ANEXO
CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS HABILITANTES

El oferente deberá marcar con una X, en el siguiente cuadro su manifestación voluntaria de aceptación de cumplimiento a las especificaciones técnicas establecidas en los siguientes cuadros; donde se pueda evidenciar CUMPLE o NO CUMPLE

REQUISITOS GENERALES

a. Las especificaciones técnicas requeridas son de obligatorio cumplimiento, de no hacerlo la propuesta se considerará rechazada.
b. En la columna CUMPLE / NO CUMPLE, se verificarán las especificaciones técnicas ofertadas por la firma; así mismo deberá anexar la documentación requerida.

El oferente no deberá modificar ni cambiar el presente anexo

Para lo anterior se diligencia la información en el siguiente cuadro:

ITEM	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	OFRECE	
		SI	NO
1	CONSULTA DE ESPECIALDADES Y SUPRAESPECIALIDADES PRIMERA Y VEZ Y CONTROL		
2	CONSULTA DE PROFESIONALES DE APOYO TERAPEUTICO (SICOLOGIA, NUTRICION, FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL, FONOAUDIOLOGIA, TRABAJO SOCIAL)		
3	JUNTA DE CUIDADOS PALIATIVOS		
4	JUNTA DE SEDESTACIÓN		
5	JUNTA DE REHABILITACIÓN		
6	JUNTA DE ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES		
7	JUNTA DE MOVIMIENTOS ANORMALES		
8	JUNTA DE ORTOPEDIA		
9	JUNTA DE FRAGILIDAD ÓSEA		
10	JUNTA DE ENFERMEDADES METABOLICAS Y NEURODEGENERATIVAS		
11	JUNTA OTOLÓGICA		
12	JUNTA DE ESPASTICIDAD		
13	JUNTA DE TOXINA		
14	JUNTA DE SOPORTE NUTRICIONAL		
15	JUNTA DE NEUROVENTILACIÓN		
16	PAQUETE DE NUTRICIÓN DE PACIENTE ALTO RIESGO		

ITEM	DESCRIPCIÓN ATENCION	PRESTACIONES MINIMAS	OFRECE	
			SI	NO
17	PECTUS EXCAVATUM OPCION I (CON CIRUGÍA)	incluye honorarios, materiales, derecho a sala, valoraciones		
18	PECTUS EXCAVATUM OPCION II (SIN CIRUGÍA)	incluye honorarios, materiales, valoraciones		
19	PECTUS EXCAVATUM OPCION III (RETIRO DE MATERIAL)	incluye honorarios, materiales, derecho a sala, valoraciones		
20	PECTUS CARINATUM OPCION I (CON CIRUGÍA)	incluye honorarios, materiales, derecho a sala, valoraciones		
21	PECTUS CARINATUM OPCION II (SIN CIRUGÍA)	incluye honorarios, materiales, derecho a sala, valoraciones		
22	PECTUS CARINATUM OPCION III (RETIRO DE MATERIAL)	incluye honorarios, materiales, derecho a sala, valoraciones		
23	CIRUGÍA ESCOLIOSIS - PRIMER TIEMPO QUIRÚRGICO	incluye; todas las valoraciones prequirúrgicas, evento quirúrgico, honorarios, insumos, medicamentos		
24	CIRUGÍA ESCOLIOSIS - SEGUNDO TIEMPO QUIRÚRGICO	incluye; todas las valoraciones prequirúrgicas, evento quirúrgico, honorarios, insumos, medicamentos		
25	CIRUGÍA ESCOLIOSIS - TERCER Y CUARTO TIEMPO QUIRÚRGICO	incluye; todas las valoraciones prequirúrgicas, evento quirúrgico, honorarios, insumos, medicamentos		
26	CIRUGÍA ESCOLIOSIS - CORRECCIÓN DE DEFORMIDADES DE COLUMNA CON YESO CORPORAL	incluye; todas las valoraciones prequirúrgicas, evento quirúrgico, honorarios, insumos, medicamentos		
27	ANGIORRESOANCIA CON SEDACIÓN	incluye: anestesia, insumos, medios de contraste, RMN de reconstrucción tridimensional		
28	ANGIORESONANCIA SIN SEDACIÓN	incluye: insumos, medios de contraste, RMN De reconstrucción tridimensional		
29	PAQUETE DE RETIRO DE APARATOLOGIA IMPLANTADA - UNILATERAL	incluye: honorarios, derechos a sala, materiales		
30	PAQUETE DE RETIRO DE APARATOLOGIA IMPLANTADA - BILATERAL	incluye: honorarios, derechos a sala, materiales		
31	PAQUETE CORRECCIÓN BOVEDA CRANEAL CON PSI Y CRANEOPLASTIA	incluye: honorarios, implante craneal especifico, derecho a sala, material		
32	RIZOTOMIA DE RAIZ NERVIO ESPINAL VIA ABIERTA	incluye; honorarios, derecho a sala, alquiler equipo, terapias físicas		
33	RIZOTOMIA DORSAL	incluye; honorarios, derecho a sala, alquiler equipo, terapias físicas		
34	NEUROESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA BILAT EQUIPO RECARGABLE	incluye: honorarios cirujano y neurólogo + microregistro incluye valoración en junta de decisiones previa a la cirugía, valoración postoperatoria y programación por un año, sistema recargable activa RC completo, tac		

