ANEXO
(MINUTA CONTRATO CARACTER INFORMATIVO)

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2
NIT. 900.419.719-1

CONTRATO N° 85-5-XXXXX-23 CELEBRADO ENTRE LA NACIÓN - POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 Y LA ENTIDAD XXXXXXX, DENTRO DEL PROCESO PN RASES No. 2 CD 039 2023, EL CUAL TIENE POR OBJETO LA " PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIO, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 2 EN LOS MUNICIPIOS DE IQUIRA Y CAMPOALEGRE EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA".

Entre los suscritos, de una parte la Regional de Asegurameinto en Salud No. 2, quien actúa a través de su representante legal o su delegado, quien en adelante se denominará el **CONTRATANTE**, y por la otra, el **CONTRATISTA**, debidamente identificados como aparece en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO", hemos convenido celebrar el presente contrato, previos los siguientes considerandos: **a)** Que se elaboraron los estudios previos de conformidad con lo señalado en el Decreto 1082 de 2015 **b)** Que al momento de la apertura del proceso de contratación directa, se contó con la respectiva apropiación presupuestal que respalda el presente compromiso Nº 38423 del 21/06/2023. **c)** Que el presente contrato se deriva del proceso PN RASES No. 2 CD 039 2023 bajo la modalidad de Contratación Directa – CONTRATO INTERADMINISTRATIVO, en virtud de lo previsto en el artículo 2 numeral 4 literal c de la ley 1150 de 2007 y en el artículo 2.2.1.2.1.4.4 del Decreto 1082 de 2015, **d).** Que de conformidad con lo establecido en el artículo 7º de la ley 1150 de 2007, Los contratistas prestarán garantía única para el cumplimiento de las obligaciones surgidas del contrato. Los proponentes prestarán garantía de seriedad de los ofrecimientos hechos. **e)**. Que, en ese orden de ideas, de conformidad a esas motivaciones, responderá con los compromisos contractuales adquiridos en cumplimiento de los contratos que suscriban con terceros. **f)** La Policía Nacional designará un supervisor para el presente contrato, el cual mantendrá comunicación con el Contratista, durante el desarrollo del Contrato y ejercerá las funciones prescritas en la Resolución 00090 del 15 de enero de 2018 de la Policía Nacional. **g)** Que habiéndose dado cumplimiento a todos los trámites y requisitos que exige la contratación para este tipo de contrato (Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015), es procedente la celebración del mismo, el cual se regirá por las siguientes cláusulas: ***PRIMERA. OBJETO*****:** El objeto del presente contrato es el que se indica el Anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". ***SEGUNDA. FINALIDADES DEL CONTRATO*****:** El presente contrato está orientado a lograr la efectiva y eficiente prestación del servicio propio de la Policía Nacional, en consecuencia, el **CONTRATISTA** se compromete para con la **Regional de Aseguramiento en Salud No. 2** a prestar el servicio requerido para suplir las necesidades definidas en los estudios previos. En tal sentido, queda claro que todas las obligaciones a cargo del **CONTRATISTA**, derivadas del presente contrato, así como de la naturaleza de su objeto y las finalidades por él previstas, son obligaciones de resultado. Estas finalidades deberán tenerse en cuenta para la adecuada comprensión e interpretación del presente contrato, especialmente en lo que concierne a sus reglas y condiciones, así como para determinar el alcance de los derechos y obligaciones que el mismo atribuye a las partes. ***TERCERA. VALOR*****:** Para efectos legales, fiscales y presupuestales, el valor del contrato asciende a la suma descrita en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". **PARÁGRAFO:** Todos los precios aquí contemplados se entienden firmes y fijos y por lo tanto no están sujetos a ninguna clase de reajuste. Igualmente, dentro de este precio están incluidos los costos proyectados al plazo de ejecución del presente contrato y la utilidad razonable que el CONTRATISTA pretende obtener, en consecuencia, no se aceptarán solicitudes de reajustes, fundamentados en estas circunstancias. ***CUARTA. FORMA DE PAGO*****: LA POLICÍA** pagará al **CONTRATISTA** el valor de este contrato de conformidad con lo dispuesto en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". **PARÁGRAFO PRIMERO- CUENTA PARA PAGOS:** Los pagos previstos en esta cláusula se acreditarán a la cuenta que se indica en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO", a favor del CONTRATISTA, o en otro banco o cuenta que éste designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias, por medio de aviso escrito con no menos treinta (30) días de anticipación, acompañado de certificación bancaria a nombre de la firma Contratista. Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley. ***QUINTA. APROPIACIÓN PRESUPUESTAL*****:** El presente contrato está amparado por la

apropiación presupuestal que se indica en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". ***SEXTA. PLAZO DE EJECUCIÓN*****:** El plazo de ejecución del contrato es el señalado en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO**".** ***SÉPTIMA. VIGENCIA*****:** La Vigencia del presente contrato será de cuatro (4) meses adicionales al plazo de ejecución establecido en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". ***OCTAVA. LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO:*** El sitio en el cual se prestará el servicio objeto del presente contrato será el que aparece en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". **NOVENA - DERECHOS DEL CONTRATISTA**: En general, son derechos del CONTRATISTA: **1.)** Recibir el pago que en su favor establece el presente contrato. **2.)** Obtener la colaboración necesaria de la REGIONAL DE ASEGURAMEINTO EN SALUD No.2 para el adecuado desarrollo del contrato. **DECIMA - OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA 1).** Cumplir con los protocolos establecidos para la prestación de servicios médicos hospitalarios de BAJA COMPLEJIDAD. **2).** Practicar única y exclusivamente los procedimientos dispuestos mediante autorización firmada por el Jefe de Sanidad o quien éste designe. **3).** Cumplir con las condiciones técnicas que se exijan para la presentación de la propuesta. **4).** Todos los servicios de salud que sean clasificados según la norma vigente como mediana complejidad, ofertados por la **E.S.E HOSPITAL DEL ROSARIO** de Campo-alegre, serán prestados mediante el ámbito hospitalario. En el caso de que sean necesitados y/o requeridos para el ámbito ambulatorio, estos servicios se prestaran una vez tengan el aval de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, y el supervisor del contrato, previa revisión, verificación y análisis de auditoria médica (referencia y contrareferencia) y sea notificada la entidad prestadora. (**Aplica para el Lote I**). **5). El contratista deberá sostener los precios y tarifas ofrecidas para cada vigencia, durante el plazo de ejecución del Contrato y sus adicciones**. **Las tarifas ofertadas a SOAT se facturarán al inicio de cada vigencia anual de acuerdo al incremento de Ley y las tarifas institucionales se incrementarán de acuerdo con el S.M.L.M.V decretado por el Gobierno Nacional. 6).** Una vez sean actualizados los precios de medicamentos y/o dispositivos médicos de venta institucional por parte de las entidades, esta, deberá presentar informe detallado donde se justifique su incremento, con sus respectivos valores, códigos y análisis comparativo. Asimismo las nuevas tarifas se aplicaran una vez tengan el aval de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 previa revisión de auditoria médica y se notifiquen a las entidades. **7).** Presentar plan de contingencia en el evento de presentar falla los equipos, o casos de fuerza mayor con los profesionales. **8).** Entregar una estadística mensual de los pacientes atendidos incluyendo el número del documento y nombres completos del paciente, la fecha de atención y el servicio prestado. **9).** El contratista debe disponer de por lo menos una línea telefónica, para poder tener comunicación constantemente con la entidad. **10).** Para la autorización del servicio, debe presentarse documento de identificación en original según el caso (Registro civil de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad). (Atención de urgencias vitales y atención inicial de urgencias). **Boletín de autorización vigente** Los servicios electivos (programados), se prestarán previa verificación de derechos y autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 , por lo tanto si el usuario no es portador de la **autorización vigente**, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 a los correos deuil.rases-rco@policia.gov.co para obtener su consentimiento antes de prestar el servicio.. **Boletín de autorización vigente** Los servicios electivos (programados), se prestarán previa verificación de derechos y autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 , por lo tanto si el usuario no es portador de la **autorización vigente**, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 a los correos disan.griss-aut@policia.gov.co , disan.griss-crf@policia.gov.co , disan.refer-nal@policia.gov.co y a los 350-413-1671 y 350-554-6128 , por lo tanto si el usuario no es portador de la autorización vigente, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 los correos disan.rase2-aut@policia.gov.co y deuil.rases-rco@policia.gov.co para obtener su consentimiento antes de prestar el servicio. **11).** Todo procedimiento adicional que no haga parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado, y que el proveedor estime conveniente en un momento dado atender al usuario, así se encuentre entre el listado contractual y tarifado, requerirá el aval por parte de la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, sin que se convierta en obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente. **12).** 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 SSPN. Este estará sujeto a glosa total hasta que el comité ADHOC de la IPS y la dependencia de Garantía de la Calidad (GARCA) de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, se reúnan y expidan el plan de mejoramiento y se determine la inherencia del evento para determinar el monto a cancelar definitivo. **13).** El contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes ***cinco días a su ocurrencia***, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de salud derivados del evento adverso. (Dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-006 Reporte de Incidentes y Eventos Adversos que se adjunta a la presente minuta contractual. **14).** El contratista se compromete a NO continuar prestando los servicios objeto del presente contrato una vez este agotado el valor del contrato, **SALVO** en casos de urgencia médica debidamente justificada de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumpla con las anteriores condiciones, no serán pagados por el CONTRATANTE. **15). El contratista debe dar a conocer a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 las Guías de manejo institucionales**. **16).** La radicación de la facturación (Impresa y en medio magnético) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los **DIEZ (10) PRIMEROS DÍAS HÁBILES DEL MES SIGUIENTE A LA PRESTACIÓN**, la cual como mínimo debe cumplir con: **a)** Relación general de pacientes atendidos, detallando la pre-factura por cada uno de ellos discriminada y

firmada por el usuario o acudiente. **b)** Requisitos establecidos por la DIAN.REGIONAL. **c)** 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. **d)** La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja lapicero negro; para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias. **f)** Presentar original de la autorización del servicio. **g)** Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El cual debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 de 2000 del MINSALUD 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)" Se debe anexar el CD con el RIPS correspondiente, además del cuadro en Excel según el instructivo 013 del 04/06/13 de la DISAN. **17).** EL CONTRATISTA DEBE SUMINISTRAR A LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO: 1.) Notificar al supervisor del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato. 2.) **Informar al supervisor del contrato semanalmente el valor ejecutado del contrato y cuando el contrato se encuentre en un 80% ejecutado**. 3) Debe reportar al supervisor del contrato los indicadores de la Circular Externa Supersalud 056 y 058 de 2009, así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. 4.) Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Jefatura de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 o el ordenador del gasto. 5.) **Enviar el primer día hábil de cada semana a la** Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 **la información de notificación epidemiológica semanal (solo se notifica los casos de usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional). 18).** El contratista Generara de manera mensual estadística de eventos adversos y auditoria al 100% de estos, comprometiéndose en todos los casos a establecer planes de mejoramiento. **19).** El contratista debe tener disponibilidad de oficina de atención al usuario, y en todo caso cualquier queja interpuesta deber dársele el tramite respectivo del cual se enviar copia al supervisor del contrato, o en su defecto a la oficina de garantía y calidad de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2. **20).** El contratista no atenderá pacientes que no cuenten con la debida autorización vigente por parte de la oficina de referencia y contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, teniendo en cuenta que dicha autorización tiene vigencia (06) meses calendario; procedimientos realizados en estas condiciones no serán cancelados por el CONTRATANTE. **21).** Disponer de los indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud e implementar sus propios programas de Auditoria de conformidad con el Decreto 1011 de 2006 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o complementen. **22).** Presentar el resultado del análisis de los eventos adversos que sean requeridos por la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, dentro de los treinta (30) días siguientes a la solicitud, así mismo asistir a la cita concertada para cierre de esos casos. **23).** Presentar el plan de mejoramiento derivado de las visitas de calidad realizadas por la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 y el resultado de la ejecución del mismo, en los casos en los que haya lugar. **24).** Garantizar y respetar los derechos de los pacientes de conformidad con la Ley 23 de 1981, la Circular Externa Conjunta 0016 de 2013 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. **25).** El PRESTADOR se compromete a recolectar y reportar mensualmente al Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, el registro por persona de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, según el Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la Resolución No. 4505 de 2012, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicho reporte deberá ser enviado a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 dentro de los primeros diez (10) días calendario mediante él envió al correo electrónico deuil.rases-epi@policia.gov.co. **26).** Capacitar a su personal en el registro y soporte clínico relacionado con las actividades de Proyección Especifica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento. **27).** Reportar de manera escrita, en un plazo no mayor a quince (15) días previos al registro, la novedad de cierre de los servicios de urgencias y hospitalización, en caso de que estos hayan sido contratados por la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 , lo anterior según lo establece la Resolución 003100 de 2019 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud". **28).** Verificar la calidad de afiliado del usuario que solicite ser atendido haciendo uso de los mecanismos de validación de derechos dispuestos por la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2. **29).** Las Actividades, Intervenciones, Procedimientos y Medicamentos no contemplados en el Plan de Beneficios en Salud y que hayan sido ordenados en fallos de tutela y/o medidas provisionales deberán cumplirse estrictamente conforme lo ordene la providencia del Juez de Conocimiento, e informará a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 para que esta genere la autorización. **30).** Prestar el servicio de urgencias a los usuarios de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, e informar y reportar el ingreso de sus afiliados al servicio de urgencias, incluyendo las urgencias por eventos catastróficos dentro de las veinticuatro (24) horas hábiles siguientes al ingreso, de acuerdo a lo señalado en el Decreto 4747 de 2007, la Resolución 3047 de 2008 y demás normas que lo adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan. **31).** Reportar la capacidad instalada de los servicios objeto de contratación, conforme al REPS. **32).** Prestar atención a los pacientes del programa de VIH (Gestantes, pacientes con Tuberculosis, hijos de madre VIH menores de 18 meses), de acuerdo a las guías de manejo, establecidas por el MSPS, para cada una de las patologías; realizando y reportando los laboratorios y seguimientos del usuario, su familia y la gestión del riesgo de acuerdo a las frecuencias establecidas y como mínimo una vez cada doce (12) meses y detección temprana

de acuerdo a la normatividad vigente, se deberá enviar reporte al correo deuil.rases-rco@policia.gov.co, los primeros 5 de cada mes. **33).** Realizar gestión del riesgo y detección temprana, para el diagnóstico oportuno de las enfermedades precursoras de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), Hipertensión Arterial y Diabetes; realizando y reportando los exámenes de laboratorio y seguimientos del usuario, su familia y la gestión del riesgo de acuerdo a las frecuencias establecidas y como mínimo una vez cada 12 meses. **34).** Realizar detección temprana de cáncer de cuello uterino y mama, informando a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 oportunamente los resultados para definir plan de manejo. **35).** Destinar los recursos entregados para la ejecución de los servicios contratados, velando en todo momento por el manejo acertado, correcto y racional de los mismos. **36).** Cumplir con la oportunidad pactada en la prestación de los servicios objeto del presente contrato. **37).** Identificar complicaciones derivadas de la atención, y en caso de requerir otro nivel de complejidad, informar a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, este hecho. **38).** Solicitar autorización a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2de cualquier remisión de pacientes que se requiera efectuar a otro nivel de complejidad. **39).** Mantener vigente, durante todo el término de duración del contrato, su habilitación como prestador de servicios de salud e informar a más tardar al día hábil siguiente de la ocurrencia de cualquier modificación que se genere respecto de la habilitación. La Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 podrá verificar en cualquier momento la habilitación, las condiciones de prestación del servicio y las instalaciones del PRESTADOR. En este sentido, El PRESTADOR se obliga a declarar los servicios habilitados y reportar las novedades frente a los mismos a los órganos de control; cualquier incumplimiento de esta obligación constituirá causal válida de terminación unilateral del contrato por parte de LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, sin perjuicio de las acciones a que haya lugar. **40).** Suministrar en forma oportuna y por el medio más expedito a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 la información para responder las peticiones, quejas y reclamos de los afiliados y de las Entidades de Control y/o Autoridades Judiciales, y en general dar respuesta escrita a las solicitudes que formule LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 con ocasión de la ejecución del contrato, en un término no superior a cinco (5) días hábiles o en el término dispuesto por la entidad de control y/o autoridad judicial. **41).** Apoyar y facilitar las labores de auditoría, supervisión, evaluación y control que LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 realice en forma directa, asistiendo y participando de los comités que cite LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 y/o en aquellos que acuerden las partes. Las recomendaciones que se deriven de dichos comités deben ser implementadas por el PRESTADOR, quien deberá informar a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 la implementación de las recomendaciones dentro del mes siguiente a su solicitud. **42).** Informar oportunamente a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 los casos de presunta suplantación o fraude de usuarios y prestar toda su colaboración en la prevención y seguimiento de fraudes, así como en la identificación y obtención de materiales probatorios. **43).** Suministrar oportunamente la información relacionada con la prestación de servicios de salud derivada de accidentes de tránsito y enfermedades catastróficas. **44).** Informar cuando se presente a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 sobre el fallecimiento de usuarios que se produzca en sus instalaciones o bajo su tratamiento al correo electrónico que se designe para tal efecto, adjuntando copia del certificado de defunción. Sin perjuicio del reporte que se debe realizar a través de la herramienta SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud de conformidad con la normatividad vigente. **45).** Proveer la información solicitada de forma clara, y oportuna conforme a los plazos establecidos, tal y como lo dispone el artículo 114 de la Ley 1438 del 2011. **46).** Permitir a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 la consulta de la información relacionada con el estado de salud y la prestación de los servicios a los afiliados de La Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, facilitando copia de la historia clínica y anexos de ésta, en medio magnético o físico, con el fin de dar trámite a requerimientos judiciales y prejudiciales, requerimientos de autoridades administrativas y labores de auditoría médica efectuada por LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2. Así mismo, el PRESTADOR se compromete a suministrar la copia de la historia clínica a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, dentro de los plazos impuestos por la autoridad Judicial o Administrativa. **47).** Suministrar mensualmente, con la radicación de la cuenta de cobro, los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), para dar cumplimiento a las obligaciones y condiciones delimitadas en el parágrafo 2º del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007 y demás normas que lo adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan. **48).** El PRESTADOR permitirá que LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 consulte información relacionada con el PAMEC y el SIC en el marco del SOGC, de acuerdo a la normatividad vigente y a las que lo modifiquen o sustituyan. Enviar copia de la notificación de los eventos de vigilancia y salud pública, con el fin de obtener oportunidad en la información de los eventos sujetos a vigilancia. Esta notificación se reporta los lunes o el primer día hábil, en caso de festivo, de cada semana, al correo electrónico que disponga para tal efecto LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2. Lo anterior no exime al PRESTADOR del cumplimiento del Decreto 3518 de 2006, en cuanto a los reportes de estos eventos. **49).** Cumplir con las medidas de atención y reporte a las autoridades competentes de los casos de violencia de acuerdo a lo establecido en la Ley 1257 de 2008, Decreto 4796 y 4799 de 2011, Decreto 2734 de 2012 y la Resolución 459 de 2012 y demás normas que las adicionen, sustituyas o modifiquen. **50).** Realizar consulta externa ambulatoria para las víctimas de violencia sexual sin distingo de sexo, edad, raza, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social. Para eso se debe registrar las acciones de la víctima que puedan tener implicaciones médico-legales y los demás registros, según el reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual, según la Resolución 459 de 2012. **51).** El PRESTADOR autoriza la inclusión de su nombre en el cuadro de prestadores adscritos a la red de servicios de salud de LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, incluyendo en él su dirección, portafolio de servicios ofrecidos u otras características especiales y permitirá el uso de elementos publicitarios e informativos de LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 en las instalaciones del PRESTADOR, en el lugar y de la forma definida de común acuerdo entre las partes. **52).** El

