actualmente me encuentro vinculado al Sistema General de Salud, Pensiones y Atención a Riesgos Profesionales ARP, me encuentro al día con los aportes de ley según planilla de pago No._____ que se efectuó por medio de la entidad _____, en caso de ser adjudicatario con la Policía Nacional – Departamento de Policía Guajira me obligo hacer los aportes de Ley a dichos Sistemas durante la vigencia del contrato cuyo Objeto es: _____

_____ lo anterior en cumplimiento del artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Atentamente,

Firma_____

Nombre:_____

C.C. N°:_____