		cerebral, RMN bajo sedación, internación, derecho a sala		
35	NEUROESTIMULACION CEREBRAL PROFUNDA BILATERAL EQUIPO NO RECARGABLE	incluye: honorarios cirujano y neurólogo + microregistro incluye valoración en junta de decisiones previa a la cirugía, valoración postoperatoria y programación por un año, sistema recargable activa rc completo, tac cerebral, RMN bajo sedación, internación, derecho a sala		
36	RETIRO O SUSTITUCION DE NEUROESTIMULADOR INTRACRANEAL (RECARGABLE)	incluye: honorarios cirujano y neurólogo + sistema recargable activa rc completo, tac cerebral, rmn bajo sedación, internación, derecho a sala		
37	RETIRO O SUSTITUCION DE NEUROESTIMULADOR INTRACRANEAL (NO RECARGABLE)	incluye: honorarios, derecho a sala, sistema no recargable activa pc para recambio de kinetra		
38	ESTIMULACIÓN DE RAICES SACRAS POSTERIORES	*incluye: honorarios, derecho a sala, electrodos, internación*		
39	ESTIMULACIÓN DE RAICES SACRAS ANTERIORES	*incluye: honorarios, derecho a sala, electrodos, internación*		
40	COLOCACION DE BOMBA INTRATECAL (NO INCLUYE MEDICAMENTOS)	*incluye: honorarios, derecho a sala, bomba intratecal internación*		
41	RECARGA BOMBAINTRATECAL (NO INCLUYE MEDICAMENTO)	*incluye: honorarios, kit de relleno de bomba y derecho a sala*		
42	ESTIMULACIÓN MEDULAR VÍA QUIRÚRGICA	*incluye: honorarios, estimulador, derecho a sala, estancia bipersonal*		
43	ESTIMULACIÓN MEDULAR VÍA PERCUTANEA (SIN GENERADOR)	*incluye: honorarios, estimulador, derecho a sala, estancia bipersonal*		
44	GANGLIOLISIS POR RADIOFRECUENCIA	*incluye: honorarios, equipos especiales, insumos específicos, derecho a sala*		
45	NEUROESTIMULACION CEREBRAL PROFUNDA SIN EQUIPO	incluye: honorarios cirujano y neurólogo + microregistro incluye valoración en junta de decisiones previa a la cirugía, valoración postoperatoria y programación por un año, tac cerebral, (2) , internación, derecho a sala		
46	TRASPLANTE MENISCAL MEDIAL O LATERAL POR ARTROSCOPIA	incluye honorarios, materiales, derecho a sala, valoraciones		
47	PAQUETE DE CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS DE PIE MEDIANA COMPLEJIDAD	incluye: honorarios, laboratorios PREQX, evento quirúrgico, derecho a sala, controles postqx hasta por un año		
48	PAQUETE DE CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS DE PIE ALTA COMPLEJIDAD	incluye: honorarios, laboratorios PREQX, evento quirúrgico, derecho a sala, controles postqx hasta por un año		
49	CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE MIEMBROS INFERIORES - PAQUETE MEDIANA COMPLEJIDAD (UNILATERAL)	incluye; valoraciones por equipo interdisciplinario pre y post, derecho a sala, estancia, insumos, apoyo diagnostico pre y post, ortesis		
50	CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE MIEMBROS INFERIORES - PAQUETE MEDIANA COMPLEJIDAD (BILATERAL)	incluye; valoraciones por equipo interdisciplinario pre y post, derecho a sala, estancia, insumos, apoyo diagnostico pre y post, ortesis		
51	CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE MIEMBROS INFERIORES - PAQUETE ALTA COMPLEJIDAD (UNILATERAL)	incluye; valoraciones por equipo interdisciplinario pre y post, derecho a sala, estancia, insumos, apoyo diagnostico pre y post, ortesis		
52	CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE MIEMBROS INFERIORES - PAQUETE ALTA COMPLEJIDAD (BILATERAL)	incluye; valoraciones por equipo interdisciplinario pre y post, derecho a sala, estancia, insumos, apoyo diagnostico pre y post, ortesis		
53	CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE MIEMBROS INFERIORES - RECONSTRUCCIÓN	incluye; valoraciones por equipo interdisciplinario pre y post, derecho a sala, estancia, insumos, apoyo diagnostico pre y post, ortesis		
54	OSTEOTOMÍA PELVICA COMPLEJA (CIRUGÍA DE GANZ)	incluye; honorarios, derecho a sala, insumos, apoyo diagnóstico, estancia		
55	PLEXO BRAQUIAL SEGMENTO I INTERVENCIÓN - ALTO COMPLETO	incluye; honorarios, derecho a sala, insumos, apoyo diagnóstico, estancia, aguja estimuladora de nervio		
56	PONSETI UNILATERAL	incluye: honorarios, derecho a sala, insumos, ortesis, derecho a sala		
57	PONSETI BILATERAL	incluye: honorarios, derecho a sala, insumos, ortesis, derecho a sala		
58	CIRUGÍA ELONGACION DE COLUMNA	incluye; honorarios, derecho a sala, insumos, apoyo diagnóstico, estancia		
59	CORRECCIÓN DE DEFORMIDADES DE COLUMNA DE MEDIANA COMPLEJIDAD	incluye; honorarios, derecho a sala, insumos, apoyo diagnóstico, estancia		
60	CORRECCIÓN DE DEFORMIDADES DE COLUMNA DE ALTA COMPLEJIDAD	incluye; honorarios, derecho a sala, insumos, insumos especiales, apoyo diagnóstico, estancia		
61	CORRECCIÓN DE DEFORMIDADES DE COLUMNA - REVISIÓN	incluye; honorarios, derecho a sala, insumos, insumos especiales, apoyo diagnóstico, estancia		
62	PROGRAMA DE ARTROSCOPIA DE CADERA	incluye; honorarios, derecho a sala, insumos, apoyo diagnóstico, estancia		
63	PAQUETE DE CIRUGIAS MULTINIVEL (UNILATERAL)	incluye; valoraciones por equipo interdisciplinario pre y post, derecho a sala, estancia, insumos, apoyo diagnostico pre y post, ortesis		
64	PAQUETE DE CIRUGIAS MULTINIVEL (BILATERAL)	incluye; valoraciones por equipo interdisciplinario pre y post, derecho a sala, estancia, insumos, apoyo diagnostico pre y post, ortesis		
65	PAQUETE APLICACIÓN TOXINA BOTULINICA DE MIEMBRO SUPERIOR	incluye: valoraciones, junta de rehabilitación, evaluación motora funcional.		
66	PAQUETE DE TOXINA BOTULINICA CON TOXINA (EN SALAS DE CX - INCLUYE INMOVILIZACIÓN)	incluye; honorarios, derecho a sala, toxina		
67	PAQUETE DE TOXINA BOTULINICA SIN TOXINA (EN SALAS DE CX - INCLUYE INMOVILIZACIÓN)	incluye; honorarios, derecho a sala, toxina		
68	PAQUETE ATENCION INTERMEDIO REHABILITACION	incluye: Fonoaudiología, terapia ocupacional, terapia física, psicología y consulta fisiatra		
69	PAQUETE ATENCION INTENSIVO DE REHABILITACION	incluye: Fonoaudiología, terapia ocupacional, terapia física, psicología y consulta fisiatra		
70	MONITOREO NEUROFISIOLOGICO			
71	REHABILITACIÓN COGNITIVA PARA PACIENTES POST QUIRURGICOS EPILEPSIA	incluye: neuropsicología (sesiones de 45 mins), terapia ocupacional (sesiones de 45 mins), terapia del lenguaje		

		(sesiones de 45 mins), terapia física (sesiones de 45 mins), psiquiatría adultos (30 mins), psicología (sesiones de 30 mins)		
72	APLICACIÓN DE PRUEBAS NEUROPSICOLOGICAS			
73	REHABLITACIÓN COGNITIVA DURACIÓN (3 MESES)	*incluye: manejo por neuropsicología, paquete de 12 sesiones distribuidas en definición de objetivos de tratamiento, sesiones de intervención (45 min c/u) una o dos sesiones semanales dependiendo del caso. Trabajo en casa (apoyo familiar). valoración al finalizar proceso. entrega de informe y plan casero*		
74	PAQUETE DIETA CETOGENICA (PEDIÁTRICO Y ADULTO)	*incluye; junta de evaluación, valoraciones y citas de control*		
75	INSERCION DE CATETER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL PARA INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA O PALIATIVA (NUSINERSEN)	incluye: derecho a sala, honorarios, insumos		
76	ESTUDIO COMPUTARIZADO DE LA MARCHA			
77	EVALUACION DE LA FUNCION OSTEOMUSCULAR			

ITEM	DESCRIPCIÓN ATENCION	PRESTACION	OFRECE	
			SI	NO
78	TARIFA MEDICAMENTOS DISPOSITIVOS MEDICOS E INSUMOS	% INTERMEDIACION PARA NO REGULADOS		
79	TARIFA MATERIAL DE OSTEOSINTESIS	% INTERMEDIACION PARA NO REGULADOS		

ITEM	DESCRIPCIÓN ATENCION	PRESTACION	OFRECE	
			SI	NO
80	TARIFA DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS (IMÁGENES Y LABORATORIOS) EVENTO	% DESCUENTO MANUAL TARIFARIO		

ITEM	CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES TÉCNICAS ESPECIFICAS	OFRECE	
		SI	NO
1	REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. El oferente deberá anexar a la oferta la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS, en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015 y de conformidad con la ley 10 de 1990, el decreto 780 de 2016 y la resolución 3100 de 2019, en el cual deberán estar habilitados como MÍNIMO los siguientes servicios: Laboratorio Clínico, Servicio farmacéutico, Imágenes Diagnosticas-ionizantes, Fonoaudiología y/o terapia del lenguaje, Fisioterapia,Terapia ocupacional, Terapia respiratoria, Imágenes diagnosticas - no ionizantes, Neurocirugía, Neuropediatría, Ortopedia pediátrica, Cirugía maxilofacial, Genética, Medicina física y rehabilitación, Neurología, Ortopedia y/o traumatología, Pediatría, Cirugía de mano, Enfermería, Anestesia, Cirugía pediátrica, Neumología, Nutrición y dietética, Otorrinolaringología, Urología, Cirugía plástica y estética, Hospitalización pediátrica, Hospitalización adultos, Cuidado básico neonatal, Cuidado intensivo pediátrico, Cuidado intensivo neonatal, Cuidado intermedio adultos, Cuidado intermedio pediátrico, Cuidado intermedio neonatal, Cirugía de la mano.		
2	El Oferente garantizara que cuenta con la infraestructura, equipos y recursos necesarios para cumplir con el objeto de la presente contratación para la ciudad de Bogotá mediante oficio firmado por representante legal.		
3	El oferente debe anexar con su propuesta el Certificado de Habilitación expedido por la Secretaria de Salud o entes departamentales para los servicios ofertados		
4	El oferente debe anexar con su propuesta, certificación de soporte de suficiencia firmado por el representante legal a partir de su capacidad Instalada para prestar los servicios a contratar.		
5	Anexar instructivo o protocolo para la referencia de usuarios donde se documenten las líneas de comunicaciones (teléfonos, fax, correo electrónico), que operen las 24 horas.		
6	(GARANTÍA DE DISPONIBILIDAD), mediante certificación firmada por el Representante Legal de la IPS debe constar la existencia y disponibilidad de los equipos médicos que destinarán para la prestación de los servicios.		
7	La autorización de servicios de hospitalización y de consulta externa se harán las 24 horas del día a la Central de Referencia, Contrarreferencia y Autorizaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No.1 a los números telefónicos: – 3505560928 y correo electrónico – disan.rases1-rc@policia.gov.co		
8	En caso de que se requieren remisiones de pacientes, según criterio médico, la IPS notificara a Central de referencia, CONTRAREFERENCIA Y AUTORIZACIONES EL REQUERIMIENTO EN LOS ESTIPULADOS dando inicio a la apertura de bitácora para traslado de paciente. La remisión será notificada al correo electrónico disan.rases1-rc@policia.gov.co y verificada por medico telefónico por parte de la IPS ala Regional en Aseguramiento en Salud N°1 al teléfono 3505560928.		
9	Mantener vigente la póliza de responsabilidad civil médica profesional que ampare los riesgos en el ejercicio de la actividad profesional.		
10	Oportunidad para la aceptación de pacientes hospitalizados: Para pacientes hospitalizados en otra entidad hospitalaria que requieran remisión, el oferente se compromete a ofrecer oportunidad en la		