PRESTADOR deberá abstenerse de prestar, prescribir o realizar con cargo a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 los servicios correspondientes a aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como tratamientos médicos, quirúrgicos o terapéuticos que involucren medicamentos no aprobados por el INVIMA y/o esquemas terapéuticos o protocolos de atención no aprobados por las sociedades científicas. Tampoco aquellos considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y en general, aquellos no autorizados, previo el cumplimiento de los trámites legales requeridos. **53).** Incluir a sus trabajadores al régimen de seguridad social Integral y mantener su vinculación; el PRESTADOR será el único responsable por la asunción de los costos de afiliación y vinculación permanente. El PRESTADOR deberá remitir certificación suscrita por el revisor fiscal o contador y el representante legal, en la cual se indique el cumplimiento de esta obligación. **54).** El servicio farmacéutico debe manejarse de acuerdo a lo prescrito por el Decreto 2200 de 2005 y la Resolución 1403 de 2007 y demás normas que lo modifiquen, sustituyan o complementen. **55).** Someterse a la codificación estipulada por la norma vigente, código único de medicamentos (CUM), es decir los medicamentos deben ser identificados de ésta manera, desde el momento de la oferta hasta el pago de la factura. **56).** Todas las actuaciones del PRESTADOR deben sujetarse a las normas de regulación de precios de medicamentos expedidas por el Gobierno Nacional. **57).** En caso que durante la vigencia del contrato se expida norma regulatoria para la elaboración, manejo y dispensación de insumos, El Oferente deberá acogerse a dicha normatividad, sin que sea necesario modificar el presente contrato. **58).** Diligenciar el consentimiento informado para cada paciente, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley y en la jurisprudencia. **59).** Brindar atención preferencial a las gestantes, recién nacidos, niños, niñas, adolescentes, discapacitados y adulto mayor en todos los servicios asistenciales y administrativos. Así mismo, proteger en todo momento los derechos constitucionales de las niñas, niños y adolescentes, en especial, los referentes a la salud y a la vida en condiciones de calidad y de dignidad. **60).** Responder legalmente por cualquier perjuicio que le acaeciere al usuario durante su estancia o estadía en las instalaciones donde suministre servicios el PRESTADOR, atribuible a dolo o negligencia así sea levísima, previa orden judicial. **61).** Dar estricta aplicación a los procedimientos establecidos por la normatividad legal vigente respecto de la cadena de custodia, a saber, el artículo 255 de la Ley 906 de 2004, Resolución 06394 de 2004, Ley 1146 de 2007, Resolución 1776 de 2008 y demás normas que las modifiquen, adicionen, aclaren o sustituyan. **62).** Dar estricto cumplimiento a las normas sobre salud ocupacional. **63).** EL PRESTADOR se obliga a no emplear o usar los datos personales e información de los usuarios en fines diferentes al objeto del contrato, lo anterior sin perjuicio a lo establecido denominada como Protección de Datos Personales. **64).** EL PRESTADOR se compromete a permitir el ingreso de los auditores concurrentes a sus instalaciones, áreas o servicios, y se compromete a facilitar el proceso de auditoría concurrente de acuerdo con la normatividad vigente. **65).** EL PRESTADOR garantizará que el personal destinado para la ejecución del servicio contratado está debidamente capacitado, con la experiencia suficiente y necesaria, así como también, que cuenta con la debida autorización por el ente de control competente para desempeñar sus funciones. **66).** Garantizar la atención de recién nacidos, para lo cual deberá cumplir con lo establecido en los artículos 10, 23, 24 y 25 del Acuerdo 415 de 2009 de la CRES y demás normas que las modifiquen aclaren, adicionen o sustituyan. **67).** Cumplir con las exigencias legales y éticas del manejo de la Historia Clínica de los pacientes. **68).** EL PRESTADOR tendrá a cargo la retroalimentación y actualización de las historias clínicas, la cual deberá diligenciar con la información de los pacientes de forma clara, veraz y acertada. Adicionalmente, el PRESTADOR se obliga a registrar las novedades que se presenten con ocasión a la atención prestada por ésta. En virtud de lo anterior, el PRESTADOR deberá responder ante LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 por inexactitudes, confusiones, datos incorrectos y no actualizados, así como, las demás inconsistencias que conlleven a error a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 o a cualquier tercero. **69).** EL PRESTADOR se obliga a presentar y suministrar información veraz. **70).** Presentar los informes a la Dirección o Coordinación Departamental o al área del nivel Nacional competente en la periodicidad que solicite La Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 y/o conforme lo dispuesto en el presente contrato y sus anexos. **71).** No usar el nombre de La Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 para justificar ante sus proveedores o terceros el cumplimiento de sus obligaciones u otros asuntos internos. **72).** EL PRESTADOR garantizará que los servicios contratados en el presente contrato, sean acordes y complementarios con el nivel de complejidad que requiere cada procedimiento. **73).** Los medicamentos que sean prescritos a los afiliados y beneficiarios de La Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 por parte de los profesionales de la salud del PRESTADOR, deberán cumplir con los requisitos establecidos en el Artículo 17 del Decreto 2200 de 2005 que regula la prestación del servicio farmacéutico, incorporando en cada formulación como mínimo los siguientes datos: 1. Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica. 2. Lugar y fecha de la prescripción. 3. Nombre del paciente y documento de identificación. 4. Número de la historia clínica. 5. Tipo de usuario (subsidiado) 6. Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico). 7. Concentración y forma farmacéutica. 8. Vía de administración. 9. Dosis y frecuencia de administración. 10. Período de duración del tratamiento. 11. Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras. 12. Indicaciones que a su juicio considere el prescriptor. 13. Vigencia de la prescripción. 14. Nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional, así como la norma que adicione, modifique, aclare o sustituya la normatividad aquí señalada. **74).** Es obligación por parte del CONTRATISTA publicar en la página de Contratación SECOP II, (en el proceso de referencia) la factura y/ o cuenta de cobro (incluyendo parafiscales), antes de que finalice la fecha límite, la cual se relaciona más adelante. De no publicar la factura, no se podrá dar trámite a la misma para ser obligada; de acuerdo a lo establecido en la GUIA RAPIDA DE GESTION CONTRACTUAL PARA PROVEEDORES EN EL SECOP II, en el punto IV. Envío de Facturas. **75).**

El CONTRATISTA deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020. **76).** El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional. **77).** El contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial. **78).** Las demás obligaciones que de la naturaleza del presente contrato se deriven o impongan las normas legales. **79).** Es obligación por parte del CONTRATISTA publicar en la página de Contratación SECOP II, (en el proceso de referencia) la factura y/ o cuenta de cobro (incluyendo parafiscales), antes de que finalice la fecha límite, la cual se relaciona más adelante. De no publicar la factura, no se podrá dar trámite a la misma para ser obligada; de acuerdo a lo establecido en la GUIA RAPIDA DE GESTION CONTRACTUAL PARA PROVEEDORES EN EL SECOP II, en el punto IV. Envío de Facturas. ***DECIMA PRIMERA. INFORMACIÓN QUE EL CONTRATISTA DEBE SUMINISTRAR A LA UPRES DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO***: 1.) Notificar al supervisor del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato. 2.) Informar al supervisor del contrato cuando se haya ejecutado en un cincuenta 50% y en un setenta 70% el valor del contrato. 3.) Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Jefatura de la UPRES o el ordenador del gasto. 4. ***DECIMA SEGUNDA. INEXISTENCIA DEL VÍNCULO LABORAL –*** El presente contrato no genera relación laboral alguna entre el Contratante y los empleados que el Contratista ocupe en el cumplimiento del objeto Contractual. Por lo tanto, los salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones del personal del Contratista, son de responsabilidad exclusiva del mismo. ***DECIMA TERCERA DERECHOS DE LA POLICÍA NACIONAL*****:** Supervisar el desarrollo y ejecución del presente contrato, y acceder a los documentos e información que soportan la labor del **CONTRATISTA**. ***DECIMA CUARTA-OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE (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 Interventor, a través de quien la **Regional de Aseguramiento en Salud No. 2**, mantendrá la interlocución permanente y directa con **el CONTRATISTA**. **3)** Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del Supervisor de la interventoría, exigiéndole la ejecución idónea y oportuna del objeto a contratar. **4.)** Recibir a satisfacción los bienes 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 "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 Interventor 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 servicio y demás del **CONTRATISTA** en desarrollo del objeto del contractual. **9.)** Rechazar los servicios cuando no cumpla con los requerimientos técnicos exigidos. **DÉCIMA QUINTA: INDEMNIDAD:** El CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a la POLICÍA NACIONAL de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa sus actuaciones. ***DÉCIMA SEXTA. RESERVA DEL PRESENTE CONTRATO*****:** El CONTRATISTA se obliga para con la POLICÍA NACIONAL a no suministrar ninguna clase de información o detalle a terceros y a mantener como documentación reservada, todos los aspectos que conozca en el cumplimiento del presente contrato, así como los asuntos técnicos e instalaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 2, conocidos o que llegaren a ser conocidos por el contratista, durante el desarrollo con posterioridad a la ejecución del contrato. ***DECIMA SEPTIMA.*** **MONEDA DEL CONTRATO:** La moneda del presente contrato es la indicada en el anexo No.1 DATOS DEL CONTRATO. **DECIMA OCTAVA. CESIONES Y SUBCONTRATOS:** El CONTRATISTA no podrá ceder en todo o en parte el presente contrato a persona alguna natural o jurídica, nacional o extranjera, sin previa autorización escrita de la POLICÍA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMEINTO EN SALUD No.2, pudiendo esta reservarse las razones que tenga para negar dicha autorización. La celebración de subcontratos no relevará al CONTRATISTA de las responsabilidades que asume en virtud del presente contrato. La POLICÍA no adquirirá relación alguna con los Subcontratistas. **DECIMA NOVENA. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** El CONTRATISTA declara bajo la gravedad del juramento, la cual se entenderá cumplida con la suscripción del presente Contrato, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad señaladas en la ley. **VIGESIMA. SUSPENSIÓN TEMPORAL:** Las partes podrán suspender temporalmente el plazo de ejecución del contrato, cuando se presenten causas que impidan la ejecución temporal o transitoria, por

ocurrencia de un imprevisto o hecho inevitable, una vez establecida en debida forma la causal se suscribirá una acta entre las partes, donde conste el evento, su causa, el término de la suspensión y aquellas previsiones que se consideren necesario consignar. El tiempo de suspensión no se computara para los efectos del plazo extintivo del presente contrato. Para el reinicio de la ejecución y, superada la situación que originó la suspensión del plazo de ejecución, se suscribirá la correspondiente acta de reinicio. **VIGESIMA PRIMERA. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** Si con ocasión del desarrollo y ejecución del contrato sugieren diferencias o discrepancias entre las partes, estas se comprometen a utilizar los mecanismos de solución directa previstos en el artículo 68 de la Ley 80 de 1993. **VIGÉSIMA SEGUNDA. PERFECCIONAMIENTO, LEGALIZACIÓN Y EJECUCIÓN:** Para el perfeccionamiento del presente contrato se requiere de las firmas de las partes y del correspondiente registro presupuestal. **VIGÉSIMA TERCERA. DOCUMENTOS:** Entre otros, los documentos que a continuación se relacionan se consideran para todos los efectos parte integrante del presente contrato y en consecuencia producen sus mismos efectos u obligaciones jurídicas y contractuales: **1.)** Invitación a presentar oferta. **2.)** Propuesta del Contratista en aquellas partes aceptadas por la POLICÍA NACIONAL-REGIONAL DE ASEGURAMEINTO EN SALUD No.2 **3).** Anexos del contrato. **4.)** Documentos que suscriban las partes. **VIGÉSIMA CUARTA. IMPUESTOS:** El CONTRATISTA pagará todos los impuestos, tasas, contribuciones y similares que se deriven de la ejecución del contrato, de conformidad con la ley colombiana. **VIGÉSIMA QUINTA. LIQUIDACIÓN:** El presente contrato se podrá liquidar de conformidad con lo señalado en los artículos 60 de la Ley 80 de 1993 y artículo 11 de la Ley 1150 de 2007. **VIGÉSIMA SEXTA. VEEDURÍAS CIUDADANAS:** el presente contrato está sujeto a la vigilancia y control ciudadano, en los términos que señala el artículo 66 de la Ley 80 de 1993. **VIGÉSIMA SEPTIMA. RÉGIMEN LEGAL:** Este contrato se regirá por el Estatuto General de Contratación Administrativa vigente y sus decretos reglamentarios, las leyes de presupuesto, en general las normas civiles y comerciales vigentes, las demás normas concordantes que rijan o lleguen a regir los aspectos del presente contrato y las disposiciones de la Policía Nacional que apliquen. **VIGESIMA OCTAVA: DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para todos los efectos, las partes acuerdan como domicilio contractual la ciudad de Neiva, para constancia de lo anterior, se firma en un (1) original y copia en Neiva- Huila a los

LA POLICÍA NACIONAL

JOSE FERNANDO LEON AGUDELO
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 2

CONTRATISTA

Señor **xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx**
C.C. N° xxxxxxxxxxx expedida en xxxxxxxxxxx
Representante Legal

Proyectado por: IT. Jorge Raúl Rojas Espinel / Analista de contratos
Revisado por: CT. Mayerline Olave Cubides / Jefe Oficina de Contratos
CT. Ciro Andres Correa Hermida / Jefe Área Administrativa RASES2
CT. Momnica maria Mojica Serrano/ Jefe UPRES Huila
Aprobado por: CPS. Laura Victoria Bernal Lugo/ Oficina Jurídica
Fecha de Elaboración: Junio 2023

Carrera 22 sur Nº 26ª - 21 Barrio Fronteras del Milenio
Teléfono. 8630065 ext 6418
deuil.upres-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

ANEXO No.1 "DATOS DEL CONTRATO"

CONTRATO	**85-5-XXXXX-23**
CONTRATANTE	LA NACIÓN- POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2
REPRESENTANTE LEGAL Y/O DELEGADO	**XX-X-XXXXX-XX**
CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	X.XXX.XXX.XXX de XXXX XXXX.
CARGO	Jefe Regional deAseguramiento en Salud No.2
DISPOSICIÓN DE NOMBRAMIENTO	Orden Interna No. 176 de fecha 16 de noviembre de 2022
RESOLUCIÓN DE DELEGACIÓN	Resolución No. 00684 del 18-03-2022
CONTRATISTA	**NOMBRE:** XXXXXXXX **NIT:** XXX.XXX.XXX. **REPRESENTANTE LEGAL:** XXX XXX XXX XXX **DOC. IDENTIDAD**: C.C. **CIUDAD NOTIFICACIÓN:** XXX XXX **DIRECCIÓN:** XXX XXX XXX **TELÉFONO: XXXX** **E-MAIL: XXXX**
CONSIDERANDOS	Que el presente contrato se deriva del proceso de selección adelantado mediante la modalidad de Contratación directa, No. **PN RASES No. 2 CD 039 2023,** Contratación Directa – Contrato interadministrativo: Artículo 2, numeral 4, literal C de la Ley 1150 de 2007, modificado por el artículo 92 de la Ley 1474 de 2011.
SUPERVISOR DEL CONTRATO	El supervisor del contrato será designado por el Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 2, quien verificará la idoneidad del futuro supervisor para el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo con las funciones asignadas para el efecto en la Resolución 00090 del 15 de enero de 2018 *"Por la cual se actualiza, modifica y complementa el manual de contratación de la policía nacional, adoptado mediante resolución 03049 de 2014"*, y la Ley 1474 del 12 de julio de 2011 *"Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública"*, entre otras normas.
CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO	**PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIO, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 2 EN LOS MUNICIPIOS DE IQUIRA Y CAMPOALEGRE EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA.**
CLAUSULA TERCERA. - VALOR	El valor global para la celebración del contrato es por la suma **XXXXXXXXXXXX,** correspondientes al presupuesto de la vigencia fiscal 2023.
CLAUSULA CUARTA. - FORMA DE PAGO	La Regional de Aseguramiento en Salud No. 2, pagará al **CONTRATISTA** el valor del contrato que resulte del presente proceso, en la ciudad de Neiva, de manera mensual, dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previa presentación de la factura electrónica, conforme lo establecido en el Decreto 2245 de 2015, Resolución 042 de 2020, Resolución 084 y 506 de 2021, Decreto 441 de 2022 (*este ultimo, sujeto a los lineamientos que emita la Dirección de Sanidad*", teniendo en cuenta concepto respecto de la aplicación de la norma referida) y demás normas que las adiciones, aclaren o modifique acompañada de formato 2BS-FR-0045 Constancia Recibo a Satisfacción de Bienes o Servicios (**RAS**) **original firmado** de los servicios prestados, expedida por parte del supervisor del contrato junto con la acreditación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, pensiones y riesgos profesionales. Respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016 y demás normatividad vigente. En el evento en el que la facturación la efectúe el consorcio o unión temporal bajo su propio NIT, de conformidad con lo establecido en el artículo 11 del Decreto 3050 de 1997 y demás normas que lo complementen, modifiquen o adicionen; la factura, además de señalar el porcentaje o valor del ingreso que corresponda a cada uno de los miembros del consorcio o

unión temporal, indicará el nombre o razón social y el NIT de cada uno de ellos. Estas facturas deberán cumplir los requisitos señalados en las disposiciones legales y reglamentarias.

Los documentos deben radicar los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes cuando se trate con contrato, para los servicios sin respaldo presupuestal (sin contrato - urgencia médica) deben ser entregadas en medio físico los primeros diez (10) días calendario de cada mes, ante la Ventanilla Única-Central de Cuentas del Grupo de Apoyo Administrativo de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 2, donde de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1150 de 2007 "Derecho a Turno", se le asignará un número de radicación. En caso que el CONTRATISTA presente los documentos requeridos para el pago después del día seis (6) del mes siguiente, los pagos se realizarán dentro de los (60) días hábiles siguientes a la fecha de la radicación. En todo caso, los pagos están sujetos a la disponibilidad de PAC y ubicación de los recursos por parte del Nivel Central**.**

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

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

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

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

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

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

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

Según los servicios se autorizan de la siguiente manera así:

REFERENCIA y CONTRAREFERENCIA NACIONAL

Autorización Atención inicial de Urgencia

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

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

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

  DISAN.GRISS-CRF@POLICIA.GOV.CO

  CELULAR REFERENCIA NACIONAL: 3505546128 - 3504131671

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

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

REFERENCIA y CONTRAREFERENCIA HUILA

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

SERVICIOS QUE AUTORIZA REFERENCIA HUILA:

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

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

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

- Factura (de acuerdo a la normatividad establecida y los requisitos de Ley artículos 616- 1,616-3 617 y 618 E. T; artículos 772, 773, 774 Código de Comercio, Modificado Ley 1231 de 2008), este documento debe estar a nombre de la unidad de Sanidad, con el respectivo NIT y soportes de conformidad con lo establecido en la Resolución 3047 de 2008 MINSALUD, Instructivo 013 de 2013 – DISAN o la norma que la adicione, modifique o sustituya.
- Teniendo en cuenta el Decreto 2242 de 2015 “por el cual se reglamentan las condiciones de expedición e interoperabilidad de la factura electrónica con fines de

masificación y control fiscal" en el Artículo 3.- punto 2 – parágrafo 1, que a la letra dice: **"**el obligado a facturar electrónicamente deberá entregar al adquiriente una representación gráfica de la factura electrónica en formato impreso o en formato digital…"las unidades de la Dirección de Sanidad, deberán verificar si los proveedores están obligados a facturar electrónicamente y cumplan con el protocolo de habilitación como facturador electrónico según indicaciones del Decreto en mención.

- Planilla de radicación de pacientes en formato especificado sin ser modificado. (1AR-FR-0028 RADICACION DE CUENTAS MÉDICAS) de forma física y al correo electrónico en formato EXCEL deuil.upres-cue@policia.gov.co y/o al correo electrónico del funcionario que actualmente este a cargo de la Ventanilla Única-Radicación de Cuentas Medicas - Central de Cuentas del Grupo de Apoyo Administrativo de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 2; El valor total e individual de la planilla debe corresponder a los valores de las facturas físicas, el formato está compuesta por los siguientes datos así:

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

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

- De acuerdo a la ley 594 del 2.000 por la cual se establece la Ley General de Archivo, la cuenta debe llegar en carpeta preferiblemente de las indicaciones de la institución, (carpeta blanca con 4 alas) sin ningún tipo de ganchos, documentos sin ser perforados, foliada en la parte superior derecha con lápiz No. 2 a partir del consecutivo No. 7 máximo hasta 200 folios por carpeta; de igual forma se aclara que cada cuenta debe venir en una carpeta diferente, independientemente si los folios de las misma son una cantidad mínima. Si la cuenta de cobro sobrepasa los 200 folios ésta debe dividirse en varias carpetas y continuar con el consecutivo de foliación del primer tomo, **las hojas de menor dimensión al de tamaño carta debe ir pegado en una hoja completo bien sea carta u oficio.**
- El oferente a quien se le adjudique el presente proceso deberá cargar la respectiva cuenta de cobro en la PLATAFORMA SECOP II con el fin de que ésta sea verificada por el supervisor del contrato y poder realizar el respectivo pago".
- Adicionalmente, se solicitan los siguientes soportes en las cuentas de URGENCIAS MÉDICAS:
  - Formato de información a terceros.
  - Certificación bancaria.
  - Fotocopia del RUT.
  - Fotocopia cédula representante legal.
  - Notificación de la urgencia o autorización por parte de referencia y contra referencia de la unidad.
- Listado adicional de soportes según el tipo de servicio facturado, conforme al anexo No.5 de la Resolución 3047 de 2008.

NOTA 1: El contratante dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.
NOTA 2: El derecho de turno es el orden que la administración tendrá en cuenta para el pago de acuerdo con lo establecido en el artículo 8 numeral 1 de la ley 1150 de 2007, "*por medio de la cual se introducen medidas para la eficiencia y la transparencia en la Ley 80 de 1993 y se dictan otras disposiciones generales sobre la contratación con Recursos Públicos".*

PROCEDIMIENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA EMISIÓN DEL RAS

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

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

SOPORTES DE LAS FACTURAS PARA EL MECANISMO DE PAGO

SOPORTES DE FACTURAS SEGÚN TIPO DE SERVICIO PRESTADO

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

Consultas ambulatorias:

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

Servicios odontológicos ambulatorios:

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

Exámenes de laboratorio, imágenes y otras ayudas diagnósticas ambulatorias:

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

Procedimientos terapéuticos ambulatorios:

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

Medicamentos de uso ambulatorio:

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

Ambulancia:

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

Honorarios profesionales:

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

	DOCUMENTOS ADICIONALES PARA EL MECANISMO DE PAGO • Factura electrónica (cumplimiento al decreto 2242 de 2015) (por paciente). • 2BS-FR-0045 Constancia Recibo a Satisfacción de Bienes o Servicios (emitido por supervisor). • Certificados de pagos parafiscales y seguridad social (actualizada). • Certificado de antecedentes disciplinarios y tarjeta profesional (contador y/o revisor fiscal) • Anexar impresa el soporte de PRE-RADICADO de RIPS. • Orden de remisión (red propia) al servicio de Oftalmología especializada (firmado por paciente o acudiente) y boleta quirúrgica (en casos de procedimientos quirúrgicos realizados). • Evolución, epicrisis u otro documento impreso del SISAP donde conste la atención al usuario (firmado por paciente o acudiente), en caso de consulta y/o procedimientos quirúrgicos. • Acreditación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales; respecto al pago de parafiscales se aplicará lo establecido en la normatividad vigente. Una vez estén radicadas en el módulo, las facturas físicas deben traer el pre-radicado impreso como tapa de las facturas a entregar. Es importante mencionar que de conformidad con el sistema de tributación en Colombia cuyos principios y preceptos normativos son exigidos por el Estatuto Tributario, el cual por tratarse de una norma procedimental, tiene aplicabilidad en todos los impuestos (nacionales, departamentales y municipales); así mismo hay que tener en cuenta que es deber del estado actuar como agente retenedor en el recaudo de los impuestos a título de anticipo por intermedio de los establecimientos públicos del orden nacional. Por lo anterior es importante mencionar la responsabilidad del Unidad prestadora de salud Caquetá en la aplicabilidad de estos gravámenes a las tarifas establecidas según cada concepto de retención y de acuerdo con la clasificación o tipo de contribuyente. (Retención en la fuente, Retención en la fuente por IVA, Retención del impuesto de industria y comercio y Sobretasa bomberil). **PARÁGRAFO 1: AUDITORIA DE CUENTAS** La facturación presentada estará sujeta a la auditoría de cuentas, para lo cual el responsable de la ventanilla Única - central de cuentas de cada unidad (Regional de Aseguramiento en Salud N°2), tramitará la cuenta acompañada del recibo a satisfacción técnico, para que se realice la auditoria, según los tiempos estipulados en el Artículo 57 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011. **PARÁGRAFO 2: TRAMITE DE GLOSAS** En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad con los tiempos establecidos en el Artículo 57 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011. **PARÀGRAFO 3: CONCILIACION DE GLOSAS** En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitarán de conformidad con lo establecido en el ARTÍCULO 57 DE LA LEY 1438 del 19 de enero de 2011. Donde se encuentra estipulado que posterior a la notificación de la glosa el contratista tendrá quince (15) días hábiles para indicar aceptación o justificación de la no aceptación. Dentro de los siete (7) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta de glosa la auditoría de cuentas decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas, en caso tal de reiterarse la glosa se proceder a citar para conciliación de estas al contratista en los siguientes quince (15) días hábiles a la recepción de la misma por el contratante, la cual se hará por escrito. Si no se llegara a una conciliación efectiva en la Regional o UPRES, la siguiente instancia es el Grupo de Auditoría Médica de la Dirección de Sanidad **3. LINEAMIENTOS DE LA FACTURACIÓN ELECTRÓNICA** Dando cumplimiento al decreto 2242 de 2015, la Resolución No 000020 de 26-03-2019 expedida por la Dirección de Impuesto y Aduanas Nacionales DIAN y circular CR-016 Proceso de Recepción de Facturas Electrónicas de Venta, Notas Débito y notas Crédito, expedida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION FINANCIERA SIIF NACION). Se permite informar que las facturas electrónicas emitidas por las entidades prestadoras de bienes y/o servicios deben facturar bien sea por competencia de la RASES 2, de acuerdo al

	contrato que se haya adjudicado, y/o en su defecto si los servicios son denominados urgencia médica. Con la unidad que a continuación se relaciona así: RAZON SOCIAL: **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 (RASES No. 2)** NIT No.: 900419719 DIRECCION: CRA 22 SUR No 26ª-21 Barrio Fronteras del Milenio TELEFONO: 8630065 EXT 6419 CORREO ELECTRONICO: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD **PCI: 16-01-02-041** • Utiliza el formato electrónico de generación XML estándar establecido por la DIAN. • Lleva la numeración consecutiva autorizada por la DIAN. • Cumple con los requisitos del art. 617 del ET y discrimina el impuesto al consumo cuando es el caso. • Incluye la firma digital o electrónica para garantizar autenticidad integridad y no repudio de la factura electrónica, de acuerdo con la política de firma adoptada por la DIAN. • Incluye el Código Único de Factura Electrónica CUFE. • Diligenciar en la sección de la factura Datos del Emisor, en el campo "correo" la dirección electrónica, en donde le será notificado en caso de existir fallas en la validación del correo. • **Registrar en la sección de la factura Datos del Adquiriente en el campo "Correo", el buzón electrónico** siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co**, dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con el fin que, una vez generada la factura electrónica a través del medio seleccionado, éste la envíe automáticamente.** • Generar factura obteniendo el contenedor electrónico -Documento .ZIP (PDF, XML). • En la sección de la factura **NOTA O OBSERVACIONES** la entidad debe digitar los siguiente: **#$** luego el código de identificación de la entidad **PCI** a la cual le va a enviar la factura; número contrato, correo del supervisor, finalizando con **#$,** debidamente separados por punto y coma sin espacios, según ej. Adjunto **#$16-01-02-041;85-5-20019-2020;correo supervisor#$** • ***Nota importante:*** De no darse el envío automático por parte del proveedor o contratista desde el operador tecnológico autorizado, solución gratuita de la DIAN o software propio, descrito en el numeral 4, estos podrán remitir la factura al buzón indicado para tal fin. Generar factura obteniendo el contenedor electrónico -Documento .Zip (PDF, XML).  Desde cualquier correo electrónico, puede enviar al buzón electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el contenedor electrónico -Documento .Zip (PDF, XML), referenciando en el asunto de este correo el código de identificación de la entidad a la cual le va a enviar la factura, datos del contrato, y correo del supervisor, debidamente separados por punto y coma, sin espacios según ej. Adjunto: **16-01-02-041;85-7-20033-2020;pepito.perez@correo.policia.gov.co** El contratista o proveedor, una vez haga su factura electrónica de venta tal como se indica, Le llegara una notificación de factura electrónica de la entidad al correo electrónico del supervisor, indicando o notificando que tiene un documento pendiente por aprobar en la plataforma Olimpia, que por obligación el supervisor debe ingresar a la plataforma Olimpia, y es donde el supervisor verifica la factura para que sea rechazada o aprobada la factura, una vez haga el paso por parte del supervisor de rechazo o aprobación, la entidad debe estar atento si le llega notificación de que aprobaron o rechazaron la factura, si la factura es rechazada el supervisor debe justificar el rechazo, pero si es aprobada puede proceder a radicar en físico la factura con todos sus soportes normales como han estado haciendo ante la oficina Central de Cuentas de la RASES No. 2.

	Una vez radicada la factura por parte del adjudicatario contratista, el supervisor del contrato dentro de los (2) días hábiles siguientes a su recepción, deberá revisar los documentos y soportes para expedir el Recibo a Satisfacción Técnico-Económico y devolver la cuenta junto con los soportes a la Central de Cuentas para continuar con el trámite de pago respectivo. El recibo a satisfacción, aunque se encuentre suscrito por el supervisor del contrato, no implica el recibo o aprobación definitiva por parte de la POLICIA NACIONAL y, por consiguiente, no exime al CONTRATISTA de su responsabilidad en cuanto a la calidad del bien o de cualquier otra obligación contractual o de responsabilidad civil. Teniendo en cuenta lo anterior, se hace claridad a la facturación electrónica, los contratistas prestadores de bienes y/o servicios, una vez envíen la factura electrónica al correo antes mencionado, deberá seguir radicando físicamente como se ha venido haciendo en la oficina de Central de Cuentas RASES No. 2, factura original con sus respectivos soportes originales y firmado a que haya lugar. **CAUSALES DE NO PAGO**: • Todo servicio ambulatorio (primera vez o control) que no cuente con formato de autorización por parte de la central de autorizaciones de la Unidad Prestadora de Salud Huila y la central de autorizaciones de referencia Nacional de la Dirección de Sanidad. • Toda urgencia, que no cuente con código de notificación por parte de la central de autorización de Referencia y Contrarreferencia, salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 4747 MINPROTECCIÓN de 2007 y Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008. • Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de notificación previstos en el Decreto 4747/2007. • Todo procedimiento adicional no autorizado, salvo que se haya prestado atendiendo un riesgo inminente para la vida del paciente. • El contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes ***cinco días a su ocurrencia***, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de salud derivados del evento adverso. (Dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-006 Reporte de Incidentes y Eventos Adversos. • Bien o servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del Plan de beneficios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN), cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido reportado en el formato del Comité Técnico Científico CTC DISAN (El concepto de favorabilidad para estos casos que emita el CTC, obrará como herramienta de mejoramiento y supervisión, más no como causal de no pago). • Las contempladas en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, • Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen. • El incumplimiento al decreto 2242 de 2015, la Resolución No 000020 de 26-03-2019 expedida por la Dirección de Impuesto y Aduanas Nacionales DIAN y circular CR-016 Proceso de Recepción de Facturas Electrónicas de Venta, Notas Débito y notas Crédito, expedida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION FINANCIERA SIIF NACION). • El incumplimiento del Prestador del Servicio de Salud de la Red externa, no realice el cargue de los **Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)** en el módulo de radicación cuentas médicas de la Dirección de Sanidad, (RECUM). **NOTA - PLATAFORMA SECOP II:** El oferente a quien se le adjudique el presente proceso deberá cargar la respectiva cuenta de cobro en la PLATAFORMA SECOP II, con el fin de que esta sea verificada por el supervisor del contrato y poder realizar el respectivo pago. Si los documentos en referencia son devueltos por la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, por inconsistencias como la mala liquidación frente a los valores entre el contrato y la factura o la suma de la misma, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2, se obliga a la asignación nuevamente del turno, siempre y cuando se hubieren subsanado las observaciones y se haya cumplido con el tramite documental dentro del plazo indicado.

	Todas las demoras que se presenten por estos conceptos serán de responsabilidad del CONTRATISTA, quien no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza.
CLAUSULA QUINTA.- APROPIACIÓN PRESUPUESTAL	El presupuesto correspondiente están amparados con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. **38423 del 21/06/2023** para la presente vigencia expedido por el Jefe de Presupuesto de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 2, con los cuales se cancelarán las obligaciones de la vigencia 2023.
CLAUSULA SEXTA.- PLAZO Y FORMA DE EJECUCIÓN	El desarrollo de la ejecución del contrato que se suscriba, será hasta el **31 DE MAYO DE 2024**, tiempo durante el cual el oferente deberá dar cumplimiento a la prestación que se obliga. Dicho plazo iniciará a partir de la entrega de la carta de inicio de ejecución del contrato debidamente notificada al oferente. Será en forma de **TRACTO SUCESIVO** y, para la prestación de los servicios de salud contratados, deberá obrar autorización previa por parte de Referencia y Contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 2 y la Dirección de Sanidad por medio de plataforma SISAP WEB. Para tal efecto, el supervisor del contrato efectuará la coordinación de la prestación del servicio objeto del presente estudio previo, el cual se ejecutará en forma TOTAL hasta el cumplimiento del plazo de ejecución y/o hasta agotar el presupuesto por parte del Oferente, para lo cual el supervisor deberá realizar los informes de supervisión a que haya lugar de conformidad con lo consagrado en la Ley 1474 de 2011 y Resolución 00090 de 2018.
SÉPTIMA. VIGENCIA	La Vigencia del presente contrato será de cuatro (4) meses adicionales al plazo de ejecución establecido
CLAUSULA OCTAVA: LUGAR DE ENTREGA.	Los oferentes se comprometen a prestar el servicio objeto de la presente contratación en las instalaciones de las entidades así: • Empresa Social del Estado **HOSPITAL MARIA AUXILIADORA** de Iquira-Huila: Calle 2 Número 6-16 • Empresa Social del Estado **HOSPITAL DEL ROSARIO DE CAMPOALEGRE** de Campoalegre-Huila: Dirección: Cra 9 Número 32-50 Kilometro via Neiva Estas a su vez, deben estar debidamente habilitadas durante la vigencia del contrato para la prestación de los servicios de Salud, acorde con la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”.”
CLAUSULA DECIMA OCTAVA- MONEDA DEL CONTRATO	Pesos colombianos

LA POLICÍA NACIONAL

xxxxxx **XXXX XXXX XXXX XXXX**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 2

CONTRATISTA

Señor **xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx**
C.C. N° xxxxxxxxxxxx expedida en xxxxxxxxxxxx
Representante Legal

Proyectado por: IT. Jorge Raúl Rojas Espinel / Analista de contratos
Revisado por: CT. Mayerline Olave Cubides / Jefe Oficina de Contratos
CT. Ciro Andres Correa Hermida / Jefe Área Administrativa RASES2
CT. Monica Maria Mojica Serrano / Jefe UPRES Huila
Aprobado por: CPS. Laura Victoria Bernal Lugo/ Oficina Jurídica
Fecha de Elaboración: Junio 2023

Carrera 22 sur Nº 26ª - 21 Barrio Fronteras del Milenio
Teléfono. 8630065
deuil.upres-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

FORMULARIO OFERTA ECONOMICA

El oferente deberá diligenciar y presentar junto a su propuesta el siguiente formulario dependiendo del grupo al cual se presenta.

GRUPO 1	DESCRIPCIÓN	PRECIO Y/O TARIFA TECHO	PRECIO Y/O TARIFA OFERTADO
IQUIRA HUILA	**PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIO, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 2 DEL MUNICIPIO DE IQUIRA HUILA.**	Tarifas UVT pleno + 4% y tarifas institucionales	

_____

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

GRUPO 2	DESCRIPCIÓN	PRECIO Y/O TARIFA TECHO	PRECIO Y/O TARIFA OFERTADO
CAMPOALEGRE HUILA	**PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIO, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 2 DEL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE HUILA.**	Tarifas UVT pleno y tarifas institucionales	

_____

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

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.

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.

GRUPO I:
E.S.E HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DE IQUIRA

PROCEDIMIENTO

CÓDIGO - CUPS	DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTO	CUMPLE	NO CUMPLE
890701	Consulta de urgencias por medicina general		
5DS002	Derecho de sala de curaciones o procedimiento		
5DS003	Derecho de sala de pequeña cirugia (suturas)		
869500	Curación de Lesión en piel o tejido celular subcutáneo		
865102	Sutura de herida múltiple, en área general excepto cara (mas de tres o una extensa de 10CMS		
865101	Sutura de herida única, en área general		
180200	Drenaje de colección de conducto auditivo externo SOD.		
861101	Drenaje de colección superficial de piel y/o tejido celular subcutáneo por incisión o aspiración.		
981100	Extracción sin incisión de cuerpo extraño de conducto auditivo externo SOD.		
290301	Extracción cuerpo extraño enclavado en faringe (por vía externa)		
890305	consulta de control por enferemeria		
982101	Extracción de cuerpo extraño incrustado en conjuntiva por incisión Sod.		
861201	Extracción de cuerpo extraño en piel o tejido celular subcutáneo de área general por incisión		
982102	Extracción de cuerpo extraño superficial en córnea		
935304	Aplicación o cambio de yeso para inmovilización en miembro inferior muslo pierna o tobillo		
579400	Inserción de catéter urinario(vesical) Cateterismo vesical		
960200	Inserción de vía aérea orofaríngea		
965200	Lavado e irrigación de oídos		
963300	Lavado gástrico de limpieza		
862701	onicectomia		
897011	Monitoria fetal ante parto -sesión		
939402	Nebulizaciones c/u		
893812	Registro de oximetría cutánea		
10B001	Internacion compejidad baja habitacion unipersonal		
S11102	Internacion compejidad baja habitacion Bipersonal		
1OB003	Internacion compejidad baja habitacion 3 camas		
5DSB01	sala de observacion -urgencias-complejidad baja		
890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL		
735301	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA		
897012	monitoria fetal intraparto durante todo el trabajo de parto		
890601	cuidado y manjeo intrahospitalario por medicina general		
890203	Consulta de primera vez por odontología general		
890703	Consulta de urgencias por odontología general		
232102	Obturación dental con resina de fotocurado		
990113	eduacion grupal en salud por equipo interdisciplinario		
232401	Reconstrucción de ángulo incisal con resina de fotocurado		
230101	Exodoncia de diente permanente unirradicular		
231100	Exodoncia quirurgica uniradicular sod		
231200	exodoncia quirurugica multirradicular		
249100	Control de hemorragia dental pos quirúrgica SOD		
230201	Exodoncia diente temporal Unirradicular		
890303	Consulta de control o de seguimiento por odontología general		
270101	Incisión y drenaje intraoral en cavidad bucal		
232402	Reconstrucción tercio incisal, con resina de fotocurado		
232103	Obturación dental con ionómero de vidrio		
990212	Educación Individual en salud por higiene oral		
997300	Detartraje supragingival SOD		

997310	Control de placa Dental		
997103	Topicación de flúor		
997102	APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO		
903801	Ácido úrico en suero u otros fluidos		
901101	Baciloscopia coloracion acido alcohol resistente		
903809	Bilirrubina total y directa		
903816	Colesterol de baja densidad [LDL] enzimático		
903818	Colesterol total		
902214	Hemoparásitos extendido devgota gruesa		
907002	Coprológico		
903825	Creatinina en suero u otros fluidos		
902208	Hemograma II (hemoglobina hematocrito recuento de eritrocitos Índices eritrocitarios leucograma recuento de plaquetas e Índices plaquetarios) semiautomatizado		
904508	Embarazo; prueba cualitativa por (RIA; ELISA o en placa monoclonal)		
903841	Glucosa en suero u otro fluido diferente a orina		
903844	Glucosa curva de tolerancia 5 muestras		
901107	Coloración gram y lectura para cualquier muestra,		
902211	Hematocrito		
904921	Tiroxina Libre T4		
904903	Hormona estimulante del tiroides TSH NEONATAL		
911017	HEMOCLASIFICACIÓN GRUPO ABO, DIRECTA O GLOBULAR] POR MICROTÉCNICA		
911015	Hemoclasificación factor RH [Factor D)] por microtécnica		
903426	Hemoglobina glicosilada automatizada		
902213	Hemoglobina		
906317	Hepatitis B antígeno de superficie [Ag HBs]		
901305	Hongos; examen directo (KOH)		
903026	Microalbuminuria automatizada en orina parcial		
903856	Nitrógeno ureico		
907106	Uroanálisis		
902221	Recuento de plaquetas manual		
906128	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G POR EIA		
906130	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M POR EIA		
907009	Sangre oculta en materia fecal [guayaco o equivalente]		
906916	Prueba NO TREPONÉMICA manual		
906039	prueba palidiumanticuerpos Ig semiautomatizada o automatizada		
901304	Examen directo fresco de cualquier muestra		
903868	Triglicéridos		
902204	Eritrosedimentación [velocidad sedimentación globular - VSG]		
906243	Rubeola anticuerpos Ig M automatizado		
901235	urocultivo (antibiograma de disco)		
890201	Consulta primera vez medico general		
890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA		
906249	PRUEBA RAPIDA PARA VIH 1 Y 2 TERCER TRIMESTRE		
697101	Insercion DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO (DIU) SOD		
892901	Toma no quirurgica de muestra o tejido vaginal para estudio citologico		
898001	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN CITOLOGÍA VAGINAL TUMORAL O FUNCIONAL		
881431	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSABDOMINAL		
895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD		
901210	CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA		
903027	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS		
906225	Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
906241	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO		
906247	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
933700	ENTRENAMIENTO PRE, PERI Y POST PARTO SOD		
993120	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA TÉTANOS Y DIFTERIA [Td]		
990204	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERÍA		
993512	VACUNA CONTRA ROTAVIRUS		
993522	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN, PAROTIDITIS Y RUBEÓLA [SRP] (TRIPLE VIRAL)		
993501	VACUNA CONTRA POLIO VOP		
995202	ADMINISTRACIÓN VACUNA SARS CoV 2 [COVID-19]		
992901	APLICACION VITAMINA K RC		
993130	VACUNA PENTAVALENTE (DPT HB HIB)		
993510	VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA		
993102	VACUNACIÓN CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]		
993513	VACUNACIÓN CONTRA VIRUS Papiloma Humano [VPH]		
993520	VACUNACION SARAMPION-RUBEOLA(BIVALENTE)		
993122	VACUNA DPT		
993505	VACUNA ANTIRRABICA		
993105	ADMINISTRACIÓN DE TOXOIDE DIFTÉRICO		
993503	VACUNACIÓN CONTRA Hepatitis B		
993502	VACUNA CONTRA HEPATITIS A		

993504	VACUNA CONTRA FIEBRE AMARILLA		
993509	VACUNA CONTRA VARICELA		
993106	VACUNA CONTRA NEUMOCOCO		
861801	INSERCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS		
906270	SARS CoV2 [COVID-19] ANTICUERPOS Ig G		

INSUMOS

DESCRIPCIÓN INSUMO	CUMPLE	NOCUMPLE
AGUJA INSULINA PARA LAPICERO 32G X 4MM		
AMBU (RESUCITADOR) P/ADULTO		
AMBU (RESUCITADOR) P/NEONATO		
AMBU (RESUCITADOR) P/PEDIATRICO		
BOLSA RECOLECCION DE ORINA PEDIATRICA		
BOLSA RECOLECTORA DE ORINA CYSTOFLO 2000ML		
CANULA GUEDEL No. 0		
CANULA GUEDEL No. 1		
CANULA GUEDEL No. 2		
CANULA GUEDEL No. 3		
CANULA GUEDEL No. 4		
CANULA GUEDEL No. 5		
CANULA GUEDEL No. 6		
CANULA OXIGENO NASA PEDIATRICO		
CANULA OXIGENO NASAL ADULTO		
CATETER No. 14		
CATETER No. 16		
CATETER No. 18		
CATETER No. 20		
CATETER No. 22		
CATETER No. 24		
CATGUT CROMADO 4.0 C/GRAL 70CM Ref: U203T CT1		
CUELLO ORTOPEDICO ADULTO		
CUELLO ORTOPEDICO PEDIATRICO		
CUELLO ORTOPEDICO PERFIT ACE ADULTO		
CUELLO ORTOPEDICO PERFIT ACE PEDIATRICO		
ENEMA TRAVAD FOSFATO ORAL		
ENEMA TRAVAD FOSFATO RECTAL		
EQUIPO BURETROL		
EQUIPO MACROGOTEO S/A		
EQUIPO MICROGOTEO S/A		
FRASCO RECOLECTOR DE ORINA		
GLUCOMETRO DIGITAL		
HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO		
JERINGA 10CC 3P UNIDAD		
JERINGA 50CC 3P UNIDAD		
JERINGA 5CC 21X1 1/2 3P C*100 UNDS		
LANCETAS PARA GLUCOMETRO GLUNEO		
LLAVE DE TRES VIAS		
MASCARA LARINGEA 1.5		
MASCARA LARINGEA 1.5 EN SILICONA ESTERILIZABLE		
MASCARA LARINGEA 2.0		
MASCARA LARINGEA 2.0 EN SILICONA ESTERILIZABLE		
MASCARA LARINGEA 2.5		
MASCARA LARINGEA 3.0		
MASCARA LARINGEA 3.0 EN SILICONA ESTERILIZABLE		
MASCARA LARINGEA 4.0		
MASCARA LARINGEA 4.0 EN SILICONA ESTERILIZABLE		
MASCARA LARINGEA 5.0		
MASCARA LARINGEA DESECHABLE 2.5		
MASCARA LARINGEA ESTERILIZABLE 5.0		
MASCARA OXIGENO ADULTO		
MASCARA OXIGENO ADULTO CON RESERVORIO		
MASCARA OXIGENO PEDIATRICA		

MASCARA OXIGENO PEDIATRICA CON RESERVORIO		
MASCARILLA TIPO VENTURY ADULTOS		
MASCARILLA TIPO VENTURY PEDIATRICA		
MICRONEBULIZADOR ADULTO		
MICRONEBULIZADOR PEDIATRICO		
SEDA 2.0 75CM R. DS24 C/A 3/8 CIRCULO CORTANTE		
SEDA 2.0 C/PIEL 45CM R.185T		
SEDA 2.0 SA85T 75CM		
SEDA 3.0 C/PIEL 45CM R.184T		
SEDA 4.0 C/PIEL 45CM R.183T		
SEDA 5.0 C/PIEL 45CM R.182T		
SEDA NEGRA 6.0 REF:639T 45CM		
SOLUCION SALINA 0.9% BOLSA X 1000ML		
SOLUCION SALINA 0.9% BOLSA X 100ML		
SOLUCION SALINA 0.9% BOLSA X 250ML		
SOLUCION SALINA 0.9% BOLSA X 500ML		
SONDA FOLEY 10 DOS VIAS		
SONDA FOLEY 12 DOS VIAS		
SONDA FOLEY 14 DOS VIAS		
SONDA FOLEY 16 DOS VIAS		
SONDA FOLEY 18 DOS VIAS		
SONDA FOLEY 18 TRES VIAS		
SONDA FOLEY 20 DOS VIAS		
SONDA FOLEY 20 TRES VIAS		
SONDA FOLEY 20 TRES VIAS SILICONADA		
SONDA FOLEY 22 DOS VIAS		
SONDA FOLEY 22 TRES VIAS		
SONDA FOLEY 22 TRES VIAS SILICONADA		
SONDA FOLEY 24 DOS VIAS		
SONDA FOLEY 24 TRES VIAS		
SONDA FOLEY 6 DOS VIAS		
SONDA FOLEY 8 DOS VIAS		
SONDA LEVIN - NASOGASTRICA 10		
SONDA LEVIN - NASOGRASTICA 12		
SONDA LEVIN - NASOGRASTICA 14		
SONDA LEVIN - NASOGRASTICA 16		
SONDA LEVIN - NASOGRASTICA 18		
SONDA LEVIN - NASOGRASTICA 20		
SONDA LEVIN - NASOGRASTICA 5		
SONDA LEVIN - NASOGRASTICA 6		
SONDA LEVIN - NASOGRASTICA 8		
SONDA NELATON 10		
SONDA NELATON 12		
SONDA NELATON 14		
SONDA NELATON 16		
SONDA NELATON 18		
SONDA NELATON 20		
SONDA NELATON 22		
SONDA NELATON 4		
SONDA NELATON 5		
SONDA NELATON 6		
SONDA NELATON 8		
TAPON HEPARINIZADO UNIDAD		
TCU DE COBRE - DISPOSITIVO INTRAUTERINO		
TIRAS DE GLUCOMETRO GLUNEO		
TUBO ENDROTRAQUEAL 2.0 SIN BALON		
TUBO ENDROTRAQUEAL 2.5 CON BALON		
TUBO ENDROTRAQUEAL 2.5 SIN BALON		
TUBO ENDROTRAQUEAL 3.0 CON BALON		
TUBO ENDROTRAQUEAL 3.0 SIN BALON		
TUBO ENDROTRAQUEAL 3.5 CON BALON		
TUBO ENDROTRAQUEAL 3.5 SIN BALON		
TUBO ENDROTRAQUEAL 4.0 CON BALON		