	aceptación del paciente en un plazo máximo de 12 Horas.		
11	El oferente deberá presentar protocolos y guías de manejo interdisciplinarias sobre la discapacidad objeto del presente estudio, así como los procedimientos del programa.		
12	El oferente se compromete a garantizar la oportunidad de la consulta especializada, Subespecialidad, procedimientos diagnósticos y procedimientos de los diferentes servicios ofertados en un tiempo no superior a 15 días calendario.		
13	El oferente en todos los casos se compromete a garantizar el tratamiento integral, a los pacientes del subsistema de salud de la Policía Nacional, en un tiempo no superior a 45 días calendario.		
14	El oferente se compromete a realizar el inicio del tratamiento una vez asignada la cita de la siguiente manera: • Para Consulta externa máximo 15 días. • Para tratamiento convencional máximo 8 Días.		
15	El oferente se compromete a permitir a los Auditores Médicos, el acceso directo a la información relacionada con el estado de salud del paciente y la prestación de los servicios de salud, así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley, permitiendo así realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual, mediante valoraciones a la institución, previo envío de la documentación solicitada, verificando las condiciones locativas, recurso humano disponible para el desarrollo de las actividades terapéuticas, así como los programas desarrollados.		
16	TARIFA MEDICAMENTOS: La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, pagara al contratista por concepto de medicamentos suministrados a los usuarios de la siguiente manera: si el oferente hace su oferta con tarifas institucionales no se pactará intermediación para el pago de los mismos, si la oferta se hace por factura de compra o manual tarifario de institución reconocida el porcentaje de intermediación no podrá ser superior al 10%.		
17	El oferente deberá asignar un coordinador para la recepción de las órdenes y autorizaciones expedidas por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, en horario de atención de 7:00 am a 7:00 pm de lunes a viernes con un número telefónico disponible y garantizar la asignación de cita.		
18	El oferente se compromete a suministrar la información estadística (RIPS) sobre las diferentes actividades, procedimientos asistenciales y entrega de medicamentos, la cual deberá contener la información desagregada e individualizada por paciente del 100% de los servicios recibidos, presentada y ajustada a los parámetros de la Resolución 3374 del 27 de diciembre de 2000 y Resolución 611 del 2022 del Ministerio de la Protección Social que define los RIPS.		
19	En caso de requerir un procedimiento y/o insumo que no se encuentre relacionado en el presente contrato, aclarando que los mismos corresponden a casos específicos que por la condición clínica del paciente lo amerite y considerándose que son casos excepcionales; deben ser plenamente justificados y aprobados por el responsable del servicio de la especialidad pertinente y el supervisor del contrato, los cuales realizarán el estudio de mercado con mínimo dos cotizaciones o carta de exclusividad donde se tomará el menor valor cotizado y esta factura estará sujeta a verificación por parte del grupo de auditoría de cuentas. Para pacientes hospitalizados se podrá autorizar el procedimiento con una cotización teniendo en cuenta que el procedimiento se requiera realizar de forma prioritaria para evitar poner en riesgo la vida del paciente.		
20	El contratista debe garantizar la prestación del servicio a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional remitidos por la Regional de Aseguramiento en Salud N° 1, mediante la aplicación de los conocimientos profesionales, con calidad y seguridad siguiendo los protocolos, bajo los principios de eficacia, oportunidad, universalidad y solidaridad que así lo amerite.		
21	Prestar los servicios contratados garantizando que éstos sean prestados en forma oportuna y con la calidad exigida para los procedimientos y tratamientos médicos que se requieran en cada caso, de acuerdo con los indicadores establecidos en el sistema de Garantía de la Calidad, Decreto 780 del 2016, Resolución 1043 del 2006 y demás normas que los modifiquen, complementen o adicionen, dentro del marco del mejoramiento continuo.		
22	Cumplir con las exigencias legales y éticas con el manejo de la Historia Clínica de los pacientes contenida en la Ley 23 del 18 de febrero 1981 por la cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica en su Artículo 34 La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.		
23	El oferente prestara el servicio después de verificar la autorización expedida por parte de la oficina de referencia y Contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 1, la orden médica, el documento de identificación del paciente y el carnet de afiliación al sistema de Salud de la Policía Nacional presentados por el usuario.		
24	Abstenerse de emitir incapacidades, fórmulas o solicitudes de servicios, que sean improcedentes según la ética profesional y sin diligenciar la historia clínica, que será soporte de estas solicitudes.		
25	Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por parte de la ley o las autoridades administrativas, civiles o sanitarias, para el ejercicio de las actividades contratadas.		
26	Cumplir con los ordenamientos éticos y morales que impone la profesión médica.		
27	Informar a la Regional de Aseguramiento en Salud N° 1 todos los casos en que se presenten suplantaciones o fraudes de usuarios.		
28	Cumplir con el Sistema Único de Habilitación, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, y las condiciones sanitarias que fijen las autoridades competentes tanto del orden Nacional como		