TUBO ENDROTRAQUEAL 4.0 SIN BALON		
TUBO ENDROTRAQUEAL 4.5 CON BALON		
TUBO ENDROTRAQUEAL 4.5 SIN BALON		
TUBO ENDROTRAQUEAL 5.0 CON BALON		
TUBO ENDROTRAQUEAL 5.0 SIN BALON		
TUBO ENDROTRAQUEAL 5.5 CON BALON		
TUBO ENDROTRAQUEAL 5.5 SIN BALON		
TUBO ENDROTRAQUEAL 6.0 CON BALON		
TUBO ENDROTRAQUEAL 6.5 CON BALON		
TUBO ENDROTRAQUEAL 7.0 CON BALON		
TUBO ENDROTRAQUEAL 7.5 CON BALON		
TUBO ENDROTRAQUEAL 8.0 CON BALON		
TUBO ENDROTRAQUEAL 8.5 CON BALON		
TUBO ENDROTRAQUEAL 9.0 CON BALON		
TUBO ENDROTRAQUEAL 9.5 CON BALON		
VENDA DE ALGODÓN LAMINADO 4X5 UNIDAD		
VENDA DE YESO 4X5		
VENDA ELASTICA 4X5		

MEDICAMENTOS

CÓDIGO CUM	DESCRIPCIÓN MEDICAMENTO	PRESENTACION	CONCENTRACION	CUMPLE	NO CUMPLE
20065664-1	ABACAVIR 20 MG SUSPENSIÓN	SUSPENSION	20 MG		
19974946-1	ABACAVIR 300 MG	TABLETA	300 MG		
19929516-5	ACETAMINOFEN 150 MG SUSPENSION	JARABE	150 MG		
19935303-4	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA	TABLETA	500 MG		
209835-6	ACICLOVIR 200 MG TABLETA	TABLETA	200 MG		
19936296-8	ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG TAB	TABLETA	100 MG		
19966774-7	ACIDO ASCORBICO 200MG GOTAS	SUSPENSION	200MG GOTAS		
58111-19	ACIDO ASCORBICO MASTICABLE 500 MG	TABLETA	500 MG		
35662-18	ACIDO FOLICO 1 MG	TABLETA	1 MG		
20016549-119	ACIDO VALPROICO 250MG CAPSULA	CAPSULA	250MG		
42849-4	ADRENALINA (EPINEFRINA) 1 MG AMPOLLA	AMPOLLA	1 MG		
20041806-2	AGUA ESTERIL PARA INYECCION *5ML	AMPOLLA	5 ML		
230417-6	ALBENDAZOL 100 MG/5 MG SUSPENSIÓN ORAL	SUSPENSION	5 MG		
47203-3	ALBENDAZOL 200 MG	TABLETA	200 MG		
20049088-1	ALOPURINOL 100 MG	TABLETA	100 MG		
19931778-20	AMANTADINA 100 MG	CAPSULA	100 MG		
19992832-2	AMIODARONA 150 MG AMPOLLA	AMPOLLA	150 MG		
20043928-1	AMIODARONA 200 MG TABLETA	TABLETA	200 NG		
17144-9	AMITRIPTILINA 25MG	TABLETA	25MG		
55895-6	AMLODIPINO 5 MG	TABLETA	5 MG		
19959433-1	AMOXICILINA 125 MG SUSPENSIÓN	SUSPENSION	125 MG SUSPENSIÓN		
19957924-5	AMOXICILINA 500 MG	CAPSULA	500 MG		
20102511-1	AMPICILINA 1 GR AMPOLLA	AMPOLLA	1 GR		
230357-01	AMPICILINA 250 MG POLVO SUSPENSION ORAL	SUSPENSION	250 MG		
20102511-1	AMPICILINA 500 MG AMPOLLA	AMPOLLA	500 MG AMPOLLA		
19937348-7	AMPICILINA 500 MG TABLETA	CAPSULA	500 MG TABLETA		
20036512-2	AMPICILINA/SULBACTAN(SULTAMICILINA) 1.5 GR	AMPOLLA	5 GR		
20085383-15	ATORVASTATINA 40 MG	TABLETA	40 MG		
19930287-1	ATROPINA 1 MG	AMPOLLA	1 MG		
19970782-1	AZITROMICINA 200 MG SUSPENSIÓN	SUSPENSION	200 MG SUSPENSIÓN		
210571-2	AZITROMICINA 500 MG	TABLETA	500 MG		
19935759-1	BECLOMETASONA 250 MG INHALADOR BUCAL	AEROSOL	250 MG		
44829-1	BENZOATO DE BENCILO 30%	LOCION TOPICA	30G/100ML		
19999832-2	BETAMETASONA 0.05% CREMA	CREMA	05% CREMA		
19980025-06	BETAMETASONA 4 MG	AMPOLLA	4 MG		
19953548-7	BETAMETASONA 8 MG	AMPOLLA	8 MG		
19911220-9	BICARBONATO DE SODIO 10MEQ/10ML	AMPOLLA	10ML		
19900906-12	BIPERIDENO 2MG TABLETA	TABLETA	2MG TABLETA		
19948326-01	BISACODILO 5 MG	TABLETA	5 MG		
1980804-2	BROMURO DE IPATROPIO 0,025%SOLUCION NEBULIZAR	SOLUCION	SOLUCION NEBULIZAR		
20066836-1	BROMURO DE IPATROPIO 0,02MG INHALADOR	AEROSOL	02MG INHALADOR		

54972-7	CAPTOPRIL 25 MG	TABLETA	25 MG		
54973-7	CAPTOPRIL 50 MG	TABLETA	50 MG		
44969-9	CARBAMAZEPINA 200 MG TABLETA	TABLETA	200 MG		
47458-13	CARBIDOPA+LEVODOPA 25MG+250MG	TABLETA	25MG+250MG		
30969-5	CARBONATO CALCIO 600 MG	TABLETA	600 MG		
19942963-3	CARBONATO CALCIO+VITAMINA D 600 MG/200 UI	TABLETA	200 UI		
20005109-7	CARVEDILOL 12,5 MG	TABLETA	5 MG		
19972152-6	CARVEDILOL 25 MG	TABLETA	25 MG		
20005748-7	CARVEDILOL 6,25 MG	TABLETA	6,25 MG		
19980386-1	CEFALEXINA 250MG/5ML POLVO SUSP ORAL	SUSPENSION	250 MG		
44405-4	CEFALEXINA 500 MG	CAPSULA	500 MG		
208130-13	CEFRADINA 1 GR	POLVO	1 GR		
19947909-1	CEFRADINA 500 MG	CAPSULA	500 MG		
20028604-2	CEFTRIAXONA 1 GR	POLVO	1 GR		
218560-3	CEFUROXIMA 250 MG/5ML SUSPENSIÓN	SUSPENSION	5ML SUSPENSIÓN		
19903745-01	CIANOCOBALAMINA-VITAMINA B 12 1 MG	AMPOLLA	1 MG		
19954690-01	CIPROFLOXACINA 100 MG AMPOLLA	AMPOLLA	100 MG		
19995068-4	CIPROFLOXACINA 500 MG	TABLETA	500 MG		
16806-1	CLINDAMICINA 300 MG	CAPSULA	300 MG		
20114030-1	CLINDAMICINA 600 MG/4ML AMPOLLA	AMPOLLA	600 MG		
20056052-4	CLOPIDOGREL 75MG TABLETAS	TABLETA	75MG		
19942216-3	CLORFENIRAMINA 2 MG/5ML	JARABE	2 MG		
19939225-1	CLORURO DE POTASIO 2MG	AMPOLLA	2MG		
211361-3	CLORURO DE SODIO 2M EQ/ML	AMPOLLA	2M EQ/ML		
19912977-2	CLOTRIMAZOL 0.01 CREMA TOPICA	CREMA	1G/100G		
21475-8	CLOTRIMAZOL 1% CREMA VAGINAL	CREMA	1% CREMA VAGINAL		
19967248-2	CLOTRIMAZOL 100 MG TAB VAGINAL	TABLETA	100 MG		
20033548-3	COLISTINA-NEOM-HIDROCORTISONA 1538MG+0.5MG+5MG	GOTAS	5MG		
19954188-02	CROMOGLICATO 2% NASAL	GOTAS	2% NASAL		
19998840-1	CROMOGLICATO 2% OFT	GOTAS	2% OFT		
19950378-5	CROTAMITON 1% LOCION TOPICA	LOCION TOPICA	0,01		
20109284-1	DARUNAVIR + RITONAVIR 800+100MG TABLETAS	TABLETA	800+100MG		
52976-2	DEXAMETASONA + NEOMICINA 1MG+3.5MG	GOTAS	5MG		
20019105-10	DEXAMETASONA 4 MG	AMPOLLA	4 MG		
19997625-6	DEXAMETASONA 8 MG	AMPOLLA	8 MG		
19940375-6	DICLOFENACO 50 MG	TABLETA	50 MG		
19934768-18	DICLOFENACO 75 MG/3ML AMPOLLA	AMPOLLA	75 MG		
228279-2	DICLOXACILINA 250 MG SUSPENSION	SUSPENSION	250 MG SUSPENSION		
19953925-7	DICLOXACILINA 500 MG CAPSULAS	CAPSULA	500 MG		
19984412-01	DIHIDROCODEINA 2,42 MG SUSPENSION	JARABE	42 MG SUSPENSION		
19913783-104	DIMENHIDRINATO 50 MG	TABLETA	50 MG		
19951877-02	DINITRATO ISOSORBIDE 10 MG	TABLETA	10 MG		
19913783-07	DINITRATO ISOSORBIDE 5 MG SUBLI	TABLETA	5MG		
19907058-02	DIPIRONA 1 GR	AMPOLLA	1 GR		
20071938-1	DOLUTEGRAVIR SODICO 50MG TABLETA	TABLETA	50MG		
19901001-1	DOPAMINA 200 MG AMPOLLA	AMPOLLA	200 MG AMPOLLA		
19930858-01	DOXICICLINA 100 MG	CAPSULA	100 MG		
44569-47	ENALAPRIL 20 MG	TABLETA	20 MG		
40113-27	ENALAPRIL 5 MG	TABLETA	5 MG		
19912966-7	ERGOTAMINA+CAFEINA 1+100 MG	TABLETA	100 MG		
20099136-13	ERITROMICINA 500 MG	TABLETA	500 MG		
19960390-14	ESOMEPRAZOL 40 MG	TABLETA	40 MG		
19973061-5	ESPIRONOLACTONA 25 MG	TABLETA	25 MG		
19993161-4	ESTROGENOS CONJ 0,625 MG CREMA VAGINAL	CREMA	625 MG		
19905549-1	FENOBARBITAL 100 MG TABLETAS	TABLETA	100 MG		
20043387-02	FENITOINA 100 MG	TABLETA	100 MG		
20019155-3	FENITOINA 250 MG	AMPOLLA	250 MG		
19961688-1	FITOMENADIONA 10MG/0,5ML VITAMINA K1	AMPOLLA	1MG/ML		
20006411-4	FLUCONAZOL 200 MG TABL	CAPSULA	200 MG TABL		
20015903-21	FLUOXETINA 20 MG	TABLETA	20 MG		
20011388-13	FUROSEMIDA 20 MG AMPOLLA	AMPOLLA	20 MG AMPOLLA		
42216-13	FUROSEMIDA 40 MG TABLETA	TABLETA	40 MG TABLETA		
1981505-13	GEMFIBROZILO 600 MG	TABLETA	600 MG		
19940519-15	GENTAMICINA 3MG/ML (0.3%) SOL OFT GTS FCO*6ML	FRASCO	60 ML		
19929683-1	GENTAMICINA 80MG/2ML SOL INY C*10 AMP X 2ML	AMPOLLA	2 ML		
19944485-16	GLIBENCLAMIDA 5 MG	TABLETA	5 MG		

20039073-01	GLUCONATO DE CALCIO 10% AMPOLLA	AMPOLLA	10% AMPOLLA		
19940401-03	HALOPERIDOL 10 MG	TABLETA	10 MG		
19998377-01	HALOPERIDOL 5 MG AMPOLLA	AMPOLLA	5 MG AMPOLLA		
B01AB01	HEPARINA SODICA 5000UI AMPOLLA	AMPOLLA	5000UI AMPOLLA		
34162-7	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG	TABLETA	25 MG		
40194-2	HIDROCORTISONA 1% CREMA	CREMA	1% CREMA		
19940721-13	HIDROCORTISONA 100 MG	POLVO	100 MG		
19977699-1	HIDROXIDO ALUMINIO+MAGNESIO+SIMETICONA 200/200/20 MG	SUSPENSION	20 MG		
19949535-7	HIOSCINA BUTIL BROMURO 10 MG	TABLETA	10 MG		
225064-17	HIOSCINA BUTIL BROMURO 20 MG	AMPOLLA	20 MG		
19926478-01	HIOSCINA BUTILBROM-DIPIRONA 20 MG/2,5 GR	AMPOLLA	5 GR		
51330-17	IBUPROFENO 400 MG	TABLETA	400 MG		
51330-17	IBUPROFENO 800 MG	TABLETA	800 MG		
19940399-2	IMIPRAMINA CLORHIDRATO 25MG TABLETA	TABLETA	25MG TABLETA		
19914312-12	INSULINA GLARGINA 100UI/ML SOL INY C*1 CART X 3ML (LANTUS)	PEN	100UI/ML		
19950479-1	INSULINA GLULISINA 100UI/ML SOL INY C*1 CART X 3ML (APIDRA)	PEN	100UI/ML		
44021-01	KETOCONAZOL 200MG	TABLETA	200MG		
19984823-1	KETOTIFENO 1 MG SUSPENSION	SUSPENSION	1 MG SUSPENSION		
19955240-4	KETOTIFENO 1 MG TABLETA	TABLETA	1 MG TABLETA		
20082708-01	LABETALOL 100MG/20ML AMPOLLA	AMPOLLA	20ML AMPOLLA		
32606-2	LACTATO DE RINGER BOLSA X 500ML	BOLSA	*BOLSA*500ML*		
19975104-3	LAMIVUDINA 10MG/ML SUSPENSION	SUSPENSION	10MG/ML SUSPENSION		
20063923-1	LAMIVUDINA 150MG TABLETA	TABLETA	150MG TABLETA		
19943590-02	LEVOMEPROMAZINA 100 MG	TABLETA	100 MG		
19977387-02	LEVOMEPROMAZINA 4 MG/ML	GOTAS	4 MG/ML		
19989785-6	LEVONOGESTREL 0,03 MG MICROLUT -	TABLETA	003 MG		
19989785-6	LEVONORGESTREL 0,75 MG	TABLETA	75 MG		
19988571-6	LEVONORGESTREL -ETILINEST. (0.15+0.03)MG	TABLETA	03)MG		
42272-8	LEVOTIROXINA 100 MG	TABLETA	100 MG		
19960116-15	LEVOTIROXINA 50 MCG	TABLETA	50 MCG		
34537-2	LOPERAMIDA 2 MG	TABLETA	2 MG		
19994092-1	LOPINAVIR+RITONAVIR 100MG+25MG TABLETA	TABLETA	100+25MG		
20094876-2	LOPINAVIR+RITONAVIR 200MG+50MG TABLETA	TABLETA	200+50MG		
19911481-01	LOPINAVIR+RITONAVIR 20MG+80MG SUSPENSION	SUSPENSION	80MG SUSPENSION		
40412-04	LORATADINA 10 MG	TABLETA	10 MG		
19908846-4	LORATADINA 5MG/5ML MG SUSPENSION	JARABE	1 MG SUSPENSION		
20123643-17	LOSARTAN 100 MG	TABLETA	100 MG		
19975017-7	LOSARTAN 50 MG	TABLETA	50 MG		
40518-6	LOVASTATINA 20 MG	TABLETA	20 MG		
35811-03	MEBENDAZOL 100 MG TABLETA	TABLETA	100 MG TABLETA		
13854-2	MEDROXIPROGESTERONA 20+5MG AMP FEMELIN	AMPOLLA	5MG AMP		
19997397-10	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 150 MG	AMPOLLA	150 MG		
19993869-1	METFORMINA 850 MG	TABLETA	850 MG		
37193-02	METILERGOMETRINA 0,2MG /ML AMPOLLA	AMPOLLA	2MG /ML AMPOLLA		
20024210-4	METIMAZOL 5 MG TABLETA	TABLETA	5 MG TABLETA		
19948280-4	METOCARBAMOL 750 MG	TABLETA	750 MG		
19931879-4	METOCLOPRAMIDA 10 MG AMPOLLA	AMPOLLA	10 MG AMPOLLA		
19955371-02	METOCLOPRAMIDA 10 MG TABLETA	TABLETA	10 MG TABLETA		
19930423-2	METOCLOPRAMIDA 4 MG/ML	SOL ORAL	4 MG/ML		
19976470-3	METOPROLOL TARTRATO 50 MG	TABLETA	50 MG		
19927154-5	METOTREXATO 2,5 MG	TABLETA	2,5MG		
19980113-1	METRONIDAZOL 250 MG SUSPENSION ORAL	SUSPENSION	250 MG SUSPENSION ORAL		
23439-4	METRONIDAZOL 500 MG TABLETA	TABLETA	500 MG TABLETA		
1983837-3	METRONIDAZOL 500MG OVULOS	CAP BLANDA	500MG OVULOS		
19914260-03	MISOPROSTOL 200 MCG	TABLETA	200 MCG		
20156034-1	NAPROXENO 2.5G/100ML SUSP ORL FCO*80ML (NAPROX 2.5%)	SUSPENSION	2,5GR/100ML		
17141-18	NAPROXENO 250 MG	TABLETA	250 MG		
3753-3	NIFEDIPINO 10MG	CAPSULA	10MG		
20019956-7	NIFEDIPINO 30 MG	CAPSULA	30 MG		
19997076-01	NISTATINA 100,000 UI SUSPENSION	SUSPENSION	100,000 UI SUSPENSION		
19985876-3	NITROFURANTOINA 100 MG	TABLETA	100 MG		
19950159-3	NITROGLICERINA 50MG AMPOLLA	AMPOLLA	50MG AMPOLLA		
20035947-44	OMEPRAZOL 20 MG	CAPSULA	20 MG		

20044344-2	OMEPRAZOL 40MG POL LIOF INY	CAPSULA	40MG POL LIOF INY		
20080533-2	OXACILINA 1 GR	POLVO	1 GR		
20065030-5	OXITOCINA 10UI /ML AMPOLLA	AMPOLLA	10UI /ML AMPOLLA		
25796-2	PAMOATO DE PIRANTEL 250 MG SUSPENSION	SUSPENSION	250 MG SUSPENSION		
219603-02	PENICILINA BENZATINICA 1,200,000 UI	POLVO	1,200,000 UI		
218006-3	PENICILINA BENZATINICA 2,400,000 UI	POLVO	2,400,000 UI		
20046873-1	PENICILINA G SODICA 1,000,000 UI	POLVO	1,000,000 UI		
20020831-5	PIPOTIAZINA 25 MG	AMPOLLA	25 MG		
20057639-11	PIRIDOXINA 50MG TABLETA	TABLETA	50MG TABLETA		
19961372-7	PRAZOSINA 1 MG	TABLETA	1 MG		
20011084-5	PREDNISOLONA 5 MG	TABLETA	5 MG		
57771-1	PROPRANOLOL 40 MG	TABLETA	40 MG		
19995320-08	QUETIAPINA 200 MG	TABLETA	200 MG		
20060996-1	RALTEGRAVIR 100MG TABLETA	TABLETA	100MG		
20060995-1	RALTEGRAVIR 25MG TABLETA	TABLETA	25MG		
19988423-1	RALTEGRAVIR 400MG TABLETA	TABLETA	400MG TABLETA		
227600-1	S.P. ALPRAZOLAM 0,5MG	TABLETA	0,5 MG		
19935777-10	S.P. CLONAZEPAM 0,5 MG	TABLETA	5 MG		
19974655-4	S.P. CLOZAPINA 100 MG	TABLETA	100 MG		
20019151-7	S.P. DIAZEPAM 10MG/2ML SOL INY	AMPOLLA	10MG/2ML		
19972421-4	S.P. MIDAZOLAM 5MG /5ML AMPOLLA	AMPOLLA	5ML AMPOLLA		
20011983-1	SALBUTAMOL 100MCG INH BUC FCO*200DOSIS -	AEROSOL	100 MCG INH		
33250-02	SALBUTAMOL 5MG/ML SOL NEB	SOLUCION	5 MG SOLUC RESP		
19976587-3	SALES DE REHIDRATACION ORAL	POLVO	REHIDRATACION ORAL		
20003537-2	SERTRALINA 50MG	TABLETA	50MG		
36743-03	SUCRALFATO 1GR	TABLETA	1GR		
19963969-4	SULFATO FERROSO 125 MG/ML	SOL ORAL	125 MG/ML		
1980037-2	SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIM (400MG+80MG)/5ML SUSP ORL FCO*60ML	SUS ORAL	(400MG+80MG)/5ML		
51063-3	SULFAMETOXAZOL+TRIMETOPRIM 800MG+160MG C*100 TAB	TABLETA	800MG+160MG		
20080792-20	SULFATO FERROSO 300 MG	TABLETA	300 MG		
20027951-4	TEOFILINA 125 MG	CAPSULA	125 MG		
38332-07	TIAMINA 1GRX10ML	AMPOLLA	10ML		
19960067-16	TIAMINA 300 MG	TABLETA	300 MG		
20053339-1	TIMOLOL MALEATO 0.5% OFT	SOL OFT	5% OFT		
19961241-02	TINIDAZOL 500 MG	TABLETA	500 MG		
20046007-2	TOXOIDE TETANICO 40UI/0.5ML SUSP INY C*10 VIAL X 0.5ML	AMPOLLA	0.05 ML		
216131-2	TRAMADOL 100 MG SUSPENSION	GOTAS	100 MG SUSPENSION		
19924285-33	TRAMADOL 50 MG AMPOLLA	AMPOLLA	50 MG AMPOLLA		
17135-01	TRAZADONA 50 MG	TABLETA	50 MG		
1980037-02	TRIMETOP SULFA SIMPLE 40/200 MG	SUSPENSION	200 MG		
37897-4	VERAPAMILO 120 MG	TABLETA	120 MG		
37892-4	VERAPAMILO 80 MG	TABLETA	80 MG		
19904368-9	VITAMINA A 50,000 UI	CAP BLANDA	50.000 UI		
19974944-3	ZIDOVUDINA 10MG	SUSPENSION	10MG		

TRASLADO AMBULANCIA

CÓDIGO - CUPS	DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES	CUMPLE	NO CUMPLE
601T01	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO IQUIRA A NEIVA	15100 KM		
601T01	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO IQUIRA A LA PLATA	15100 KM		
601T01	TRANSLADOASISTENCIAL BASICO RURAL INSPECCION RIO NEGRO	15100 KM		
601T01	TRASLADO BASICO RURAL INSPECCION VALENCIA DE LA PAZ	15100 KM		
601T01	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO RURAL VEREDA VILLAMARIA	15100 KM		
601T01	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO RURAL INSPECCION SAN LUIS	15100 KM		
601T01	TRASLADO BASICO RURAL VEREDA EL CHAPARRO	15100 KM		
601T01	TRASLADO BASICO TRAYECTO IQUIRA PACARNI	15100 KM		
601T01	TRASLADO BASICO TRAYECTO IQUIRA A YAGUARA	15100 KM		
601T01	TRASLADO BASICO PRIMARIO PERIMETRO URBANO	15100 KM		
601T01	TRASLADO BASICO TRAYECTO YAGUARA A NEIVA	15100 KM		
601T01	TRASLADO BASICO PRIMARIO TRAYECTO JUNCAL A NEIVA	15100 KM		
	aplicación de oxigeno			

GRUPO II:

E.S.E HOSPITAL EL ROSARIO CAMPOALEGRE

PROCEDIMIENTOS

CUPS	DESCRIPCION CUPS	CUMPLE	NO CUMPLE
881305	INSERCION DE BOMBA DE INFUSION TOTALMENTE IMPLANTABLE		
881302	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL		
903105	ACIDO FOLICO (FOLATOS) EN SUERO		
903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
904103	(Hormona Adrenocorticotropica)		
903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
906602	ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
906603	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
906303	ANTIGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
906304	ANTIGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
997102	APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO		
992901	INYECCION DE VITAMINA K		
935301	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)		
935304	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)		
735301	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA		
901111	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NEELSEN] LECTURA SERIADA TRES MUESTRAS		
901101	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]		
903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA		
906605	ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO (CA 125) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
906604	ANTIGENO DE CANCER DE MAMA (CA 15-3) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
906606	ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO (CA 19-9) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
903603	CALCIO AUTOMATIZADO		
881118	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON ANALISIS DOPPLER		
903813	CLORO		
903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD		
903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO		
903818	COLESTEROL TOTAL		
901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA		
890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA		
890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL		
890303	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGIA GENERAL		
890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA		
890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA		
890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL		
890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL		
890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA		
890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL		
890703	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGIA GENERAL		
210101	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO ANTERIOR VIA TRANSNASAL		
997310	CONTROL DE PLACA DENTAL		
911009	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTECNICA		
911003	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTÉCNICA		
907002	COPROLOGICO		

907004	COPROSCOPICO		
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS		
890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL		
901217	CULTIVO PARA MICRO ORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES		
908420	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESPECIFICOS)		
906207	DENGUE ANTICUERPOS IG G		
906208	DENGUE ANTICUERPOS IG M		
906209	DENGUE ANTICUERPOS TOTALES		
5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS		
5DSB01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACIÓN EN URGENCIAS COMPLEJIDAD BAJA		
5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGÍA (SUTURAS)		
240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD		
997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL		
908890	DETECCIÓN Virus del Papiloma Humano POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)		
902104	DIMERO D AUTOMATIZADO		
874133	ARTERIOGRAFIA VERTEBRAL BILATERAL SELECTIVA CON CAROTIDAS (PANANGIOGRAFIA)		
861102	DRENAJE DE COLECCION PROFUNDA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION		
861101	DRENAJE DE COLECCION SUPERFICIAL DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION		
881431	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL		
881401	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL		
895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD		
902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL		
901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA		
901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)		
882298	ECOGRAFIA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA		
230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR		
230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR		
230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR		
231100	EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR SOD		
902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA		
861203	EXTRACCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS POR INCISION		
211202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ CON INCISION VIA TRANSNASAL		
861201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA GENERAL POR INCISION		
698001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO POR LAPAROTOMIA		
100101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUBCONJUNTIVAL		
982101	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE LA CONJUNTIVA		
977100	EXTRACCION DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD		
976501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO URETRAL		
981100	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD		
881602	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7MHZ O MAS		
906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL		
904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE		
881402	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL		
903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA		
903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA		
903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL		
903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]		
903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN		
904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO		
902211	HEMATOCRITO		
911015	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA RH [ANTÍGENO RH D] POR MICROTÉCNICA		
902213	HEMOGLOBINA		
903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA		
902207	HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL		

902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO		
906317	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS]		
881306	ecografia de Hígado, vías biliares, páncreas y vesícula		
908832	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA CARGA VIRAL		
904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES		
904107	HORMONA LUTEINIZANTE		
908856	IDENTIFICACIÓN DE OTRO VIRUS (ESPECÍFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES		
992101	INFILTRACION, IRRIGACION O INSTILACION DE MEDICAMENTOS EN SUBESCARA		
861801	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS		
697101	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]		
579401	INSERCION DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)		
960200	INSERCIÓN DE VÍA AÉREA OROFARÍNGEA SOD		
890405	INTERCONSULTA POR ENFERMERIA		
890401	INTERCONSULTA POR MEDICINA GENERAL		
10B004	INTERNACIÓN COMPLEJIDAD BAJA CUATRO O MAS CAMAS		
10B002	INTERNACIÓN COMPLEJIDAD BAJA HABITACION BIPERSONAL		
10B001	INTERNACIÓN COMPLEJIDAD BAJA HABITACIÓN UNIPERSONAL (INCLUYE AISLAMIENTO)		
10B003	INTERNACIÓN COMPLEJIDAD BAJA TRES CAMAS		
991600	INYECCION DE ANTIDOTO SOD		
965301	IRRIGACION O CURACION DE CONDUCTOS NASALES		
965201	LAVADO E IRRIGACIÓN DE OÍDOS		
963300	LAVADO GASTRICO DE LIMPIEZA SOD		
950601	MEDICION DE AGUDEZA VISUAL		
903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL		
897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO		
901230	Mycobacterium tuberculosis CULTIVO		
939402	NEBULIZACIÓN		
903856	NITROGENO UREICO		
881431	Ecografia Obstétrica Transabdominal		
881435	Ecografia Obstétrica con Evaluación de circulación placentaria y fetal		
232101	OBTURACION DENTAL CON AMALGAMA		
232102	OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO		
862701	ONICECTOMIA		
735980	OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTANEO		
881360	ECOGRAFIA PELVICA CON ANALISIS DOPPLER		
881434	Perfil biofísico		
881211	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (PERICARDIO O PLEURA)		
904108	PROLACTINA		
881501	ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSABDOMINAL		
906913	PROTEÍNA C REACTIVA ALTA PRECISIÓN AUTOMATIZADO		
906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO		
906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL		
872002	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE		
873122	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO		
870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO		
871129	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES		
870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO		
873411	RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)		
873335	RADIOGRAFIA DE CALCANEO (AXIAL Y LATERAL)		
870101	RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)		
870602	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO		
873112	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA		
873205	RADIOGRAFIA DE CODO		
871010	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL		
871030	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR		
871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA		
871020	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA		
870001	RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE		
871112	RADIOGRAFIA DE ESTERNON		
873312	RADIOGRAFIA DE FEMUR (AP, LATERAL)		
873204	RADIOGRAFIA DE HOMBRO		

870107	RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES		
873121	RADIOGRAFIA DE HUMERO		
870104	RADIOGRAFIA DE MALAR		
873210	RADIOGRAFIA DE MANO		
870113	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR		
870112	RADIOGRAFIA DE MAXILAR SUPERIOR		
873111	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO		
870102	RADIOGRAFIA DE ORBITAS		
873333	RADIOGRAFIA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)		
873313	RADIOGRAFIA DE PIERNA (AP, LATERAL)		
873206	RADIOGRAFIA DE PUÑO O MUÑECA		
871111	RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL		
873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP, LATERAL)		
873422	RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)		
871050	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX		
870108	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES		
870601	RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO		
873431	RADIOGRAFIA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACION INTERNA)		
871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)		
873004	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA [CARPOGRAMA]		
873443	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES		
870440	RADIOGRAFIAS INTRAORALES OCLUSALES		
870452	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES		
870451	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES		
870456	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO		
870454	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES		
870453	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS		
902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO		
893812	REGISTRO DE OXIMETRÍA CUTÁNEA		
881332	ECOGRAFÍA DE VÍAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PRÓSTATA TRANSABDOMINAL)		
906241	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO		
906243	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO		
874133	ARTERIOGRAFÍA VERTEBRAL BILATERAL SELECTIVA CON CARÓTIDAS (PANANGIOGRAFÍA)		
881201	ECOGRAFÍA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		
865101	SUTURA DE HERIDA UNICA, EN AREA GENERAL		
904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE		
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]		
902048	TIEMPO DE TROMBINA		
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]		
881141	ECOGRAFÍA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS		
904921	TIROXINA LIBRE		
904922	TIROXINA TOTAL		
892901	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO		
997106	TOPICACION DE FLUOR EN BARNIZ		
906127	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO		
906129	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO		
906134	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Toxoplasma SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
903867	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]		
903866	TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]		
881502	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSRECTAL		
601T01	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE PRIMARIO		
601T02	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE SECUNDARIO		
906039	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA		
906040	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
906041	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO		
903868	TRIGLICERIDOS		
904923	TRIYODOTIRONINA (CAPTACION)		
904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE		
903438	TROPONINA T CUALITATIVA		

904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES		
907106	UROANALISIS		
901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)		
901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)		
993122	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA,TÉTANOS Y TOS FERINA [DPT]		
993130	VACUNACION COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TETANOS, TOS FERINA Y Hepatitis B (PENTAVALENTE)		
993520	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN Y RUBEÓLA [SR] (DOBLE VIRAL)		
993522	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN, PAROTIDITIS Y RUBEÓLA [SRP] (TRIPLE VIRAL)		
993120	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA TÉTANOS Y DIFTERIA [TD]		
993504	VACUNACIÓN CONTRA FIEBRE AMARILLA		
993502	VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS A		
993503	VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS B		
993510	VACUNACION CONTRA INFLUENZA		
993106	VACUNACION CONTRA NEUMOCOCO		
993501	VACUNACIÓN CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)		
993505	VACUNACIÓN CONTRA RABIA		
993512	VACUNACIÓN CONTRA ROTAVIRUS		
993102	VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]		
993509	VACUNACIÓN CONTRA VARICELA		
993513	VACUNACION CONTRA VIRUS Papiloma Humano [VPH]		
881401	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL		
881511	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON ANÁLISIS DOPPLER		
881332	ECOGRAFÍA DE VÍAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PRÓSTATA TRANSABDOMINAL)		
906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS (PRUEBA RÁPIDA)		
882112	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO (ARTERIAS CAROTIDAS)		
882112	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO (ARTERIAS VERTEBRALES)		
882307	ECOGRAF A DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES (ARTERIAS AXILARES)		
882307	ECOGRAF A DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES (ARTERIAS HUMERALES)		
882212	ECOGRAFÍA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL		
882242	ECOGRAFIA DOPPLER DE TRONCO CELÍACO		
882262	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS ILIACAS		
882222	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES		
882232	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS MESENTÉRICAS		
882308	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES (ARTERIAS FEMORALES Y POPLITEAS)		
882308	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES (ARTERIAS DE PIERNAS)		
882112	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO (VENAS YUGULARES INTERNAS)		
882316	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR (VENAS AXILARES Y HUMERALES)		
882252	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VENA CAVA		
882212	ECOGRAFÍA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL (VENA AORTA)		
882203	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PÉLVICOS (VENAS ILIACAS)		
882203	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PÉLVICOS (VENAS RENALES)		
882317	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES (VENAS FEMORALES ILIOPOPLITEAS)		

INSUMOS

DESCRIPCION INSUMO	CUMPLE	NO CUMPLE
ADAPTADOR INTERMITENTE ATI		
AMBU RESUCITADOR PARA ADULTO		
AMBU RESUCITADOR PEDIATRICO		
AMBU RESUCITADOR NEONATAL		
BURETROL		
CAJA COPROLOGICA		
CANULA DE GUEDEL N0 2		
CANULA DE GUEDEL N0 3		
CANULA DE GUEDEL N0 5		

CANULA DE GUEDEL N0 1		
CANULA DE GUEDEL N0 0		
CANULA DE GUEDEL N0 4		
CANULA DE OXIGENO ADULTO		
CANULA DE OXIGENO NEONATAL		
CANULA DE OXIGENO PEDIATRICA		
CATETER N0 16		
CATETER N0 18		
CATETER N0 20		
CATETER N0 22		
CATETER N0 24		
CONDONES LATEX UNIDAD		
CUELLO ORTOPEDICO ADULTO		
CYSTOFLO BOLSA URINARIA PEDIATRICO		
CYSTOFLO BOLSA URINARIA ADULTO		
EQUIPO MACROGOTEO		
EQUIPO MICROGOTEO		
ESPECULO DESECHABLE KIT		
FILTRO BACTERIANO ADULTO (NARIZ DE CAMELLO)		
FILTRO BACTERIANO PARA MAQUINA DE ANESTECIA		
GUANTES ESTERILES 7.5 PAR		
GUIA DE INTUBACION ADULTO		
GUIA DE INTUBACION PEDIATRICA		
HUMIFICADOR DE OXIGENO		
HUMIFICADOR DE OXIGENO ALTO FLUJO		
JERINGAS DE INSULINA X 1CC		
JERINGAS X 5 CC		
JERINGAS X 10 CC		
JERENGAS PEDIATRICA		
JERINGAS X 20 ML		
JERINGAS X 50 CC		
MASCARA DE NEBULIZAR ADULTO		
MASCARA DE NEBULIZAR PEDIATRICA		
MASCARA LARINGEA N0 5 ADULTO		
MASCARA LARINGEA N0 2 PEDIATRICA		
MASCARA OXIGENO ADULTO CON RESERVORIO		
MASCARA OXIGENO PEDIATRICO CON RESERVORIO		
MASCARA TIPO VENTURY PEDIATRICA		
MASCARILLA VENTURY ADULTO		
RECOLECTOR DE ORINA BOLSA PEDIATRICA		
RECOLECTOR DE ORINA FRASCO		
SONDA FOLEY N° 20		
SONDA FOLEY N°16		
SONDA FOLEY N0 14		
SONDA FOLEY N0 18		
SONDA FOLEY N0 10		
SONDA FOLEY N0 8		
SONDA FOLEY N0 12		
SONDA FOLEY N18 3 VIAS		
SONDA NASOGASTRICA N0 8		
SONDA NASOGASTRICA N0 10		
SONDA NASOGASTRICA N0 12		
SONDA NASOGASTRICA N0 14		
SONDA NASOGASTRICA N0 16		
SONDA NASOGASTRICA N0 18		
SONDA NASOGASTRICA N0 20		
SONDA NASOGASTRICA N0 6		
SONDA NELATON N 12		
SONDA NELATON N° 16 (LIFE CARE)		
SONDA NELATON N0 10		
SONDA NELATON N0 14		
SONDA NELATON N0 6		
SONDA NELATON N0 8		

TIRAS DE GLUCOMETRIA(GLUCOQUICK)		
TUBO ENDOTRAQUEAL N0 2.5		
TUBO ENDOTRAQUEAL N0 3.0		
TUBO ENDOTRAQUEAL N0 3.5		
TUBO ENDOTRAQUEAL N0 4		
TUBO ENDOTRAQUEAL N0 4.5		
TUBO ENDOTRAQUEAL N0 5		
TUBO ENDOTRAQUEAL N0 5.5		
TUBO ENDOTRAQUEAL N0 7.0		
TUBO ENDOTRAQUEAL N0 8		
TUBO ENDOTRAQUEAL N0 9		
TUBO ENDOTRAQUEAL N0 7.5		
VENDA DE ALGODON 4X5		
VENDA DE ALGODON 6X5		
VENDA DE YESO 4X5		
VENDA DE YESO 6X5		
VENDA ELASTICA 4X5		
VENDA ELASTICA 6X5		

MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO INSTITUCIONAL	PRESENTACION	CUMPLE	NO CUMPLE
ABACAVIR 300MG TABLETA	TABLETA		
ACETAMINOFEN GOTAS	GOTAS		
ACETAMINOFEN JARABE	JARABE		
ACETAMINOFEN TAB X 500 MG	TABLETA		
ACETATO DE ALUMINIO EN POLVO	SOBRE		
ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA AMPOLLA X 150MG	AMPOLLA		
ACETAZOLAMIDA TAB X 250MG	TABLETA		
ACICLOVIR 5% CREMA TOPICA	CREMA		
ACICLOVIR 5% UNG TOPICO	UNGÜENTO		
ACICLOVIR TABLETA X 200MG	TABLETA		
ACIDO ACETILSALICILICO TAB X 100MG	TABLETA		
ACIDO ASCORBICO 500 MG TABLETA	TABLETA		
ACIDO ASCORBICO GOTAS 100 MG FCO	GOTAS		
ACIDO TRANEXAMICO X 500MG/5ML	AMPOLLA		
ADENOSINA AMPOLLA X 6 MG	AMPOLLA		
ADRENALINA 1 MG/ML AMPOLLA	AMPOLLA		
ALACRAMYN (FABOTERAPICO POLIVALENTE ANTIALACRAN)	AMPOLLA		
ALBENDAZOL 200MG TABLETAS	TABLETA		
ALBENDAZOL SUSP X 200 MG	SUSPENSION		
ALENDRONATO TAB X 70MG	TABLETA		
ALFAMETILDOPA TABLETA X 250 MG	TABLETA		
ALOPURINOL 300MG TAB	TABLETA		
ALOPURINOL TAB X 100MG	TABLETA		
ALPRAZOLAM TAB X 0.25 MG	TABLETA		
ALPRAZOLAM X 0.50 MG TABLETA	TABLETA		
ALUMINIO HIDROXIDO + SIMETICONA X 150 ML	SUSPENSION		
AMANTADINA CAPSULA X 100MG	TABLETA		
AMIKACINA AMPOLLA X 500MG/2ML	AMPOLLA		
AMIODARONA AMPOLLA X 150MG	AMPOLLA		
AMIODARONA TABLETA X 200 MG	TABLETA		
AMITRIPTILINA TAB X 25MG	TABLETA		
AMLODIPINO TAB X 10MG	TABLETA		
AMLODIPINO X 5MG	TABLETA		
AMOXICILINA SUSP X 250MG	SUSPENSION		
AMOXICILINA TAB 500 MG	TABLETA		
AMPICILINA + SULBACTAN AMP X 1.5GR	AMPOLLA		
AMPICILINA 500 MG CAP	CAPSULA		
AMPICILINA AMPOLLA X 1 GR	AMPOLLA		
AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATO SUSP X 250 MG/5ML	AMPOLLA		
ATAZANAVIR + RITONAVIR 300+100MG	TABLETA		

ATORVASTATINA TAB X 20 MG	TABLETA		
ATORVASTATINA TAB X 40 MG	TABLETA		
ATROPINA AMPOLLA X 1 MG	AMPOLLA		
AZITROMICINA TAB X 500 MG	TABLETA		
AZITROMICINA 200MG FCO	SUSPENSION		
BECLOMETASONA INHALADOR BUCAL X 50 MCG	INHALADOR		
BECLOMETASONA INHALADOR NASAL	INHALADOR		
BECLOMETASONA INHALADOR X 250 MCG	INHALADOR		
BENZOATO DE BENCILO LOCION 30%	LOCION		
BETAMETASONA AMPOLLA X 4MG	AMPOLLA		
BETAMETASONA CREMA TOPICA	CREMA		
BICARBONATO DE SODIO AMPOLLA	AMPOLLA		
BIPERIDENO TAB X 2 MG	TABLETA		
BISACODILO 5MG TABLETA	TABLETA		
B-METILDIGOXINA GOTAS X 0.6 MG	GOTAS		
BROMOCRIPTINA TAB X 2.5 MG	TABLETA		
CALCIO CARBONATO TAB X 600 MG	TABLETA		
CALCIO GLUCONATO AMPOLLA	AMPOLLA		
CALCITRIOL TAB X 0.25 MG	TABLETA		
CALCITRIOL TAB X 0.50 MG	TABLETA		
CAPTOPRIL TAB X 25MG	TABLETA		
CAPTOPRILTAB X 50MG	TABLETA		
CARBAMAZEPINA SUSPENCION	SUSPENSION		
CARBAMAZEPINA TABLETA X 200 MG	TABLETA		
CARBONATO DE CALCIO +VITAMINA D TABLETA	TABLETA		
CARVEDILOL TABLETA X 12.5 MG	TABLETA		
CARVEDILOL TABLETA X 25 MG	TABLETA		
CARVEDILOL TABLETA X 6.25 MG	TABLETA		
CEFALEXINA 500MG TABLETA	TABLETA		
CEFALEXINA SUSPENCION X 250 MG	SUSPENSION		
CEFALOTINA 1GR AMPOLLA	AMPOLLA		
CEFRADINA AMPOLLA X 1 GR	AMPOLLA		
CEFRADINA CAP X 500MG	CAPSULA		
CEFTRIAXONA AMPOLLA X 1 GRAMO	AMPOLLA		
CEFUROXIMA SUSPENSION X 250MG	SUSPENSION		
CIANOCOBALAMINA AMP X 1 MG (VITAMINA B12)	AMPOLLA		
CIPROFLOXACINO 500MG TAB	TABLETA		
CLARITROMICINA TAB X 500MG	TABLETA		
CLINDAMICINA 300 MG TABLETA	TABLETA		
CLINDAMICINA AMPOLLA X 600 MG	AMPOLLA		
CLONAZEPAM 2.5MG/ML SOL ORAL	GOTAS		
CLONAZEPAM TAB X 0.5MG	TABLETA		
CLONAZEPAM TAB X 2 MG	TABLETA		
CLONIDINA TAB X 150 MG	TABLETA		
CLOPIDROGEL TAB X 75MG	TABLETA		
CLORFERINAMINA JARABE X 2MG	JARABE		
CLORFERINAMINA TAB X 4 MG	TABLETA		
CLOROQUINA TAB X 250 MG	TABLETA		
CLORURO DE SODIO AMPOLLA	AMPOLLA		
CLOTRIMAZOL 100 MG TABLETA VAGINAL	TABLETA		
CLOTRIMAZOL CREMA TOPICA	CREMA		
CLOTRIMAZOL CREMA VAGINAL	CREMA		
CLOTRIMAZOL OVULOS VAGINALES	OVULO		
CLOTRIMAZOL SOLUCION TOPICA	SOLUCION		
CLOZAPINA TAB X 100 MG	TABLETA		
CLOZAPINA TAB X 25 MG	TABLETA		
COLCHICINA TAB X 0.5 MG	TABLETA		
COLESTIRAMINA SOBRES X 4 GR	SOBRE		
COLISTIN+CORTICOIDE+NEOMICINA GOTASX15ML	GOTAS		
CORTICOIDE ANESTESICO LIDOPROCTO TUBOX10G	UNGÜENTO		
CROMOGLICATO SODIO 4% SOL OFTALMICA	GOTAS		
CROMOGLICATO SOLUCION NASAL AL 2%	GOTAS		
CROMOGLICATO SOLUCION NASAL AL 4%	GOTAS		