	Territorial.		
29	El oferente se compromete a implementar sus propios programas para el cumplimiento del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud y de sus componentes a saber: a) sistema único de habilitación, b) la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de atención de salud c) el sistema de información para la calidad según lo dispone el Decreto 780 de 2016 y demás normas que lo sustituya, modifiquen o adicionen. De igual forma se compromete a suministrar mensualmente al contratante los indicadores de seguimiento a riesgos y de calidad, según los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y de la Protección Social y demás autoridades del sector, sin perjuicio de que el contratante pueda a su vez realizar visitas y gestiones de auditorías y ejercer inspección y control sobre las historias clínicas de aquellos pacientes que hayan sido o estén siendo atendidos, en cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 780 de 2016 y demás normas que lo modifiquen, aclaren o complementen d) El oferente se compromete a entregar los informes que la Regional de Aseguramiento en Salud N° 1 de acuerdo a lo estipulado en la Ley, para dar cumplimiento a la circular 030 de 2.006 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud y a las normas que la modifiquen, adicionen, aclaren o complementen.		
30	El oferente se compromete a designar un coordinador del contrato como apoyo de solución a los inconvenientes que den a lugar en la ejecución del mismo. Para este ejercicio de su función deberá disponer de los medios logísticos para la comunicación y el acceso a la información, que permita atender los requerimientos, tales como informes, reuniones, conceptos, entre otros.		
31	El oferente se compromete a responder laboralmente por la vinculación del personal que contrate o utilice para la ejecución del contrato.		
32	El oferente se compromete a informar al supervisor del contrato cuando se haya ejecutado el 50% y el 70% del presupuesto del contrato		
33	Una vez agotado el presupuesto del contrato, el contratista se obliga para con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con las disposiciones expedidas por la superintendencia Nacional de salud, o en los casos expresamente autorizados por el Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 1.		
34	El OFERENTE deberá adjuntar a su propuesta, los siguientes documentos: • Certificado no superior a tres meses emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato. • Formulario de compromiso firmado por el representante legal de la empresa (según modelo).		
35	De requerirse el oferente debe entregar las imágenes en CD, de manera impresa o en portal de resultados web, indicando los datos personales del paciente, nombre y fecha del estudio realizado, sin costo adicional para la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 1 DE LA POLICÍA NACIONAL.		
36	El Oferente deberá contar con las guías de práctica clínica y/o protocolos en la evidencia científica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia, así como los estudios que se realizan, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 3100 del 25/11/2019, las cuáles serán objeto de verificación por parte de la Supervisión y disponibles para los especialistas del Dirección de Sanidad de Policía Nacional.		
37	El Oferente dará estricto cumplimiento con lo establecido dentro de la resolución No 1995 de 1999 del Ministerio de Salud "*Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica".*		
38	**El oferente se compromete durante la ejecución del contrato que se llegare a suscribir a la entrega de todos los elementos de protección personal y de bioseguridad de todo el personal a su cargo durante el tiempo de ejecución del contrato, debiendo entregar entre otros, de conformidad por los lineamentos señalados por el Ministerio de la Protección Social y secretaria Distrital de Salud, durante el tiempo que estos lo establezcan y con posterioridad a la pandemia, en atención a la situación de la salud actual decretada por la organización mundial de la salud.** **Nota**: Para el efecto, el contratista deberá llevar control de la entrega realizada a través de planilla (donde conste la entrega de los elementos de protección personal, indicando fechas, hora, nombres, ámbito de actividades y firmas de los profesionales) la cual será objeto de verificación por el supervisor, durante la ejecución del contrato.		
39	El oferente, garantiza que no se encuentra incluido en el Registro Único de Infractores Ambientales –RUIA, de acuerdo con lo previsto en la Resolución 415 de 2010 expedida por el **Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, donde no deberá estar incluido.**		
40	El oferente deberá atender a los usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional adscritos a la Regional de Aseguramiento en Salud N° 1 conforme a lo establecido por la Dirección de Sanidad en el modelo de atención en Prestación de Servicios de Salud.		
41	El oferente deberá contar con las rutas integrales de atención en salud obligatorias y aquellas priorizadas por la entidad responsable de pago, y sus lineamientos técnicos y operativos, según el objeto contractual.		

42	El oferente deberá adjuntar al momento de la legalización del contrato el listado en Excel de los CUPS contratados con su respectivo valor en pesos.		
43	El oferente deberá enviar de manera mensual al supervisor del contrato los indicadores de gestión exigidos por el sistema de información para la calidad del sistema obligatorio de garantía y calidad de la atención en salud.		

EXPERIENCIA	**OFRECE**	
	SI	**NO**
Para la acreditación de la experiencia del proponente, se debe exigir la presentación de máximo tres (3) certificaciones y/o tres contratos ejecutados o en ejecución con entidades públicas o privadas que tengan objeto igual o similar al de la presente contratación y cuya sumatoria sea igual o superior al 70% del presupuesto oficial asignado al presente proceso. El oferente acreditará la experiencia a través de certificaciones de contratos que deben contener la siguiente información: nombre del contratante, objeto del contrato, número del contrato, valor del contrato, plazo, fechas de inicio y finalización, nombre del contratista debidamente suscrito por el representante legal del contratante o por la persona autorizada pata tal fin. En caso de contratos en ejecución se tomará la fecha de legalización del contrato hasta la fecha de expedición de la certificación. Cuando se certifiquen contratos que se encuentren en ejecución al momento de presentar la oferta, además de la información solicitada en el párrafo anterior, se debe concluir el porcentaje de ejecución a la fecha de expedición de la certificación, el cual será tomado para verificar la experiencia solicitada. Cuando se certifiquen contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o Unión temporal, para la verificación, se tomará el porcentaje de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del Consorcio o Unión Temporal, para lo cual deberá anexar a la propuesta el documento que acreditó la conformación del Consorcio o Unión temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato. En el evento que el oferente presente certificaciones en número superior al máximo permitido por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, para efectos de verificación de la experiencia se tomarán únicamente las de mayor valor que cumplan con los requisitos exigidos en el presente proceso.		

_____

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

FORMULARIO

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Bogotá D.C.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
Ciudad

Referencia: Presentación de propuesta para el Proceso de Selección Abreviada **PN RASES No. 1 SA 031 2023** que tiene por objeto la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS DE TRANSTORNOS NEUROLOGICOS Y OSTEOMUSCULARES, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1.**

(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) Contratista(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 de Selección Abreviada de Menor Cuantía **PN RASES No. 1 SA 031 2023**, convocado por la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS DE TRANSTORNOS NEUROLOGICOS Y OSTEOMUSCULARES, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1,** conforme a la información suministrada en los términos establecidos en el Pliego de Condiciones 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.

El objeto del proceso se encuentra detalladamente enunciado en los Pliegos de Condiciones y en el Anexo "Condiciones Técnicas" y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida al mismo, teniendo en cuenta su descripción y especificaciones técnicas.

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

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

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

3. Que ni el representante legal ó apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad determinadas por la Constitución Política, Ley 80 de 1993, Decreto 1082 de 2015, Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011 y demás normas vigentes que puedan impedir o vicien la presentación de nuestra oferta o la firma del Contrato que pudiera resultar de la eventual adjudicación.
4. Que el proponente, en este caso (Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), está compuesto por las siguientes personas, y que el nombre de su representante legal, dirección, teléfono y fax son los siguientes: (Información de cada uno de los integrantes que componen al proponente, si son varias personas; Si se tratara de un proponente persona jurídica, se puede adaptar la declaración, para suministrar la información allí requerida respecto de la sociedad proponente y su representante legal únicamente)

5. Que nuestra propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en los Pliegos de Condiciones y en la Ley, y cualquier omisión, contradicción ó declaración

debe interpretarse de la manera que resulte compatible con los términos y condiciones del proceso de contratación dentro del cual se presenta la misma, y aceptamos expresa y explícitamente que así se interprete nuestra propuesta.

6. Que nos comprometemos a proveer a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de contratación, los servicios ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados por los Pliegos de Condiciones para la Selección Abreviada, con las especificaciones y en los términos, condiciones y plazos establecidos en los Pliegos de Condiciones, y en las condiciones allegada a esa entidad a través de la presente carta de presentación.

7. Reconocemos la responsabilidad que nos concierne en el sentido de conocer técnicamente las características y especificaciones de los servicios que nos obligamos a entregar, y asumimos la responsabilidad que se deriva de la obligación de haber realizado todas las evaluaciones e indagaciones necesarias para presentar la presente propuesta sobre la base de un examen cuidadoso de las características del negocio. En particular declaramos bajo nuestra responsabilidad, que los servicios que se entregarán a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, en el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias de los Pliegos de Condiciones, sus Anexos, sus Formularios y adendas que llegaren a suscribirse.

8. Manifestamos además que hemos realizado el examen completo y cuidadoso, y que hemos investigado plenamente, las condiciones del contrato que nos comprometemos a ejecutar, así como los riesgos que del mismo se derivan, y declaramos que se encuentra bajo nuestra responsabilidad y es nuestra especialidad técnica el conocimiento detallado de los servicios, y en general, que conocemos todos los factores determinantes de los costos de ejecución del contrato a suscribir, los cuales se encuentran incluidos en los términos de nuestra propuesta.

9. En todo caso, aceptamos y reconocemos que cualquier omisión en la que hayamos podido incurrir en la investigación de la información que pueda influir para la determinación de nuestra propuesta, no nos eximirá de la obligación de asumir las responsabilidades que nos lleguen a corresponder como contratistas, y renunciamos a cualquier reclamación, reembolso o ajuste de cualquier naturaleza por cualquier situación que surja y no haya sido contemplada por nosotros en razón de nuestra falta de diligencia en la obtención de la información.