CROMOGLICATO SOLUCION OFTALMICA AL 2%	GOTAS		
CROTAMITON LOCION AL 10%	LOCION		
DEXAMETASONA AMPOLLA 4MG	AMPOLLA		
DEXAMETASONA AMPOLLA 8MG	AMPOLLA		
DEXTROSA AGUA DESTILADA 5% X 250 ML	BOLSA		
DEXTROSA AGUA DESTILADA X10%	BOLSA		
DEXTROSA AL 5% AGUA DESTILADA X 500 ML	BOLSA		
DIAZEPAM AMPOLLA 10MG/2ML	AMPOLLA		
DICLOFENACO AMPOLLA X 75MG VITALIS	AMPOLLA		
DICLOFENACO TABLETA X50MG	TABLETA		
DICLOXACILINA 500 MG CAPSULA	CAPSULA		
DICLOXACILINA SUSPENCION ORALX250/5ML	SUSPENSION		
DIFENHIDRAMINA AMPOLLA X 10MG	AMPOLLA		
DIFENHIDRAMINA JARABE X 12.5 MG	JARABE		
DIFENHIDRAMINA TABLETA X 50MG	TABLETA		
DIGOXINA AMPOLLA 0.2 MG	AMPOLLA		
DIGOXINA TABLETA X 0.1MG	TABLETA		
DIHIDROCODEINA JAREBE X 120ML	JARABE		
DIMENHIDRATO TABLETA X50 MG	TABLETA		
DIPIRONA X 1 MG/2 ML	AMPOLLA		
DOPAMINA CLORHIDRATO SOLUCION INYECTABLE 200 MG/5 ML	AMPOLLA		
DOXICICLINA TABLETA X100MG	TABLETA		
EMTRICITABINA+ TENOFOVIR 200/300 MG TAB	TABLETA		
ENALAPRIL TABLETA X 20 MG	TABLETA		
ENALAPRIL TABLETA X 5MG	TABLETA		
ENANTATO DE NORETISTERONA + VALERANIATO DE ESTRADIOL AMPOLLA X50MG/5 MG (BCN)	AMPOLLA		
ENOXAPARINA SODICA 40 MG/ML AMPOLLA	AMPOLLA		
ERGOTAMINA +CAFEINA TABLETA X 1MG+100MG	TABLETA		
ERITROMICINA SUSPENCION X 250MG	SUSPENSION		
ERITROMICINA TABLETA X500 MG	TABLETA		
ERITROPOYECTINA AMPOLLA X2000UI	AMPOLLA		
ESOMEPRAZOL TAB X 20 MG	TABLETA		
ESOMEPRAZOL TABLETA X40 MG	TABLETA		
ESPIRAMICINA TABLETA PARA USO DE TOXOPLASMOSIS X 3000UI	TABLETA		
ESPIRONOLACTONA 100 MG TAB	TABLETA		
ESPIRONOLACTONA 25 MG TABLETA	TABLETA		
ESTROGENOS CONJUGADOS CREMA VAGINAL 0.0625%	CREMA		
ESTROGENOS CONJUGADOS TABLETA X 0.625MG	TABLETA		
FENITOINA AMPOLLA X250MG/5ML	AMPOLLA		
FENITOINA TABLETA X 100MG	TABLETA		
FENTANILO AMPOLLA X 05 MG	AMPOLLA		
FITOMENADIONA (VITAMINA K1) SOLUCION INYECTABLE X 0.2-1%	AMPOLLA		
FLUCONAZOL CAPSULA X 200MG	TABLETA		
FLUCONAZOL SUSPENSION X 50MG	SUSPENSION		
FLUOXETINA TABLETA X20 MG	TABLETA		
FOLICO TABLETA X1MG	TABLETA		
FURAZOLIDONA TABLETA X100 MG	TABLETA		
FUROSEMIDA 20 MG AMPOLLA	AMPOLLA		
FUROSEMIDA TABETA X 40 MG	TABLETA		
GEMFIBROZILO TABLETA X 600MG	TABLETA		
GENTAMICINA AMPOLLA X 160 MG	AMPOLLA		
GENTAMICINA AMPOLLA X 80 MG	AMPOLLA		
GENTAMICINA GOTAS OFTALMICA	GOTAS		
GLIBENCLAMIDA TABLETA X 5 MG	TABLETA		
GLUCONATO DE CALCIO 10 % SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA		
HALOPERIDOL AMPOLLA X 5 MG	AMPOLLA		
HALOPERIDOL GOTAS X 2ML	GOTAS		
HALOPERIDOL TABLETA X 10 MG	TABLETA		
HALOPERIDOL TABLETA X 5MG	TABLETA		

HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG TABLETA	TABLETA		
HIDROCORTISONA AMPOLLA X 100MG	AMPOLLA		
HIDROCORTISONA CREMA X1%	CREMA		
HIDROCORTIZONA LOCION X 0.5%	LOCION		
HIERRO JARABE X0120 ML	JARABE		
HIERRO SOLUCION ORAL X 20-25 MG	GOTAS		
HIOSCINA N-BUTIL BROMURO INYECTABLE X 20 MG	AMPOLLA		
HIOSCINA TABLETA X 10 MG	TABLETA		
IBUPROFENO TABLETA X 400MG	TABLETA		
IMIPRAMINA TABLETA X 25 MG	TABLETA		
INMUNOGLOBILINA ANTI D 300MCG AMPOLLA	AMPOLLA		
INSULINA GLARGINA X100UI	AMPOLLA		
INSULINA GLULISINA (APIDRA)	AMPOLLA		
INSULINA NPH 100UI/ML AMPOLLA	AMPOLLA		
INSULINA ZINC CRISTALINA SOLUCION AMPOLLA X80-100UI	AMPOLLA		
IPATROPIO BROMURO INALADOR	INHALADOR		
ISOSORBIDE DINITRATO TABLETA X10MG	TABLETA		
ISOSORBIDE DINITRATO TABLETA X5MG	TABLETA		
KETOCONAZOL SUSPENSION ORAL X 100/5ML	SUSPENSION		
KETOCONAZOL TABLETA X200MG	TABLETA		
KETOTIFENO JARABE X 120ML	JARABE		
KETOTIFENO TABLETA X1MG	TABLETA		
LABETALOL 100MG AMPOLLA	AMPOLLA		
LAMIDUVINA +ZIDOVUDINA TABLETAX150/300MG	TABLETA		
LAMIDUVINA SUSPENSION X10MG	SUSPENSION		
LAMIVUDINA+ZIDOVUMINA 150/300 MG TABLETA	TABLETA		
LAMOTRIGINA TABLETA X 100MG	TABLETA		
LAMOTRIGINA TABLETA X50MG	TABLETA		
LEVETIRACETAM TABLETA X500 MG	TABLETA		
LEVETIRACETAM X 1 GR TABLETA	TABLETA		
LEVODOPA+CARDIDOPA TABLETA X 250+25MG	TABLETA		
LEVOMEPRAZINA GOTAS 4%X20ML	GOTAS		
LEVOMEPRAZINA TABLETA X 100MG	TABLETA		
LEVOMEPRAZINA TABLETA X25 MG	TABLETA		
LEVONOGESTREL 0.03 MG BLISTER X 35 TAB	TABLETA		
LEVONOGESTREL 0.15 MG -ETINILESTRADIO0.03 MG BLISTER X 21 TAB	BLUSTER		
LEVONOGESTREL 100 MCG +ETINIESTRADIOL20 MCG (MINIPIL)	BLISTER		
LEVOTIROXINA TAB X 100MCG	TABLETA		
LEVOTIROXINA TAB X 50MCG	TABLETA		
LITIO CARBONATO TAB X 300MG	TABLETA		
LOPERAMIDA TAB X 2 MG	TABLETA		
LOPINAVIR+ RITONAVIR 200/50 MG TABLETA	TABLETA		
LOPINAVIR+RITONAVIR 100/25 MG TABLETA	TABLETA		
LOPINAVIR+RITONAVIR 20MG+80MG FCO 160ML (KALETRA)	SUSPENSION		
LORATADINA 5MG/ML JARABE	JARABE		
LORATADINA TAB X 10MG	TABLETA		
LORAZEPAM TAB X 2MG	TABLETA		
LOSARTAN 100MG TABLETA	TABLETA		
LOSARTAN TABLETA X 50 MG	TABLETA		
LOVASTATINA TABLETA X 20MG	TABLETA		
MEBENDAZOL SUSPENSION	SUSPENSION		
MEBENDAZOL TABLETA 100MG	TABLETA		
MEDROXIPROGESTERONA 5 MG TABLETA	TABLETA		
MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 25 MG+ ESTRADIOL X 5 MG (F)	AMPOLLA		
MEDROXIPROGESTERONA TAB X 5 MG	TABLETA		
MEDROXIPROGESTERONA Y CIPIONATO AMP (CYCLO)	AMPOLLA		
MESALAZINA TABLETA 500MG	TABLETA		
MESTINON TAB X 60 mg	TABLETA		
METFORMINA TABLETA X 850MG	TABLETA		
METIL PREDNISOLONA AMPOLLA X 500 MG	AMPOLLA		

METILERGOMETRINA AMPOLLA X 0.2 MG	AMPOLLA		
METIMAZOL TAB X 5MG	TABLETA		
METOCARBAMOL X 750MG TAB	TABLETA		
METOCLOPRAMIDA GOTAS 4 MG/ML	GOTAS		
METOCLOPRAMIDA AMPOLLA X 10 MG	AMPOLLA		
METOCLOPRAMIDA TAB X 10MG	TABLETA		
METOPROLOL AMPOLLA 5 MG	AMPOLLA		
METOPROLOL TAB X 100 MG	TABLETA		
METOPROLOL TAB X 50 MG	TABLETA		
METOTREXATO SODICO TAB X 2.5 MG	TABLETA		
METRONIDAZOL 250MG/ML SUSP	SUSPENSION		
METRONIDAZOL 500MG/100ML AMPOLLA	AMPOLLA		
METRONIDAZOL TABLETA X 500 MG	TABLETA		
METRONIDAZOL X 500 MG OVULOS VAGINALES	OVULO		
MIDAZOLAM 5MG/ML AMPOLLA	AMPOLLA		
MISOPROSTOL TAB X 200MCG	TABLETA		
NALOXONA CLORHIDRATO 4,MG/ML AMPOLLA	AMPOLLA		
NAPROXENO SUSPENSION 150MG/5ML	SUSPENSION		
NAPROXENO TABLETA X 250 MG	TABLETA		
NEOMICINA + POLIMIXINA SOL OFTAL .3-.5% BASE + 5000-20.0	GOTAS		
NIFEDIPINO CAPSULA X 10MG	TABLETA		
NIFEDIPINO CAPSULA X 30 MG	TABLETA		
NIMODIPINO TABLETA X 30 MG	TABLETA		
NISTATINA + OXIDO DE ZINC CREMA	CREMA		
NISTATINA OVULOS VAGINALES	OVULO		
NISTATINA SUSPENSION	SUSPENSION		
NITROFURANTOINA CAP X 100MG	TABLETA		
NORFLOXACINO CAP X 400MG	TABLETA		
OLANZAPINA TAB X 10 MG	TABLETA		
OLANZAPINA TAB X 5 M	TABLETA		
OMEPRAZOL 20 MG TABLETA	TABLETA		
OMEPRAZOL AMPOLLA X 40 MG	AMPOLLA		
OXACILINA AMP X 1G	AMPOLLA		
OXIMETAZOLINA 0.25% SOL NASAL	GOTAS		
OXIMETAZOLINA SOLUCION NASAL 0.5MG/ ML	GOTAS		
OXIGENO GAS	LITRO		
OXITOCINA AMP X 10 U.I.	AMPOLLA		
PENICILINA AMPOLLA X 400.000 U.I	AMPOLLA		
PENICILINA BENZATINICA AMPOLLA X 2.400.000 U.I	AMPOLLA		
PENICILINA BENZATINICA AMPOLLA X 1.200.000 U.I.	AMPOLLA		
PENICILINA G PROCAINICA POLVO PARA RECONSTITUIR 800.000IU	AMPOLLA		
PENICILINA GASODICA O POTASICA CRISTALINA POLVO PARA RECONSTITUIR 1.000.000	AMPOLLA		
PENICILINA GASODICA O POTASICA CRISTALINA POLVO PARA RECONSTITUIR 5.000.000	AMPOLLA		
PIPOTIAZINA PALMITATO SOLUCION INYECTABLE 25MG/ML	AMPOLLA		
PIRANTEL (EMBONATO O PAMOATO) SUSPENSION ORAL 250MG/15ML	SUSPENSION		
PIRANTEL(EMBONATO O PAMOATO)TABLETA 250MG	TABLETA		
PIRIDOXINA TABLETA X 50MG	TABLETA		
PODOFILINA GOTAS TOPICAS	GOTAS		
POSTDAY TAB X 75MG	TABLETA		
POTASIO CLORURO AMPOLLA 2MEQ/ML	AMPOLLA		
PRAZOSINA TAB X 1MG	TABLETA		
PREDNISOLONA + FELINEFRINA GOTAS OFTALMICAS	GOTAS		
PREDNISOLONA TAB X 5MG	TABLETA		
PREDNISONA TABLETA X 50MG	TABLETA		
PROPRANOLOL X 40 MG TABLETA	TABLETA		
PROPRANOLOL X 80 MG TABLETA	TABLETA		
QUETIAPINA TAB X 100 MG	TABLETA		
QUETIAPINA TAB X 200 MG	TABLETA		

QUETIAPINA TAB X 25 MG	TABLETA		
QUETIAPINA TAB X 300 MG	TABLETA		
QUETIAPINA TAB X50 MG	TABLETA		
RALTEGRAVIR 100MG TABLETA	TABLETA		
RALTEGRAVIR X 25 MG	TABLETA		
RALTEGRAVIR X 400 MG TABLETA	TABLETA		
RINGER LACTATO(SOLUCION HARTMAN) SOLUCION INYECTABLE ESTANDAR 500ML	BOLSA		
RISPERIDONA 2MG TAB	TABLETA		
RISPERIDONA X 1 MG TABLETA	TABLETA		
RITONAVIR + AZANAVIR 300 MG/100 MG	TABLETA		
ROCURONIO BROMURO (ESMERON)	AMPOLLA		
SALBUTAMOL 100MCG INHALADOR	INHALADOR		
SALBUTAMOL JARABE 2MG/5ML	JARABE		
SALES DE REHIDRATACION ORAL	SOBRE		
SERTRALINA 50MG TABLETA	TABLETA		
SERTRALINA 100MG TABLETA	TABLETA		
SODIO CLORURO AL 9% X 500 CC	BOLSA		
SUCCINILCOLINA AMPOLLA X 100 MG	AMPOLLA		
SUCRALFATO X 1 G	TABLETA		
SUERO ANTIOFIDICO POLIVALENTE	AMPOLLA		
SULFADIAZINA PLATA 1% CREMA TOP	CREMA		
SULFATO DE MAGNESIO AMPOLLA	AMPOLLA		
SULFATO DE ZINC FCO	SUSPENSION		
SULFATO FERROSO TAB X 300 MG	TABLETA		
TEOFILINA TAB X 125 MG	TABLETA		
TEOFILINA TAB X 300 MG	TABLETA		
TIAMINA AMPOLLA	AMPOLLA		
TIAMINA TAB	TABLETA		
TIMOLOL 5MG/ML SOL OFTALMICA	GOTAS		
TINIDAZOL TAB	TABLETA		
TOXOIDE AMPOLLA	AMPOLLA		
TRAMADOL 50MG/ML AMPOLLA	AMPOLLA		
TRAMADOL AMPOLLA X 100 MG	AMPOLLA		
TRAMADOL GOTAS 100MG/ML	AMPOLLA		
TRAZODONA TAB	TABLETA		
TRIMEBUTINA TAB X 200 MG	TABLETA		
TRIMETOPRIM+SULFAMETAXAZOL FCO	SUSPENSION		
TRIMETOPRIM+SULFAMETOXAZOL TAB	TABLETA		
VACUNA HEPATITIS B	AMPOLLA		
VALPROICO JARABE	JARABE		
VALPROICO TABLETA	TABLETA		
VERAPAMILO TAB X 120 MG	TABLETA		
VERAPAMILO TABLETA X 80 MG	TABLETA		
VITAMINA A TABLETA X 50.000UI	TABLETA		
VITAMIX SOBRES	SOBRE		
WARFARINA TAB X 5 MG	TABLETA		
ZIDOVUDINA SUSPENSION X 10 MG	SUSPENSION		

TRASLADO DE AMBULANCIA

CODIGO - CUPS	DESCRIPCION PROCEDIMIENTO	CUMPLE	NO CUMPLE
601T0201	Transporte primario urbano (desde el sitio de la urgencia al hospital) básico		
601T0202	Transporte primario rural (desde el sitio de la urgencia al hospital) básico		
601T0203	Transporte primario SOAT (desde el sitio de la urgencia al hospital)urbano o rural		
601T0204	Transporte asistencial básico (TAB) desde o hacia Campoalegre - Neiva		
601T0205	Transporte asistencial básico (TAB) desde o hacia Campoalegre - Hobo		
601T0206	Transporte asistencial básico (TAB) desde o hacia Campoalegre - Gigante		
601T0207	Transporte asistencial básico (TAB) desde o hacia Campoalegre - Algeciras		
601T0209	Transporte asistencial básico (TAB) desde o hacia Campoalegre - Garzón		
601T0208	Valor kilometro para otros destinos no descritos en la resolución		

OTRAS CONDICIONES VERIFICABLES

ITEM	CONDICIONES TECNICAS	CUMPLE	NO CUMPLE
1	El oferente debe ajustarse según lo contemplado por el Ministerio de Salud y Protección Social y todas aquellas normas legales que deroguen, Modifiquen o establezcan estándares de habilitación para la prestación de Servicios de Salud sin causar traumatismo en la prestación del mismo. Dando aplicación a lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y de la Protección Social, y Decreto 780 de 2016. El oferente **ANEXARÁ Certificación Vigente De Habilitación** (Al momento del cierre).		
2	Certificar por escrito que no se encuentran relacionados en el Registro Único De Infractores Ambientales R.U.I.A (**Anexar Certificación).**		
3	El oferente debe estar en condiciones de prestar los servicios con la oportunidad mínima a continuación detallada: Otros procedimientos y cirugías: hasta 15 días Urgencias: en las primeras 24 horas y en todos los casos igual o menor a la oferta presentada, oportunidad estipulada en las Resoluciones 256 de 2016 y Resolución 1552 de mayo 14 de 2013 MINPROTECCION y circular única título II de SUPERSALUD, www.supersalud.gov.co		
4	El oferente debe tener implementado el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención de Salud, acorde al Decreto 780 de 2016 del Ministerio de la Protección Social "…Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud…" Por lo anterior debe presentar certificación suscrita por el representante legal y o quien haga sus veces en la cual garantice que tiene implementado el PAMEC.		
5	El Oferente deberá presentar el portafolio de servicios que relacione capacidad instalada, servicios de salud ofertados habilitados e inscritos en el de Registro de Prestadores de Servicios de Salud de la Secretaria de Salud del Departamento del Huila, líneas telefónicas disponibles de referencia y contra referencia y de información al usuario, debe incluir el modelo de atención en salud junto con la propuesta.		
6	El oferente debe disponer del talento humano necesario y competente para la prestación de los servicios de salud ofertados, y el personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios deberá cumplir con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio e igualmente cumplir con lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social.		
7	El servicio de urgencias debe prestarse de forma ininterrumpida todos los días de la semana, las 24 horas, los 365 días del año, bajo los principios de eficacia, universalidad, y solidaridad. Se debe salvaguardar igualdad de condiciones clínicas teniendo prioridad la atención a maternas, menores de 5 años y adulto mayor. En dado caso de solicitud de atención en el servicio de urgencias para una **URGENCIA VITAL**, tal y como lo consagra la Ley, la atención no requiere autorización previa para la aplicación de los cuidados correspondientes a su necesidad en **ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS**, pero precisa ser avisada dentro de las 24 horas hábiles siguientes a su prestación según Decreto 4747 de 2007. Debe tenerse en cuenta que las URGENCIAS VITALES de conformidad con su definición científica, no requieren autorización, Decreto 4747 del 2007, por lo que este horario no da lugar a interpretaciones tendientes a afectar de manera alguna el acceso, la calidad ni la oportunidad del servicio; sin embargo, dichas urgencias vitales deberán ser reportadas por el contratista, durante las 24 horas siguientes a su atención. Servicios de baja complejidad. La solicitud de autorización se debe realizar a la línea (1) 5804400 ext 7646, 7426, 7695, 7617 y Avantel 3504131671 y 3505546128, 8correo electrónico disan.griss-aut@policia.gov.co; disan.griss-crf@policia.gov.co; disan.refer-nal@policia.gov.co.		
9	**MEDIO AMBIENTE** El oferente a través de certificación se compromete a dar cumplimiento al Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (componente interno) de acuerdo al Decreto 351 de 2014 "*Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividade*s", Resolución 1164 de 2002 "*Por el cual se adopta el Manual de Procedimientos Para La Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares"* , Decreto No. 4741 del 2005 "*Por el cual se reglamenta parcialmente la prevención y el manejo de los residuos o desechos peligrosos generados en el marco de la gestión integral*", y las normas que lo modifiquen y/o adicionen. El oferente deberá cumplir con la normatividad ambiental que le aplique relacionada con vertimientos, gestión de residuos, emisiones atmosféricas, saneamiento básico y manejo de sustancias.		
10	El oferente deberá presentar junto con la **oferta la certificación del cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo** que deberá ser desarrollado por un profesional con licencia de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1072/2015 y la Resolución 00312 de 2019. Debe presentar **certificado** emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total que se encuentre en una escala de valoración "Moderadamente Aceptable" (puntaje entre el 60% y 85 %) y el respectivo plan de mejoramiento a que		

	haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato. Presentar firmado el formulario de compromiso, cumplimiento al SGSST.		
11	El oferente se compromete a dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución 3280 de 2018 y la ley 2244 del 2022 por la cual se adoptan los lineamientos técnicos de ***la ruta integral para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal,*** y demás que le modifiquen, adicionen o sustituyan ***" por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones o "ley de parto digno, respetado y humanizado".***		
12	Realizar atención para las víctimas de violencia sexual sin distingo de sexo, edad, raza, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social. Para eso se debe registrar las acciones de la víctima que puedan tener implicaciones médico-legales y los demás registros, según el reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual, según la Resolución 459 de 2012.		
13	El oferente debe garantizar la realización del 100% de las tecnologías que se estipulen en el contrato, descritas en los diferentes anexos durante el tiempo de ejecución del contrato.		
14	Los reingresos a urgencias por la misma patología en las siguientes 24 horas a la salida, harán parte de la misma atención Inicial de urgencia y con cargo al mismo valor.		
15	El Oferente debe permitir el acceso a los Auditores de la Policía Nacional y la información relacionada con el estado de salud de los pacientes 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 y permitirle realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual, mediante valoraciones periódicas a la institución, verificando las condiciones locativas, y el recurso humano disponible para el desarrollo del presente contrato. Además facilitará la información necesaria para realizar visitas de auditoria concurrente a pacientes.		
16	El oferente dará a conocer el Modelo de prestación de servicios (**anexar documento**).		
17	El Oferente debe garantizar la consulta de Medicina General primera vez. Atención de primera vez a gestantes y de primera vez a 3 días de oportunidad.		
18	Cumplir con las obligaciones de pagar mensualmente los aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales, así como los parafiscales del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando a ello haya lugar de acuerdo con el Decreto 1273 de 2018; 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.		
19	El Oferente deberá contar con el Sistema estructurado de referencia y contrarreferencia y atención al usuario, a fin de que una vez dado de alta (egreso hospitalario) o consulta (ínter consulta o remisión) por especialista sea remitida la información de la atención brindada a los correos disan.griss-aut@policia.gov.co, disan.griss-crf@policia.gov.co, disan.refer-nal@policia.gov.co y a los 350-413-1671 y 350-554-6128 , por lo tanto si el usuario no es portador de la **autorización vigente**, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 los correos disan.rase2-aut@policia.gov.co, deuil.rases-rco@policia.gov.co para obtener su consentimiento antes de prestar el servicio.		
20	Todo servicio electivo, fuera del plan de beneficios del SSPN, el proveedor deberá tramitar para estudio la aprobación ante el Comité Técnico Científico (CTC del nivel central DISAN), para lo cual el especialista tratante de la IPS oferente diligenciará completamente el formato de justificación diseñado para tal fin por parte del Subsistema de Salud de la Policía Nacional y remitirlo a la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, para que ésta adelante el trámite ante el CTC del nivel central. No se admiten formatos institucionales del proveedor. Solo cuando el procedimiento o medicamento se requiera 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 éstos serán reportados posteriormente a la central de autorizaciones. Esto con el fin de asegurar el tratamiento oportuno de los usuarios que requieran dichos procedimientos, garantizando la recuperación y mejoramiento de la calidad de vida de los mismos.		
21	La institución oferente se compromete a que exista disponibilidad de camas en hospitalización general, para los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, a cargo del contrato celebrado con dicha entidad, o en su defecto a gestionar la remisión del enfermo dentro del término máximo de las dos (02) horas siguientes a la determinación de la necesidad de referencia por parte del personal médico.		
22	El Oferente deberá suministrar mensualmente, con la radicación de la cuenta de cobro, los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), para dar cumplimiento a las obligaciones y condiciones delimitadas en el parágrafo 2º del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007 y demás normas que lo adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan.		
23	El Oferente se compromete a reportar al supervisor del contrato los indicadores de las Circulares Externas de la Super-salud 030 de 2006, y 056 - 058 de 2009. Así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía		

	de Calidad de la Atención en Salud. Así mismo lo indica la Resolución 256 del 5 de febrero del 2016 "por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud."		
24	Aplicabilidad a la ley 594 de 2000 (julio 14) "Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones", en la presentación de las facturas o cuentas de cobro de los servicios de salud prestados.		
25	El oferente deberá realizar la atención a las gestantes de acuerdo a lo establecido en la guía No. 11 y 15 de 2013 "Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio". Las atenciones en el servicio de se realizaran de acuerdo a lo contemplado en la guía y los procedimientos anexos.		
26	El Oferente brindará atención preferencial a las gestantes, recién nacidos, niños, niñas, adolescentes, discapacitados y adulto mayor en todos los servicios asistenciales y administrativos. Así mismo, proteger en todo momento los derechos constitucionales de las niñas, niños y adolescentes, en especial, los referentes a la salud y a la vida en condiciones de calidad y de dignidad.		
27	Es obligación del Oferente la correcta disposición final de los residuos peligrosos y de tener las respectivas actas de disposición final de los mismos de acuerdo a lo establecido en la normatividad ambiental vigente. Asimismo y en cumplimiento a la Resolución 1164 de 2002, Decreto 351 de 2014, debe contar con un plan de gestión integral de residuos sólidos generados en atención de la salud y otras actividades (PGIRASA). Contar con un gestor de residuos sólidos peligrosos con características biológicas como los descritos dentro del Decreto 4741 de 2005.		
28	El oferente dará aplicabilidad y cumplimiento al instructivo Nº 028 DISAN-PLANE 70 del 07 de Julio de 2020, "*POR EL CUAL SE IMPARTEN LINEAMIENTOS TECNICOS PARA LA CONTRATACION DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS EN UNIDADES DESCONCENTRADAS.*		
29	El oferente debe contar con los equipos biomédicos que serán utilizados para el desarrollo del contrato que se llegare a celebrar, así como velar por sus buenas condiciones técnicas para su correcto funcionamiento.		
30	El oferente se compromete a dar Aplicabilidad y cumplimiento según corresponda a la "***CIRCULAR EXTERNA 00004 DEL 20 DE MARZO 2015 SUPERSALUD*****,** *en la cual se Imparten instrucciones para la prestación de los servicios de salud a las personas adultas mayores por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio EAPB e Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud*". Algunos apartes de dicha circular son: • ATENCIÓN ESPECIAL. Las personas de 60 años de edad o más son sujetos de protección constitucional reforzada, que demandan del Estado y de los actores del sistema, una atención en salud prioritaria y especial, sin que sea posible limitar su acceso a los servicios de salud por cuenta de trámites administrativos o cuestiones económicas. • PROCESOS DE ATENCIÓN INTERSECTORIALES E INTERDISCIPLINARIOS. Para garantizar las condiciones de atención especial a la población adulta mayor, las instituciones del sector salud deberán definir, dentro de los dos meses siguientes a la publicación de la presente circular, los procesos intersectoriales e interdisciplinarios[6] de atención en salud, los cuales estarán a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud para su verificación cuando esta lo requiera[• ATENCIÓN OPORTUNA. ASIGNACIÓN DE CITAS DE MEDICINA GENERAL, ODONTOLOGÍA, MEDICINA ESPECIALIZADA Y DE APOYOS DIAGNÓSTICOS. Las entidades vigiladas tendrán agendas abiertas durante todos los días hábiles del año y deberán asignar las citas de medicina general, odontológica, medicina especializada y apoyos diagnósticos a los afiliados de 60 años o más, dentro de las 48 horas siguientes a la solicitud por parte de estos. o Atención oportuna, asignación de citas de medicina general, odontología, medicina especializada y apoyos diagnósticos. o Agendas abiertas todos los días hábiles del año y asignación de cita a mayores de 60 años a más tardar en 48 horas a través de canales no presenciales seguros y confiables. o Implementar los programas de promoción y prevención que propendan por el desarrollo integral, protección física y mental de la población adulta mayor, con el propósito de fomentar la adopción de estilos de vida saludables, el control de enfermedades crónicas no transmisibles y la reducción de riesgos en estos pacientes. ENTREGA ÍNTEGRA Y OPORTUNA DE MEDICAMENTOS. La entrega de medicamentos a las personas de 60 años o más se hará de manera íntegra y oportuna al momento de la solicitud. Cuando las vigiladas no entreguen de manera inmediata los medicamentos POS, deberá garantizarse su entrega en el lugar dispuesto, en un plazo máximo de 48 horas siguientes a la solicitud, salvo que la patología del adulto mayor no dé espera, caso en el cual el asegurador deberá adelantar los trámites pertinentes para garantizar la entrega inmediata en su domicilio o en el lugar establecido para el efecto, so pena de las sanciones administrativas a que haya lugar.		

	CONTINUIDAD EN EL TRATAMIENTO. Las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben garantizar la continuidad en los tratamientos médicos de las personas adultas mayores, sin que sea posible su interrupción por razones administrativas o económicas.		
31	El contratista se compromete a dar Aplicabilidad y cumplimiento según corresponda a la decreto 441 del 28 de marzo del 2022 "Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud"		
32	En el caso de que sean necesitados y/o requeridos procedimientos, exámenes, servicios médicos que no estén incluidos en el contrato, podrán ser incluidos dentro del mismo bajo los siguientes parámetros así; ➢ Deberán ser cotizados por la entidad contratista, aplicando los mismos descuentos de los demás servicios pactados al inicio del contrato. ➢ El contratista indicará y presentará la habilitación del servicio cotizado, acorde a la resolución 3100 del 25-11-2019 "*Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud*"**.** ➢ Indicar si es el caso, tutela, desacato u orden de autoridad judicial. ➢ Todo servicios se prestaran una vez tengan el aval del supervisor del contrato y la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, previa revisión, verificación y análisis de auditoria médica (referencia y contrareferencia). ➢ La entidad contratista será notificada del servicio adicional incluido, el cual será facturado según lo pactado y con cargo al contrato suscrito. Esto con el fin de asegurar el tratamiento inmediato, oportuno y adecuado de los usuarios del Subsistema de salud de la Policía Nacional que requieran procedimientos o servicios de salud, garantizando así, la recuperación, mejoramiento de la salud y el derecho a la vida, de los mismos.		
33	Iinformar al supervisor del contrato una vez se encuentre ejecutado en un Cincuenta (50%) y Ochenta (80%). respectivamente.		
34	Suministrar en forma oportuna y por el medio más expedito a la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD HUILA la información para responder las peticiones, quejas y reclamos de los afiliados y de las Entidades de Control y/o Autoridades Judiciales, y en general dar respuesta escrita a las solicitudes que formule UNIDAD PRESTADORA DE SALUD HUILA con ocasión de la ejecución del contrato, en un término no superior a cinco (5) días hábiles o en el término dispuesto por la entidad de control y/o autoridad judicial.		
35	EL PRESTADOR se obliga a no emplear o usar los datos personales e información de los usuarios en fines diferentes al objeto del contrato, lo anterior sin perjuicio a lo establecido denominada como Protección de Datos Personales.		
36	El Oferente dará respuesta oportuna a las glosas realizadas por el Auditor de Cuentas de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2.		
37	El oferente deberá anexar resolución, circular, acuerdo y/o acto administrativo mediante el cual expide el valor de las tarifas propias (procedimientos, medicamentos, insumos médicos, ambulancias etc). Para los procedimientos y servicios de ambulancia deben venir debidamente ajustado a la resolución 2775 del 2022 código CUPS, con sus respectivos valores. (Anexar en formato Excel o editable).		

PARA LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS.

a. Todo medicamento será de conformidad a lo estipulado en el ACUERDO 052 DEL 03 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP (Manual Único de Medicamentos y terapéutica para las Fuerzas Militares y Policía Nacional y prestación de servicios de salud contemplados en el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial (Acuerdo 002 del 27 abril 2001), como primera instancia. Toda solicitud que se encuentre fuera de estos acuerdos debe estar completamente justificada por el especialista y/o médico tratante en la historia clínica y en los formatos establecidos por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2, con el fin de ser evaluados por el Comité Técnico Científico de la Dirección de Sanidad.

b. Todos los medicamentos suministrados durante la atención a los usuarios, deberán ser los catalogados de acuerdo al MANUAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA consagrado en el Acuerdo 052 de 2013.

c. Cuando se requiera una molécula de MARCA, solo será autorizada por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2 cuando se haya agotado las posibilidades terapéuticas contenidas en el Acuerdo 052 de 2013 "Manual de Medicamentos y Terapéutica para el SSMP" la orden médica debe estar completamente justificada por el especialista y/o médico tratante en la historia

clínica y en los formatos establecidos por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2, siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos en la normatividad vigente con el fin de ser evaluados por el Comité Técnico Científico de la Dirección de Sanidad.

d. La prescripción de los medicamentos tendrá un lapso y vigencia de 72 horas, contadas a partir de la fecha de expedición de la fórmula médica. La fórmula original deberá ser anexada a la fórmula médica transcrita como evidencia de la transcripción de la misma y deberá cumplir con los requisitos de ley: Nombre del usuario, identificación, diagnóstico, nombre del medicamento, cantidad ordenada, dosificación, tiempo de tratamiento y firma del médico tratante.

e. La prescripción de medicamentos en urgencias podrá ser entregada para el manejo ambulatorio de la patología por un término no superior a (3) tres días calendario. Esta característica se tendrá en cuenta los días viernes, sábado, domingos y lunes festivos, y se autorizará en los casos especiales como la semana mayor (semana santa) en la cual se autoriza el suministro durante el puente de esta festividad.

f. Como constancia de recibido, la fórmula deberá venir firmada por el usuario o representante, es decir, la persona que haya recibido el medicamento).

PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS MÉDICOS

Se prestará el servicio de **MEDICINA GENERAL AMBULATORIA** como puerta de entrada.

LA ATENCIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS SE PRESTARÁ TENIENDO EN CUENTA:

1. Las definiciones que para el caso establece la Ley Colombiana: Decreto 412 de 1992 y demás reglamentaciones que se expidan al respecto.
2. Para el caso de las urgencias vitales (esto no aplica en la atención ambulatoria), se autoriza la atención por las especialidades previstas en el portafolio de servicios de la entidad, las cuales deberán contar con los soportes respectivos de justificación de la urgencia (Anexo 2 Resolución No. 3047 de 2008); así mismo deberá anexar a la factura de cobro, la autorización emanada por la oficina de REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA de la de la Dirección de Sanidad a nivel central (Referencia Nacional).
3. EL CONTRATISTA debe garantizar los servicios complementarios para la atención de urgencias a través de servicios propios o disponibles, a saber, hospitalización, sala de partos, radiología básica, laboratorio clínico, quirófano y suministro de medicamentos para la atención de la urgencia; dichos servicios deben ser solicitados a través del Anexo 3 de la Resolución No. 3047 de 2008 y aplicarán los tiempos de autorización definidos en dicha resolución.
4. Las ayudas diagnósticas (Radiología y Laboratorio Clínico) solicitadas en urgencias serán solamente las necesarias para la atención inicial de urgencias y estarán bajo los parámetros establecidos por la Dirección de Sanidad basados en el Instructivo N° 018 del 29/10/2015 DISAN/AGESA, instructivo N°012 del 06/04/2020 DISAN-PLANE, que trata de la malla de pertinencia para la Referencia y Contrarreferencia.
5. Todas las solicitudes de atención inicial de urgencias y las autorizaciones derivadas de dicha atención de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional deberán comunicarse a la central de autorizaciones de la Dirección de Sanidad por vía telefónica a la línea de atención: 5804400 extensiones 7646, 7426, 7695, 7617 y AVANTEL 3505546128 o a los correos electrónicos *disan.arasi-aut@policia.gov.co*, *disan.arasi-crf@policia.gov.co*, *disan.refer-nal@policia.gov.co* Independientemente que la IPS cuente con contrato vigente con la Dirección de Sanidad, es obligatoria la notificación de la atención inicial de urgencias con el fin de generar el respectivo código de la atención y llevar el seguimiento al mismo. Para obtener mas información sobre la validación de derechos de servicios de salud para los beneficiarios de la Policia Nacional pueden comunicarse a los números de teléfonos asi**: 350-413-1671 y 350-554-6128.**
6. En caso de que la IPS no solicite el código de notificación de la urgencia será causal de glosa tal como se encuentra contemplado en la Resolución No. 3047 de 2008 “Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007”.

7. Toda autorización de servicios de atención inicial de urgencias medicas deben ser solicitados mediante el anexo No. 2 y demás soportes como historia clínica, epicrisis o que soportes la solicitud. (esta primera atención inicial de urgencia cubre de 1 a 3 días de estancia si requiere dicha estancia) ya si requiere más prorroga de estancia debe solicitar a referencia de cada unidad. Para beneficiarios correspondiente al Huila, es competencia REFERENCIA HUILA y puede ser solicitada a los correos disan.rase2-aut@policia.gov.co, deuil.rases-rco@policia.gov.co**.** Asimismo, para solicitar estancias hospitalarias y/o procedimientos derivados, la entidad prestadora del servicio de salud debe solicitarlas al correo **disan.griss-crf@policia.gov.co.**
8. **RESOLUCIÓN NÚMERO 003047 del 14 de agosto 2008**, "Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007". **Artículo 4. Formato y procedimiento para la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias**. Si para la realización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización, se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 3 que hace parte integral de la presente resolución. La solicitud de autorización para continuar la atención, una vez superada la atención inicial de urgencias, se realizará dentro de las cuatro (4) horas siguientes a la terminación de dicha atención. En caso que se requieran servicios adicionales a la primera autorización en el servicio de urgencias o internación, la solicitud de autorización se deberá enviar antes del vencimiento de la autorización vigente, o a más tardar dentro de las doce (12) horas siguientes a su terminación. ***En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados a los medios de recepción de información establecidos en el artículo 10 de la presente resolución, en un período no menor de cuatro (4) horas, con intervalos entre cada intento no menor a media hora, el prestador de servicios de salud no logre comunicación con la entidad responsable del pago, deberá remitir la solicitud de autorización por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de salud.*** ***La constancia de este envío se anexará a la factura, quedando prohibido para la entidad responsable de pago objetar el pago de los servicios con el argumento de que no le fue solicitada la autorización oportunamente.*** El prestador de servicios de salud insistirá en la comunicación con la entidad responsable del pago, procurando que los servicios cuenten con la autorización correspondiente.

   Referencia Nacional **NO autoriza:**

- Prorrogas de estancia
- Pruebas COVID
- Ambulancias
- Pacientes programados para cirugía
- Citas de consulta externa
- Soat
- Atentados

9. Las ESE HOSPITALES, IPS, deben realizar solicitud de autorización mediante anexo No. 3 para los siguientes servicios así: **servicios de consulta externa, ambulatorio, prueba COVID, transporte de ambulancia, programaciones de cirugía, prorrogas de estancia, servicio de soat, tutelas,** recuerden que las autorizaciones deben ser sistematizada SISAP WEB, deben emitirles código de la autorización.
10. Para la autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, se deberá comunicar directamente con la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 al correo deuil.rases-

rco@policia.gov.co con el fin de obtener la autorización de la estancia hospitalaria y demás procedimientos que requiera el usuario del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

11. En caso de que la IPS no solicite el código de notificación de la urgencia será causal de glosa tal como se encuentra contemplado en la Resolución No. 3047 de 2008.

El paciente que ingresa al servicio de URGENCIAS de la IPS contratada, deberá presentar los siguientes documentos para ser atendidos a NOMBRE DE LA POLICIA NACIONAL:

Usuarios menores de edad: Deberá mostrar como mínimo un documento que lo identifique.	Registro Civil, tarjeta de identidad
Usuarios mayores de edad: Deberá mostrar como mínimo un documento que lo identifique.	Cédula de ciudadanía.
No obstante, lo anterior, la IPS como entidad de salud está obligada a atender la URGENCIA VITAL de acuerdo a lo reglamentado por el Decreto 412 de 1992 del Ministerio de Salud.	IMPORTANTE

LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN SE PRESTARÁ CON BASE EN:

1. Los usuarios que requieran hospitalización serán internados según las indicaciones médicas justificadas por la patología, procedimientos quirúrgicos que requieran la internación inmediata y no sea pertinente la observación.
2. La hospitalización debe ser notificada a la OFICINA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 en la ciudad de Neiva, aplicando el procedimiento de Referencia y Contrarreferencia del caso, quienes dispondrán si es manejada en ese nivel o se toman las medidas de traslado, siempre y cuando se compruebe que no se expone la salud o la vida del usuario.

NOTA: Esta atención deberá contar con el formato de autorizaciones de la Oficina de Referencia y Contra-referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, de lo contrario el servicio no se reconocerá para pago.

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Los servicios de BAJA COMPLEJIDAD a contratar serán los complementarios a los ya contratados a través de la RED PROPIA que incluye MEDICINA GENERAL y las actividades de PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

TODAS LAS ATENCIONES DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DEBEN SER DEBIDAMENTE SOPORTADAS Y ESTÁN EXPUESTAS A AUDITORIA, por parte de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 y solo se podrán prestar con la previa autorización emitida por la OFICINA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2. (Deuil.rases-rco@policia.gov.co)

Para los programas de vacunación y detección temprana de alteraciones del embarazo, parto y puerperio no se requerirá de autorización previa para este servicio debido a que es considerada una población vulnerable en la que se deben evitar barreras que afecten la cobertura de la prestación de los servicios de salud.

AYUDAS DIAGNÓSTICAS Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA

La complementación de los servicios médico asistenciales ambulatorios, se requieren los servicios de LABORATORIO CLÍNICO BÁSICO/, IMAGENOLOGÍA BÁSICA y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA, en especial, y la ENTREGA DE MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS.