10. Reconocemos que ni los Pliegos de Condiciones del proceso de contratación, ni la información contenida en este documento o proporcionada en conjunto con el mismo o comunicada posteriormente a cualquier persona, ya sea en forma verbal o escrita con respecto a cualquiera de los aspectos del contrato ofrecido, se ha considerado como una asesoría en materia de inversiones, legal, tributaria, fiscal o de otra naturaleza, y declaramos que para la preparación de nuestra propuesta hemos obtenido asesoría independiente en materia financiera, legal, fiscal, tributaria, y técnica, y que nos hemos informado plena y adecuadamente sobre los requisitos legales aplicables en la jurisdicción del presente proceso de selección y contratación y del contrato que se suscriba.

11. Aceptamos plena, incondicional e irrestrictamente los términos del contrato que se nos ofrece, conforme al **Anexo 4** “Minuta del Contrato” de los Pliegos de Condiciones y nos comprometemos a suscribirlo sin modificaciones sustanciales o formales de ninguna naturaleza, por la sola adjudicación que a nosotros se nos haga del contrato, salvo aquellas modificaciones que determine incluir REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, por considerarlas necesarias para incorporar las variaciones que se deriven de las adendas que se expidan dentro del proceso de selección y contratación, las que de antemano aceptamos.

12. Manifestamos y declaramos que nuestra propuesta no contiene ningún tipo de información confidencial o privada de acuerdo con la ley colombiana, y, en consecuencia, consideramos que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 se encuentra facultado para revelar dicha información sin reserva alguna, a partir de la fecha de apertura de las propuestas, a sus agentes o asesores, a los demás proponentes ó participantes en el proceso de selección y contratación impulsado, y al público en general (Esta declaración puede ser suprimida y sustituida por una en la que se declare que la propuesta contiene información confidencial, en el caso de ser ello así, debiendo indicar de manera explícita los folios en los cuales obra tal información, y la justificación legal y técnica que ampara los documentos que sean citados con la confidencialidad invocada, mencionando las normas, disposiciones, decisiones de organismos competentes y actos administrativos que le confieran tal confidencialidad a los mismos).

13. Los suscritos (Integrantes del proponente en el caso de proponente plural; nombre del proponente, en caso

de persona jurídica, adaptando la redacción del párrafo a tal circunstancia), quienes nos presentamos en calidad de proponentes al presente proceso de selección y contratación bajo (Forma o título bajo el cual se presenta la propuesta), declaramos y aceptamos, explícitamente, que asumimos la responsabilidad plena por los resultados y obligaciones del contrato ofrecido, según los términos del Reglamento que rige el proceso de contratación, y reconocemos que nos encontramos vinculados o comprometidos de manera ilimitada, incondicional, insubordinada y solidaria respecto de todas y cada una de las obligaciones o responsabilidades derivadas de la presentación de la propuesta, de la correspondiente adjudicación, y de la suscripción del contrato respectivo, conforme a las condiciones de responsabilidad previstas en la Ley.

14. 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.

15. Que me obligo a suministrar a solicitud de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.

16. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su Despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección(es): (Dirección para notificaciones): Teléfono (os): Fax

17. Que aceptamos recibir las notificaciones que me sean enviadas vía correo electrónico por parte de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, las cuales recibiré en los siguientes correos electrónicos. 1) _____ 2) _____

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

19. Que la vigencia de la presente oferta es de _____meses, contados a partir de la presentación de la misma.

Cordialmente, _____
(Firma del representante legal del proponente)

FORMULARIO

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____ FECHA _____

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

APERTURA _____ CANCELACIÓN_____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____ NIT _____
_____ Y/O
_____ C.C. _____
Dirección _____ Teléfono_____ Fax_____
_____

Departamento _____ Ciudad_____ Municipio_____

Denominación de la cuenta Corriente _____

Ahorros _____

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

CORREO ELECTRÓNICO: _____ SI (___)

TELÉFONO: _____ SI (___)

II. DATOS DE LA ENTIDAD DE CRÉDITO:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____Código_____Ciudad_____

Dirección _____Teléfono_____ Fax_____

Número de la cuenta _____
(Adjuntar certificación bancaria)

_____
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

FORMULARIO

ORIGEN LÍCITO DE LOS RECURSOS

Bogotá, D.C., _____ de 2023

Señores
POLICÍA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
Bogotá

Yo _____ Identificado (a) con cédula de ciudadanía Nro. _____ expedida en _____ certifico que lo que los activos y recursos que conforman el patrimonio de la empresa o establecimiento de comercio (según corresponda) _____ Nit. _____, así como el patrimonio de cada uno de los socios, que se destinaran para el desarrollo del proceso de **SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTIA** PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD numero **PN RASES No. 1 SA 031 2023** cuyo objeto es la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS DE TRANSTORNOS NEUROLOGICOS Y OSTEOMUSCULARES, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1,** provienen de actividades licitas y que no estamos incluidos en listas nacionales o internacionales de lavado de activos.

Manifestación que se entiende prestada bajo la gravedad de juramento.

Atentamente;

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

FORMULARIO

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

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, los presentes PLIEGOS DE CONDICIONES, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que la POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 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 - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 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, 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. 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.

2. 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.

3. 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 de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, 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 LA POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1 durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

4. 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.

5. 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 TRAVÉS DE SUS REPRESENTANTES LEGALES.

FORMULARIO

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Ciudad, FECHA

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1

Ciudad.

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número **PN RASES No. 1 SA 031 2023** cuyo objeto es la: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS DE TRANSTORNOS NEUROLOGICOS Y OSTEOMUSCULARES, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1.**

El(los) suscrito(s) a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociación o persona jurídica proponente, o nombre del representante legal del consorcio o unión temporal proponente). domiciliado en Domicilio de la persona firmante , identificado con Documento de identificación de la persona firmante y lugar de expedición, quien obra en calidad de representante legal Seleccionar la opción correspondiente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), que en adelante se denominará el proponente, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

Primero: que la Policía Nacional adelanta un proceso de contratación a través de la modalidad de Selección Abreviada de Menor cuantía, para la celebración de un contrato estatal para la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS DE TRANSTORNOS NEUROLOGICOS Y OSTEOMUSCULARES, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1**

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

Cláusula primera. Compromisos asumidos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El proponente:

_____

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

FORMULARIO

CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
Ciudad.

YO: _____,Representante de la Firma _____ certifico que la firma que represento, cuenta con el talento humano, instalaciones y demás necesidades para satisfacer y cumplir el objeto de la presente Contratación, que tiene por objeto la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS DE TRANSTORNOS NEUROLOGICOS Y OSTEOMUSCULARES, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1,** en las condiciones señaladas en el presente Estudio de Conveniencia.

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

ANEXO

CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE CALIFICACIÓN (500 PUNTOS)

El oferente que ofrezca de manera adicional al mínimo requerido los siguientes criterios adicionales de calificación de orden técnico, se le asignará un máximo de quinientos (500) puntos de la siguiente manera:

OPORTUNIDAD DE ATENCION AMBULATORIA (500 PUNTOS)

Los Oferentes que ofrezcan actividades complementarias al contrato sin costo adicional, obtendrán puntaje de la siguiente forma:

ITEM	Descripción	Unidad de medida
1	El oferente que oferte oportunidad de atención ambulatoria en un tiempo de 24 horas siguientes a la solicitud	500
2	El oferente que oferte oportunidad de atención ambulatoria en un tiempo de 48 horas siguientes a la solicitud	250
3	El oferente que oferte oportunidad de atención ambulatoria en un tiempo de 72 horas siguientes a la solicitud	100
4	El oferente que oferte oportunidad de atención ambulatoria en un tiempo de horas siguientes a la solicitud	50

Nota: Para verificar este criterio el oferente deberá diligenciar EL ANEXO FACTORES DE VERIFICACIÓN Y PONDERACIÓN.

El proponente:

_____

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

ANEXO
PROTECCIÓN A LA INDUSTRIA NACIONAL

De conformidad con lo establecido en el Decreto 680 de 2021, declaramos bajo la gravedad de juramento, comprometiendo nuestra responsabilidad personal y/o comprometiendo a las personas jurídicas que represento o apodero que:

1. PROMOCIÓN SERVICIOS NACIONALES O CON TRATO NACIONAL

Proponentes Nacionales	Certifico y me comprometo a vincular un porcentaje mínimo del 80% de empleados o contratistas por prestación de servicios colombianos. Marcar (X)
	Si ( ) No ( )

Proponentes extranjeros con Acuerdo o Tratado Internacional o Principio de Reciprocidad	Certifico y me comprometo a vincular un porcentaje mínimo del 80% de empleados o contratistas por prestación de servicios colombianos. Marcar (X) **y deberá allegar diligenciado el ANEXO** INDICACIÓN DE TRATO NACIONAL.
	Si ( ) No ( )

2. **INCORPORACIÓN DE COMPONENTE NACIONAL** (Aplica para Proponentes extranjeros sin derecho a Trato Nacional)

Certifico y me comprometo a vincular un porcentaje empleados o contratistas por prestación de servicios colombianos, así:

Personal del contrato	**Marcar (X)**
Del 0% al 80 % del personal incorporado al Contrato será colombiano	
Mas del 80% hasta el 85% del personal incorporado al Contrato será colombiano	
Mas el 85% hasta el 90% del personal incorporado al Contrato será colombiano	
Más del 90% del personal incorporado al Contrato será colombiano	

El proponente:

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

ANEXO
INDICACIÓN DE TRATO NACIONAL

En observancia a lo establecido en el Artículo 2.2.1.2.4.1.3 del Decreto 1082 de 2015, de conformidad con el Artículo 20 de Ley 80 de 1993 y para efectos del Parágrafo del Artículo 1 de la Ley 816 de 2003, modificado por el Artículo 51 del Decreto 019 de 2012; para otorgar puntaje como productor 100% nacional se deberá diligenciar por parte del Oferente el siguiente Anexo, discriminando la información dependiendo si es un Tratado o Acuerdo Internacional o si aplica el Principio de Reciprocidad, así;

PARA TRATADOS O ACUERDOS INTERNACIONALES

En caso de haberse suscrito y se encuentre vigente Acuerdo o Tratado Internacional alguno aplicable al presente proceso de contratación, indicar los siguientes datos:

Identificación o denominación del Acuerdo o Tratado: _____.
Objeto del Tratado: _____.
Ubicación en el SECOP (Link): _____.
Reciprocidad

En ausencia de Acuerdo o Tratado Internacional, pero si existe trato nacional en virtud del Principio de Reciprocidad, indicar los siguientes datos:

Fecha de la expedición de la certificación: _____.
Estado sobre el que se certifica: _____.
Ubicación en el SECOP (LINK): _____.

Nota: Estos datos serán verificados por la unidad ejecutora por medio de la Página Web www.colombiacompra.gov.co, teniendo en cuenta que conforme con el *"Manual para el manejo de los Acuerdos Comerciales en Procesos de Contratación"* Versión M-MACPC-03 expedido por la Agencia Nacional de Contratación, la Entidad debe verificar los contenidos sobre Trato Nacional ya que no en todos los casos los conoce.

El proponente:

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

ANEXO

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO

Este anexo debe ser diligenciado para todo el personal que conforma el Recurso Humano ofertado,

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO
Ciudad y Fecha:
Nombres y Apellidos:
Cédula de Ciudadanía:
Fecha de Nacimiento:
Nacionalidad:
Profesión:
Universidad:
No Registro Profesional:
Título Obtenido:
Especializaciones:
Tiempo de Experiencia en la Práctica de los Procedimientos Objeto de la Contratación
Tiempo de Servicio en la Institución Oferente:
_____ _____ **Firma del Profesional** **Firma del Representante Legal**

El proponente:

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

FORMULARIO
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
Ciudad.

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía Número **PN RASES No. 1 SA 031 2023** cuyo objeto es la: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS DE TRANSTORNOS NEUROLOGICOS Y OSTEOMUSCULARES, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1.**

El(los) suscrito(s) a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal . domiciliado en Domicio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de (representante legal de la sociedad, del consorcio, de la unión temporal, o de la asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), quien en adelante se denominará el PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:
La Policía Nacional, mediante la Resolución 03843 del 09/09/2019, prevé en el Artículo 2º, lo relacionado con la ***"Política del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional"*,** en lo siguiente:

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

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

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

De igual manera en la ejecución del contrato adicional a los requerimientos exigidos para su ejecución, la persona natural o jurídica deberá:

- Cumplir con las obligaciones del SGSST, que las normas legales vigentes y/o la Policía Nacional haya considerado en el contrato y acorde a la exposición del contratista o subcontratista a los riesgos encontrados en el centro de trabajo donde desarrolla la actividad.
- Participar en las actividades que la Policía Nacional desarrolle en materia de promoción y prevención de riesgos laborales.
- Cumplir con el uso continuo y permanente de los elementos de protección personal, durante la ejecución contractual, acorde a los peligros y riesgos relacionados la tarea contratada.
- Conocer y participar en todas las actividades del plan de emergencia que se programen por parte de la Policía Nacional y los brigadistas de los centros de trabajo en donde desarrollará las actividades.

- Notificar a la mayor brevedad, al supervisor del contrato, la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo o el diagnóstico de enfermedades laborales, así como las condiciones de peligro que detecte durante la ejecución de la actividad contratada.
- Practicarse o practicar a sus trabajadores (según sea el caso), los exámenes médico ocupacionales y complementarios que correspondan, de acuerdo a la actividad contratada y objeto del contrato.
- Diligenciar los formatos del SGSST de la Policía Nacional o el contratante, que le sean aplicables a la ejecución de la tarea contratada.
- Entregar los documentos que evidencien objetivamente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, según los requisitos legales y las obligaciones como contratista, efectuando los pagos a la ARL de acuerdo a la clase de riesgo de la actividad desarrollada.

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

1. Estándares mínimos para empresas, empleadores y contratantes con diez (10) o menos trabajadores, clasificadas con riesgo I, II ó III
2. Estándares mínimos para empresas de once (11) a cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II ó III.
3. Estándares mínimos para empresas de más de cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II, III, IV ó V y de cincuenta (50) ó menos trabajadores con riesgo IV ó V.

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

El proponente:

_____

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

FORMULARIO

SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
Ciudad.

La firma …… se compromete a sostener los precios ofertados dentro del proceso SELECCIÓN ABREVIADA MENOR CUANTIA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD **PN RASES No. 1 SA 031 2023**, durante la vigencia del contrato si este se llegara a suscribir, el cual tiene por objeto la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS DE TRANSTORNOS NEUROLOGICOS Y OSTEOMUSCULARES, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1.**

Atentamente,

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

FORMULARIO

OFERTA ECONOMICA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1
Ciudad.

Referencia: Presentación de oferta económica para el proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía Número **PN RASES No. 1 SA 031 2023** cuyo objeto es la: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS DE TRANSTORNOS NEUROLOGICOS Y OSTEOMUSCULARES, APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO A LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.1.**

ITEM	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	VALOR UNITARIO ESTIMADO (PRECIO TECHO), EXCLUIDO DE IVA	PORCENTAJE DE DESCUENTO GLOBAL OFERTADO
1	CONSULTA DE ESPECIALDADES Y SUPRAESPECIALIDADES PRIMERA Y VEZ Y CONTROL	$ 90.000,00	_____ %
2	CONSULTA DE PROFESIONALES DE APOYO TERAPEUTICO (SICOLOGIA, NUTRICION, FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL, FONOAUDIOLOGIA, TRABAJO SOCIAL)	$ 90.000,00	
3	JUNTA DE CUIDADOS PALIATIVOS	$ 931.000,00	
4	JUNTA DE SEDESTACIÓN	$ 931.000,00	
5	JUNTA DE REHABILITACIÓN	$ 931.000,00	
6	JUNTA DE ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES	$ 1.224.444,00	
7	JUNTA DE MOVIMIENTOS ANORMALES	$ 931.000,00	
8	JUNTA DE ORTOPEDIA	$ 931.000,00	
9	JUNTA DE FRAGILIDAD ÓSEA	$ 931.000,00	
10	JUNTA DE ENFERMEDADES METABOLICAS Y NEURODEGENERATIVAS	$ 931.000,00	
11	JUNTA OTOLÓGICA	$ 931.000,00	
12	JUNTA DE ESPASTICIDAD	$ 931.000,00	
13	JUNTA DE TOXINA	$ 931.000,00	
14	JUNTA DE SOPORTE NUTRICIONAL	$ 386.333,00	
15	JUNTA DE NEUROVENTILACIÓN	$ 931.000,00	
16	PAQUETE DE NUTRICIÓN DE PACIENTE ALTO RIESGO	$ 931.000,00	

ITEM	DESCRIPCIÓN ATENCION	PRESTACIONES MINIMAS	VALOR UNITARIO ESTIMADO (PRECIO TECHO), EXCLUIDO DE IVA	PORCENTAJE DE DESCUENTO GLOBAL OFERTADO
17	PECTUS EXCAVATUM OPCION I (CON CIRUGÍA)	incluye honorarios, materiales, derecho a sala, valoraciones	$ 72.869.222,00	_____ %
18	PECTUS EXCAVATUM OPCION II (SIN CIRUGÍA)	incluye honorarios, materiales, valoraciones	$ 50.364.667,00	
19	PECTUS EXCAVATUM OPCION III (RETIRO DE MATERIAL)	incluye honorarios, materiales, derecho a sala, valoraciones	$ 25.657.667,00	
20	PECTUS CARINATUM OPCION I (CON CIRUGÍA)	incluye honorarios, materiales, derecho a sala, valoraciones	$ 83.578.667,00	
21	PECTUS CARINATUM OPCION II (SIN CIRUGÍA)	incluye honorarios, materiales, derecho a sala, valoraciones	$ 50.364.667,00	
22	PECTUS CARINATUM OPCION III (RETIRO DE MATERIAL)	incluye honorarios, materiales, derecho a sala, valoraciones	$ 25.657.667,00	
23	CIRUGÍA ESCOLIOSIS - PRIMER TIEMPO QUIRÚRGICO	incluye; todas las valoraciones prequirúrgicas, evento quirúrgico, honorarios, insumos, medicamentos	$ 29.441.667,00	
24	CIRUGÍA ESCOLIOSIS - SEGUNDO TIEMPO QUIRÚRGICO	incluye; todas las valoraciones prequirúrgicas, evento quirúrgico, honorarios, insumos, medicamentos	$ 20.301.667,00	
25	CIRUGÍA ESCOLIOSIS - TERCER Y CUARTO TIEMPO QUIRÚRGICO	incluye; todas las valoraciones prequirúrgicas, evento quirúrgico, honorarios, insumos, medicamentos	$ 17.918.667,00	
26	CIRUGÍA ESCOLIOSIS - CORRECCIÓN DE DEFORMIDADES DE COLUMNA CON YESO CORPORAL	incluye; todas las valoraciones prequirúrgicas, evento quirúrgico, honorarios, insumos, medicamentos	$ 7.000.556,00	
27	ANGIORRESOANCIA CON SEDACIÓN	incluye: anestesia, insumos, medios de contraste, RMN de reconstrucción tridimensional	$ 2.021.667,00	
28	ANGIORESONANCIA SIN SEDACIÓN	incluye: insumos, medios de contraste, RMN De reconstrucción tridimensional	$ 1.620.778,00	
29	PAQUETE DE RETIRO DE APARATOLOGIA IMPLANTADA - UNILATERAL	incluye: honorarios, derechos a sala, materiales	$ 3.244.444,00	
30	PAQUETE DE RETIRO DE APARATOLOGIA IMPLANTADA - BILATERAL	incluye: honorarios, derechos a sala, materiales	$ 4.611.111,00	
31	PAQUETE CORRECCIÓN BOVEDA CRANEAL CON PSI Y CRANEOPLASTIA	incluye: honorarios, implante craneal especifico, derecho a sala, material	$ 98.228.556,00	

32	RIZOTOMIA DE RAIZ NERVIO ESPINAL VIA ABIERTA	incluye; honorarios, derecho a sala, alquiler equipo, terapias físicas	$ 42.175.667,00
33	RIZOTOMIA DORSAL	incluye; honorarios, derecho a sala, alquiler equipo, terapias físicas	$ 26.195.889,00
34	NEUROESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA BILAT EQUIPO RECARGABLE	incluye: honorarios cirujano y neurólogo + microregistro incluye valoración en junta de decisiones previa a la cirugía, valoración postoperatoria y programación por un año, sistema recargable activa RC completo, tac cerebral, RMN bajo sedación, internación, derecho a sala	$ 196.234.444,00
35	NEUROESTIMULACION CEREBRAL PROFUNDA BILATERAL EQUIPO NO RECARGABLE	incluye: honorarios cirujano y neurólogo + microregistro incluye valoración en junta de decisiones previa a la cirugía, valoración postoperatoria y programación por un año, sistema recargable activa rc completo, tac cerebral, RMN bajo sedación, internación, derecho a sala	$ 184.043.111,00
36	RETIRO O SUSTITUCION DE NEUROESTIMULADOR INTRACRANEAL (RECARGABLE)	incluye: honorarios cirujano y neurólogo + sistema recargable activa rc completo, tac cerebral, rmn bajo sedación, internación, derecho a sala	$ 161.094.889,00
37	RETIRO O SUSTITUCION DE NEUROESTIMULADOR INTRACRANEAL (NO RECARGABLE)	incluye: honorarios, derecho a sala, sistema no recargable activa pc para recambio de kinetra	$ 102.157.778,00
38	ESTIMULACIÓN DE RAICES SACRAS POSTERIORES	*incluye: honorarios, derecho a sala, electrodos, internación*	$ 94.299.556,00
39	ESTIMULACIÓN DE RAICES SACRAS ANTERIORES	*incluye: honorarios, derecho a sala, electrodos, internación*	$ 238.686.333,00
40	COLOCACION DE BOMBA INTRATECAL (NO INCLUYE MEDICAMENTOS)	*incluye: honorarios, derecho a sala, bomba intratecal internación*	$ 82.512.111,00
41	RECARGA BOMBAINTRATECAL (NO INCLUYE MEDICAMENTO)	*incluye: honorarios, kit de relleno de bomba y derecho a sala*	$ 2.161.000,00
42	ESTIMULACIÓN MEDULAR VÍA QUIRÚRGICA	*incluye: honorarios, estimulador, derecho a sala, estancia bipersonal*	$ 149.821.556,00
43	ESTIMULACIÓN MEDULAR VÍA PERCUTANEA (SIN GENERADOR)	*incluye: honorarios, estimulador, derecho a sala, estancia bipersonal*	$ 37.194.333,00
44	GANGLIOLISIS POR RADIOFRECUENCIA	*incluye: honorarios, equipos especiales, insumos específicos, derecho a sala*	$ 32.726.444,00
45	NEUROESTIMULACION CEREBRAL PROFUNDA SIN EQUIPO	incluye: honorarios cirujano y neurólogo + microregistro incluye valoración en junta de decisiones previa a la cirugía, valoración postoperatoria y programación por un año, tac cerebral, (2) , internación, derecho a sala	$ 62.763.778,00
46	TRASPLANTE MENISCAL MEDIAL O LATERAL POR ARTROSCOPIA	incluye honorarios, materiales, derecho a sala, valoraciones	$ 24.124.889,00
47	PAQUETE DE CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS DE PIE MEDIANA COMPLEJIDAD	incluye: honorarios, laboratorios PREQX, evento quirúrgico, derecho a sala, controles postqx hasta por un año	$ 17.067.111,00
48	PAQUETE DE CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS DE PIE ALTA COMPLEJIDAD	incluye: honorarios, laboratorios PREQX, evento quirúrgico, derecho a sala, controles postqx hasta por un año	$ 33.525.556,00
49	CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE MIEMBROS INFERIORES - PAQUETE MEDIANA COMPLEJIDAD (UNILATERAL)	incluye; valoraciones por equipo interdisciplinario pre y post, derecho a sala, estancia, insumos, apoyo diagnostico pre y post, ortesis	$ 35.702.889,00
50	CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE MIEMBROS INFERIORES - PAQUETE MEDIANA COMPLEJIDAD (BILATERAL)	incluye; valoraciones por equipo interdisciplinario pre y post, derecho a sala, estancia, insumos, apoyo diagnostico pre y post, ortesis	$ 49.004.000,00
51	CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE MIEMBROS INFERIORES - PAQUETE ALTA COMPLEJIDAD (UNILATERAL)	incluye; valoraciones por equipo interdisciplinario pre y post, derecho a sala, estancia, insumos, apoyo diagnostico pre y post, ortesis	$ 49.004.000,00
52	CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE MIEMBROS INFERIORES - PAQUETE ALTA COMPLEJIDAD (BILATERAL)	incluye; valoraciones por equipo interdisciplinario pre y post, derecho a sala, estancia, insumos, apoyo diagnostico pre y post, ortesis	$ 53.204.333,00
53	CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE MIEMBROS INFERIORES - RECONSTRUCCIÓN	incluye; valoraciones por equipo interdisciplinario pre y post, derecho a sala, estancia, insumos, apoyo diagnostico pre y post, ortesis	$ 43.403.556,00
54	OSTEOTOMÍA PELVICA COMPLEJA (CIRUGÍA DE GANZ)	incluye; honorarios, derecho a sala, insumos, apoyo diagnóstico, estancia	$ 21.001.778,00
55	PLEXO BRAQUIAL SEGMENTO I INTERVENCIÓN - ALTO COMPLETO	incluye; honorarios, derecho a sala, insumos, apoyo diagnóstico, estancia, aguja estimuladora de nervio	$ 31.361.222,00
56	PONSETI UNILATERAL	incluye: honorarios, derecho a sala, insumos, ortesis, derecho a sala	$ 9.800.889,00
57	PONSETI BILATERAL	incluye: honorarios, derecho a sala, insumos, ortesis, derecho a sala	$13.301.111,00
58	CIRUGÍA ELONGACION DE COLUMNA	incluye; honorarios, derecho a sala, insumos, apoyo diagnóstico, estancia	$ 10.500.778,00
59	CORRECCIÓN DE DEFORMIDADES DE COLUMNA DE MEDIANA COMPLEJIDAD	incluye; honorarios, derecho a sala, insumos, apoyo diagnóstico, estancia	$ 25.202.111,00
60	CORRECCIÓN DE DEFORMIDADES DE COLUMNA DE ALTA COMPLEJIDAD	incluye; honorarios, derecho a sala, insumos, insumos especiales, apoyo diagnóstico, estancia	$ 28.002.222,00
61	CORRECCIÓN DE DEFORMIDADES DE COLUMNA - REVISIÓN	incluye; honorarios, derecho a sala, insumos, insumos especiales, apoyo diagnóstico, estancia	$ 31.502.556,00
62	PROGRAMA DE ARTROSCOPIA DE CADERA	incluye; honorarios, derecho a sala, insumos, apoyo diagnóstico, estancia	$ 21.701.778,00
63	PAQUETE DE CIRUGIAS MULTINIVEL (UNILATERAL)	incluye; valoraciones por equipo interdisciplinario pre y post, derecho a sala, estancia, insumos, apoyo diagnostico pre y post, ortesis	$ 21.701.778,00
64	PAQUETE DE CIRUGIAS MULTINIVEL (BILATERAL)	incluye; valoraciones por equipo interdisciplinario pre y post, derecho a sala, estancia, insumos, apoyo diagnostico pre y post, ortesis	$ 28.002.222,00
65	PAQUETE APLICACIÓN TOXINA BOTULINICA DE MIEMBRO SUPERIOR	incluye: valoraciones, junta de rehabilitación, evaluación motora funcional.	$ 4.911.444,00
66	PAQUETE DE TOXINA BOTULINICA CON TOXINA (EN SALAS DE CX - INCLUYE INMOVILIZACIÓN)	incluye; honorarios, derecho a sala, toxina	$ 3.375.778,00

67	PAQUETE DE TOXINA BOTULINICA SIN TOXINA (EN SALAS DE CX - INCLUYE INMOVILIZACIÓN)	incluye; honorarios, derecho a sala, toxina	$ 1.502.222,00	
68	PAQUETE ATENCION INTERMEDIO REHABILITACION	incluye: Fonoaudiología, terapia ocupacional, terapia física, psicología y consulta fisiatra	$ 1.673.667,00	
69	PAQUETE ATENCION INTENSIVO DE REHABILITACION	incluye: Fonoaudiología, terapia ocupacional, terapia física, psicología y consulta fisiatra	$ 2.627.444,00	
70	MONITOREO NEUROFISIOLOGICO		$ 6.357.333,00	
71	REHABILITACIÓN COGNITIVA PARA PACIENTES POST QUIRURGICOS EPILEPSIA	incluye: neuropsicología (sesiones de 45 mins), terapia ocupacional (sesiones de 45 mins), terapia del lenguaje (sesiones de 45 mins), terapia física (sesiones de 45 mins), psiquiatría adultos (30 mins), psicología (sesiones de 30 mins)	$ 10.805.111,00	
72	APLICACIÓN DE PRUEBAS NEUROPSICOLOGICAS		$ 744.889,00	
73	REHABLITACIÓN COGNITIVA DURACIÓN (3 MESES)	*incluye: manejo por neuropsicología, paquete de 12 sesiones distribuidas en definición de objetivos de tratamiento, sesiones de intervención (45 min c/u) una o dos sesiones semanales dependiendo del caso. Trabajo en casa (apoyo familiar). valoración al finalizar proceso. entrega de informe y plan casero*	$ 1.134.667,00	
74	PAQUETE DIETA CETOGENICA (PEDIÁTRICO Y ADULTO)	*incluye; junta de evaluación, valoraciones y citas de control*	$ 1.030.111,00	
75	INSERCION DE CATETER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL PARA INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA O PALIATIVA (NUSINERSEN)	incluye: derecho a sala, honorarios, insumos	$ 12.332.667,00	
76	ESTUDIO COMPUTARIZADO DE LA MARCHA		$ 2.053.000,00	
77	EVALUACION DE LA FUNCION OSTEOMUSCULAR		$ 329.111,00	

ITEM	DESCRIPCIÓN ATENCION	PRESTACION	VALOR ESTIMADO	TARIFA Y/O PORCENTAJE DE INTERMEDIACION
78	TARIFA MEDICAMENTOS DISPOSITIVOS MEDICOS E INSUMOS	% INTERMEDIACION PARA NO REGULADOS	Tarifa propia Institucional bajo regulación actual.	
79	TARIFA MATERIAL DE OSTEOSINTESIS	% INTERMEDIACION PARA NO REGULADOS	Factura de venta + 12% de manejo administrativo.	

ITEM	DESCRIPCIÓN ATENCION	PRESTACION	VALOR ESTIMADO	TARIFA Y/O PORCENTAJE DE INTERMEDIACION
80	TARIFA DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS (IMÁGENES Y LABORATORIOS) EVENTO	% DESCUENTO MANUAL TARIFARIO	SOAT VGTE 2023 (SMLV). Decreto 2423 del 16 de diciembre de 2022.	

Nota 1: El oferente deberá indicar un único porcentaje de descuento (No escribir precios), el cual se aplicará de manera global a los precios techos establecidos, sin afectar el presupuesto total del presente proceso.

Nota 2: Se excluirá el IVA para los servicios solicitados en el presente proceso en concordancia con lo estipulado en al numeral 1 del artículo 476 del estatuto del estatuto tributario, modificado por el artículo 11 de la Ley 2010 DE 2019

Nota 3: El porcentaje de intermediación solo se aplicará a los medicamentos cuyo valor no se encuentre regulado por el Estado.

Nota 4: EL CONTRATISTA deberá sostener durante la ejecución del contrato incluyendo sus adiciones el valor de los medicamentos y los insumos y el porcentaje de intermediación.

Los servicios y procedimientos que no se encuentren contemplados en el contrato y que sean necesarios deberán ser autorizados por la Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 para los cual se debe realizar la respectiva modificación al contrato y serán cancelados a las tarifas establecidas en el contrato.

_____

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