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Las ayudas diagnósticas solo serán prescritas por los profesionales de la entidad contratada y nunca por profesionales que no pertenezcan a su red.

NO DEBEN REALIZARSE TRANSCRIPCIONES de atenciones efectuadas a través de otros profesionales, especialistas o contratistas particulares diferentes a la IPS contratada con la PONAL. Incluye: laboratorio clínico y radiología de BAJA, Baja Complejidad. Las de BAJA COMPLEJIDAD son la pertinencia y ordenadas por parte de medicina general, las de Baja Complejidad pertinencia a los médicos especialistas quienes también podrán ordenar ayudas diagnosticas de BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD.

LAS AYUDAS DIAGNOSTICAS SIEMPRE REQUERIRÁN LA AUTORIZACIÓN DE LA OFICINA DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 2.

MECANISMO ENVIO FORMATOS

En lo referente al envío de los formatos de que trata la Resolución No. 4331 de 2012 *"Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009."* la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 ha implementado el siguiente mecanismo de comunicación:

1. Directamente por las direcciones de correo electrónico habilitadas para tal fin, los cuales son las descritas a continuación: deuil.rases-rco@policia.gov.co

El CONTRATISTA SE COMPROMETE A REPORTAR LOS SERVICIOS Y MEDICAMENTOS QUE SE ENCUENTRAN POR FUERA DEL POS Y DEL MANUAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA DE LA POLICÍA NACIONAL, CON LA JUSTIFICACION MEDICA, ENVIANDO EN FISICO EL REPORTE JUNTO A LA FACTURACION MENSUAL.

ESTOS DEBEN SER PRESTADOS Y SUMINISTRADOS POR PARTE DE LA IPS SIN QUE SE AFECTE LA ATENCION AL USUARIO.

_____

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

GARANTIAS DEL PROCESO

NOTA: De conformidad con Decreto 1082 de 2015, articulo 2.2.1.2.1.4.5 y el artículo 7 de la ley 1150 de 2007, Las garantías no serán obligatorias en los contratos de empréstito, en los interadministrativos, por ser una entidad estatal, la cual no cuenta con la asignación de recursos propios para expedir y pagar pólizas exclusivas para cada uno de los contratos que celebre, se le permitirá asumir la garantía de los riesgos por medio de las pólizas de manejo del sector global que amparan como tomador a cada una de las **EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO**.

ETAPA PRECONTRACTUAL

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA

ETAPA CONTRACTUAL (NO APLICA)

CLAUSULAS SANCIONATORIAS

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA

ANÁLISIS DE RIESGO DEL PROCESO

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA

No.	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción	Consecuencia de la Ocurrencia del Evento	Probabilidad	Impacto	Calificación Total	Prioridad	¿A quién se le asigna el riesgo?	Tratamiento controles a ser implementados	Impacto después del tratamiento				Afecta la ejecución del contrato	¿Afecta el equilibrio económico del contrato?	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se complementa el tratamiento	Monitoreo y Revisión	
													Probabilidad	Impacto	Calificación	Calificación total						¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?
1	ESPECIFICO	EXTERNO	EJECUCION	OPERACIONAL	Que el arrendador termine el contrato, antes del plazo de ejecución pactado	Terminación anormal del proceso de contratación y no cumplimiento del objeto del contrato, mala calidad de servicio para nuestros usuarios	1	4	5	MEDIO	CONTRATISTA	Informes, actas, solicitudes, comunicaciones oficiales.	1	2	3	BAJO	SI	SI	SUPERVISOR DEL CONTRATO	Adjudicación del contrato	Terminación del contrato	Informe de supervisión	INMEDIATAMENTE SE CONOCE LA NOVEDAD

Nombre y Firma Representante legal _____
CC N° _____
Nombre Razón Social y NIT_____

1. Poner a disposición del **CONTRATISTA** los bienes y lugares que se requieran para la ejecución y entrega del objeto contratado.

2. Una vez se surta el proceso de contratación estatal, asignar un Supervisor, a través de quien la **POLICÍA NACIONAL** mantendrá la interlocución permanente y directa con el **CONTRATISTA**.

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

4. Recibir a satisfacción los bienes y/o servicios que sean entregados por el **CONTRATISTA,** cuando estos cumplan con las condiciones establecidas y en especial las especificaciones u obligaciones técnicas contenidas en el anexo técnico.

5. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar, para lo cual el Supervisor dará aviso oportuno a la POLICÍA NACIONAL, sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento**.**

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

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

8. Solicitar y recibir información técnica respecto del bien o servicio y demás del **CONTRATISTA** en desarrollo del objeto del contractual.

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

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

1. Cumplir con los protocolos establecidos para la prestación de servicios médicos hospitalarios de BAJA COMPLEJIDAD.
2. Practicar única y exclusivamente los procedimientos dispuestos mediante autorización firmada por el Jefe de Sanidad o quien éste designe.
3. Cumplir con las condiciones técnicas que se exijan para la presentación de la propuesta.
4. Todos los servicios de salud que sean clasificados según la norma vigente como mediana complejidad, ofertados por la **E.S.E HOSPITAL DEL ROSARIO** de Campo-alegre, serán prestados mediante el ámbito hospitalario. En el caso de que sean necesitados y/o requeridos para el ámbito ambulatorio, estos servicios se prestaran una vez tengan el aval de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, y el supervisor del contrato, previa revisión, verificación y análisis de auditoria médica (referencia y contrareferencia) y sea notificada la entidad prestadora. (**Aplica para el Lote I**)
5. **El contratista deberá sostener los precios y tarifas ofrecidas para cada vigencia, durante el plazo de ejecución del Contrato y sus adicciones**. **Las tarifas ofertadas a SOAT se facturarán al inicio de cada vigencia anual de acuerdo al incremento de Ley y las tarifas institucionales se incrementarán de acuerdo con el S.M.L.M.V decretado por el Gobierno Nacional.**
6. Una vez sean actualizados los precios de medicamentos y/o dispositivos médicos de venta institucional por parte de las entidades, esta, deberá presentar informe detallado donde se justifique su incremento, con sus respectivos valores, códigos y análisis comparativo. Asimismo las nuevas tarifas se aplicaran una vez tengan el aval de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 previa revisión de auditoria médica y se notifiquen a las entidades.
7. Presentar plan de contingencia en el evento de presentar falla los equipos, o casos de fuerza mayor con los profesionales.
8. Entregar una estadística mensual de los pacientes atendidos incluyendo el número del documento y nombres completos del paciente, la fecha de atención y el servicio prestado.
9. El contratista debe disponer de por lo menos una línea telefónica, para poder tener comunicación constantemente con la entidad.
10. Para la autorización del servicio, debe presentarse documento de identificación en original según el caso (Registro civil de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad). (Atención de urgencias vitales y atención inicial de urgencias). **Boletín de autorización vigente** Los servicios electivos (programados), se prestarán previa verificación de derechos y autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 , por lo tanto si el usuario no es portador de la **autorización vigente**, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 a los correos deuil.rases-rco@policia.gov.co para obtener su consentimiento antes de prestar el servicio.. **Boletín de autorización vigente** Los servicios electivos (programados), se prestarán previa verificación de derechos y autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 , por lo tanto si el usuario no es portador de la **autorización vigente**, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 a los correos disan.griss-aut@policia.gov.co , disan.griss-crf@policia.gov.co , disan.refer-nal@policia.gov.co y a los 350-413-1671 y 350-554-6128 , por lo tanto si el usuario no es portador de la autorización vigente, es deber de la IPS o proveedor, comunicarse con la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 los correos disan.rase2-aut@policia.gov.co y deuil.rases-rco@policia.gov.co para obtener su consentimiento antes de prestar el servicio.
11. Todo procedimiento adicional que no haga parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado, y que el proveedor estime conveniente en un momento dado atender al usuario, así se encuentre entre el listado contractual y tarifado, requerirá el aval por parte de la central de autorización de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, sin que se convierta en obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente.
12. 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 SSPN. Este estará sujeto a glosa total hasta que el comité ADHOC de la IPS y la dependencia de Garantía de la Calidad (GARCA) de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, se reúnan y expidan el plan de mejoramiento y se determine la inherencia del evento para determinar el monto a cancelar definitivo.
13. El contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes ***cinco días a su ocurrencia***, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los costos de salud derivados del evento adverso. (Dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-FR-006 Reporte de Incidentes y Eventos Adversos que se adjunta a la presente minuta contractual.

14. El contratista se compromete a NO continuar prestando los servicios objeto del presente contrato una vez este agotado el valor del contrato, **SALVO** en casos de urgencia médica debidamente justificada de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumpla con las anteriores condiciones, no serán pagados por el CONTRATANTE.
15. **El contratista debe dar a conocer a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 las Guías de manejo institucionales**.
16. La radicación de la facturación (Impresa y en medio magnético) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los **DIEZ (10) PRIMEROS DÍAS HÁBILES 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.REGIONAL
- 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, legajada con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja lapicero negro; para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias.
- Presentar original de la autorización del servicio.
- Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El cual debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 de 2000 del MINSALUD 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)” Se debe anexar el CD con el RIPS correspondiente, además del cuadro en Excel según el instructivo 013 del 04/06/13 de la DISAN.

17. EL CONTRATISTA DEBE SUMINISTRAR A LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO: 1.) Notificar al supervisor del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato. 2.) **Informar al supervisor del contrato semanalmente el valor ejecutado del contrato y cuando el contrato se encuentre en un 80% ejecutado**. 3) Debe reportar al supervisor del contrato los indicadores de la Circular Externa Supersalud 056 y 058 de 2009, así como los Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. 4.) Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Jefatura de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 o el ordenador del gasto. 5.) **Enviar el primer día hábil de cada semana a la** Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 **la información de notificación epidemiológica semanal (solo se notifica los casos de usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional).**
18. El contratista Generara de manera mensual estadística de eventos adversos y auditoria al 100% de estos, comprometiéndose en todos los casos a establecer planes de mejoramiento.
19. El contratista debe tener disponibilidad de oficina de atención al usuario, y en todo caso cualquier queja interpuesta deber dársele el tramite respectivo del cual se enviar copia al supervisor del contrato, o en su defecto a la oficina de garantía y calidad de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2.
20. El contratista no atenderá pacientes que no cuenten con la debida autorización vigente por parte de la oficina de referencia y contrarreferencia de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, teniendo en cuenta que dicha autorización tiene vigencia (06) meses calendario; procedimientos realizados en estas condiciones no serán cancelados por el CONTRATANTE.
21. Disponer de los indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud e implementar sus propios programas de Auditoria de conformidad con el Decreto 1011 de 2006 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o complementen.
22. Presentar el resultado del análisis de los eventos adversos que sean requeridos por la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, dentro de los treinta (30) días siguientes a la solicitud, así mismo asistir a la cita concertada para cierre de esos casos.
23. Presentar el plan de mejoramiento derivado de las visitas de calidad realizadas por la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 y el resultado de la ejecución del mismo, en los casos en los que haya lugar.
24. Garantizar y respetar los derechos de los pacientes de conformidad con la Ley 23 de 1981, la Circular Externa Conjunta 0016 de 2013 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.
25. El PRESTADOR se compromete a recolectar y reportar mensualmente al Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, el registro por persona de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento,

según el Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la Resolución No. 4505 de 2012, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicho reporte deberá ser enviado a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 dentro de los primeros diez (10) días calendario mediante él envió al correo electrónico deuil.rases-epi@policia.gov.co.

26. Capacitar a su personal en el registro y soporte clínico relacionado con las actividades de Proyección Especifica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.
27. Reportar de manera escrita, en un plazo no mayor a quince (15) días previos al registro, la novedad de cierre de los servicios de urgencias y hospitalización, en caso de que estos hayan sido contratados por la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 , lo anterior según lo establece la Resolución 003100 de 2019 “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”.
28. Verificar la calidad de afiliado del usuario que solicite ser atendido haciendo uso de los mecanismos de validación de derechos dispuestos por la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2.
29. Las Actividades, Intervenciones, Procedimientos y Medicamentos no contemplados en el Plan de Beneficios en Salud y que hayan sido ordenados en fallos de tutela y/o medidas provisionales deberán cumplirse estrictamente conforme lo ordene la providencia del Juez de Conocimiento, e informará a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 para que esta genere la autorización.
30. Prestar el servicio de urgencias a los usuarios de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, e informar y reportar el ingreso de sus afiliados al servicio de urgencias, incluyendo las urgencias por eventos catastróficos dentro de las veinticuatro (24) horas hábiles siguientes al ingreso, de acuerdo a lo señalado en el Decreto 4747 de 2007, la Resolución 3047 de 2008 y demás normas que lo adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan.
31. Reportar la capacidad instalada de los servicios objeto de contratación, conforme al REPS.
32. Prestar atención a los pacientes del programa de VIH (Gestantes, pacientes con Tuberculosis, hijos de madre VIH menores de 18 meses), de acuerdo a las guías de manejo, establecidas por el MSPS, para cada una de las patologías; realizando y reportando los laboratorios y seguimientos del usuario, su familia y la gestión del riesgo de acuerdo a las frecuencias establecidas y como mínimo una vez cada doce (12) meses y detección temprana de acuerdo a la normatividad vigente, se deberá enviar reporte al correo deuil.rases-rco@policia.gov.co, los primeros 5 de cada mes.
33. Realizar gestión del riesgo y detección temprana, para el diagnóstico oportuno de las enfermedades precursoras de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), Hipertensión Arterial y Diabetes; realizando y reportando los exámenes de laboratorio y seguimientos del usuario, su familia y la gestión del riesgo de acuerdo a las frecuencias establecidas y como mínimo una vez cada 12 meses.
34. Realizar detección temprana de cáncer de cuello uterino y mama, informando a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 oportunamente los resultados para definir plan de manejo.
35. Destinar los recursos entregados para la ejecución de los servicios contratados, velando en todo momento por el manejo acertado, correcto y racional de los mismos.
36. Cumplir con la oportunidad pactada en la prestación de los servicios objeto del presente contrato.
37. Identificar complicaciones derivadas de la atención, y en caso de requerir otro nivel de complejidad, informar a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, este hecho.
38. Solicitar autorización a la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2de cualquier remisión de pacientes que se requiera efectuar a otro nivel de complejidad.
39. Mantener vigente, durante todo el término de duración del contrato, su habilitación como prestador de servicios de salud e informar a más tardar al día hábil siguiente de la ocurrencia de cualquier modificación que se genere respecto de la habilitación. La Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 podrá verificar en cualquier momento la habilitación, las condiciones de prestación del servicio y las instalaciones del PRESTADOR. En este sentido, El PRESTADOR se obliga a declarar los servicios habilitados y reportar las novedades frente a los mismos a los órganos de control; cualquier incumplimiento de esta obligación constituirá causal válida de terminación unilateral del contrato por parte de LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, sin perjuicio de las acciones a que haya lugar.
40. Suministrar en forma oportuna y por el medio más expedito a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 la información para responder las peticiones, quejas y reclamos de los afiliados y de las Entidades de Control y/o Autoridades Judiciales, y en general dar respuesta escrita a las solicitudes que formule LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 con ocasión de la ejecución del contrato, en un término no superior a cinco (5) días hábiles o en el término dispuesto por la entidad de control y/o autoridad judicial.

41. Apoyar y facilitar las labores de auditoría, supervisión, evaluación y control que LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 realice en forma directa, asistiendo y participando de los comités que cite LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 y/o en aquellos que acuerden las partes. Las recomendaciones que se deriven de dichos comités deben ser implementadas por el PRESTADOR, quien deberá informar a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 la implementación de las recomendaciones dentro del mes siguiente a su solicitud.
42. Informar oportunamente a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 los casos de presunta suplantación o fraude de usuarios y prestar toda su colaboración en la prevención y seguimiento de fraudes, así como en la identificación y obtención de materiales probatorios.
43. Suministrar oportunamente la información relacionada con la prestación de servicios de salud derivada de accidentes de tránsito y enfermedades catastróficas.
44. Informar cuando se presente a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 sobre el fallecimiento de usuarios que se produzca en sus instalaciones o bajo su tratamiento al correo electrónico que se designe para tal efecto, adjuntando copia del certificado de defunción. Sin perjuicio del reporte que se debe realizar a través de la herramienta SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud de conformidad con la normatividad vigente
45. Proveer la información solicitada de forma clara, y oportuna conforme a los plazos establecidos, tal y como lo dispone el artículo 114 de la Ley 1438 del 2011.
46. Permitir a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 la consulta de la información relacionada con el estado de salud y la prestación de los servicios a los afiliados de La Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, facilitando copia de la historia clínica y anexos de ésta, en medio magnético o físico, con el fin de dar trámite a requerimientos judiciales y prejudiciales, requerimientos de autoridades administrativas y labores de auditoría médica efectuada por LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2. Así mismo, el PRESTADOR se compromete a suministrar la copia de la historia clínica a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, dentro de los plazos impuestos por la autoridad Judicial o Administrativa.
47. Suministrar mensualmente, con la radicación de la cuenta de cobro, los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), para dar cumplimiento a las obligaciones y condiciones delimitadas en el parágrafo 2º del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007 y demás normas que lo adicionen, aclaren, modifiquen o sustituyan.
48. El PRESTADOR permitirá que LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 consulte información relacionada con el PAMEC y el SIC en el marco del SOGC, de acuerdo a la normatividad vigente y a las que lo modifiquen o sustituyan. Enviar copia de la notificación de los eventos de vigilancia y salud pública, con el fin de obtener oportunidad en la información de los eventos sujetos a vigilancia. Esta notificación se reporta los lunes o el primer día hábil, en caso de festivo, de cada semana, al correo electrónico que disponga para tal efecto LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2. Lo anterior no exime al PRESTADOR del cumplimiento del Decreto 3518 de 2006, en cuanto a los reportes de estos eventos.
49. Cumplir con las medidas de atención y reporte a las autoridades competentes de los casos de violencia de acuerdo a lo establecido en la Ley 1257 de 2008, Decreto 4796 y 4799 de 2011, Decreto 2734 de 2012 y la Resolución 459 de 2012 y demás normas que las adicionen, sustituyas o modifiquen.
50. Realizar consulta externa ambulatoria para las víctimas de violencia sexual sin distingo de sexo, edad, raza, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social. Para eso se debe registrar las acciones de la víctima que puedan tener implicaciones médico-legales y los demás registros, según el reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual, según la Resolución 459 de 2012.
51. El PRESTADOR autoriza la inclusión de su nombre en el cuadro de prestadores adscritos a la red de servicios de salud de LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2, incluyendo en él su dirección, portafolio de servicios ofrecidos u otras características especiales y permitirá el uso de elementos publicitarios e informativos de LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 en las instalaciones del PRESTADOR, en el lugar y de la forma definida de común acuerdo entre las partes.
52. El PRESTADOR deberá abstenerse de prestar, prescribir o realizar con cargo a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 los servicios correspondientes a aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como tratamientos médicos, quirúrgicos o terapéuticos que involucren medicamentos no aprobados por el INVIMA y/o esquemas terapéuticos o protocolos de atención no aprobados por las sociedades científicas. Tampoco aquellos considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y en general, aquellos no autorizados, previo el cumplimiento de los trámites legales requeridos.
53. Incluir a sus trabajadores al régimen de seguridad social Integral y mantener su vinculación; el PRESTADOR será el único responsable por la asunción de los costos de afiliación y vinculación permanente. El PRESTADOR deberá remitir certificación suscrita por el revisor fiscal o contador y el representante legal, en la cual se indique el cumplimiento de esta obligación.

54. El servicio farmacéutico debe manejarse de acuerdo a lo prescrito por el Decreto 2200 de 2005 y la Resolución 1403 de 2007 y demás normas que lo modifiquen, sustituyan o complementen.
55. Someterse a la codificación estipulada por la norma vigente, código único de medicamentos (CUM), es decir los medicamentos deben ser identificados de ésta manera, desde el momento de la oferta hasta el pago de la factura.
56. Todas las actuaciones del PRESTADOR deben sujetarse a las normas de regulación de precios de medicamentos expedidas por el Gobierno Nacional.
57. En caso que durante la vigencia del contrato se expida norma regulatoria para la elaboración, manejo y dispensación de insumos, El Oferente deberá acogerse a dicha normatividad, sin que sea necesario modificar el presente contrato.
58. Diligenciar el consentimiento informado para cada paciente, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley y en la jurisprudencia.
59. Brindar atención preferencial a las gestantes, recién nacidos, niños, niñas, adolescentes, discapacitados y adulto mayor en todos los servicios asistenciales y administrativos. Así mismo, proteger en todo momento los derechos constitucionales de las niñas, niños y adolescentes, en especial, los referentes a la salud y a la vida en condiciones de calidad y de dignidad.
60. Responder legalmente por cualquier perjuicio que le acaeciere al usuario durante su estancia o estadía en las instalaciones donde suministre servicios el PRESTADOR, atribuible a dolo o negligencia así sea levísima, previa orden judicial.
61. Dar estricta aplicación a los procedimientos establecidos por la normatividad legal vigente respecto de la cadena de custodia, a saber, el artículo 255 de la Ley 906 de 2004, Resolución 06394 de 2004, Ley 1146 de 2007, Resolución 1776 de 2008 y demás normas que las modifiquen, adicionen, aclaren o sustituyan.
62. Dar estricto cumplimiento a las normas sobre salud ocupacional.
63. EL PRESTADOR se obliga a no emplear o usar los datos personales e información de los usuarios en fines diferentes al objeto del contrato, lo anterior sin perjuicio a lo establecido denominada como Protección de Datos Personales.
64. EL PRESTADOR se compromete a permitir el ingreso de los auditores concurrentes a sus instalaciones, áreas o servicios, y se compromete a facilitar el proceso de auditoría concurrente de acuerdo con la normatividad vigente.
65. EL PRESTADOR garantizará que el personal destinado para la ejecución del servicio contratado está debidamente capacitado, con la experiencia suficiente y necesaria, así como también, que cuenta con la debida autorización por el ente de control competente para desempeñar sus funciones.
66. Garantizar la atención de recién nacidos, para lo cual deberá cumplir con lo establecido en los artículos 10, 23, 24 y 25 del Acuerdo 415 de 2009 de la CRES y demás normas que las modifiquen aclaren, adicionen o sustituyan.
67. Cumplir con las exigencias legales y éticas del manejo de la Historia Clínica de los pacientes.
68. EL PRESTADOR tendrá a cargo la retroalimentación y actualización de las historias clínicas, la cual deberá diligenciar con la información de los pacientes de forma clara, veraz y acertada. Adicionalmente, el PRESTADOR se obliga a registrar las novedades que se presenten con ocasión a la atención prestada por ésta. En virtud de lo anterior, el PRESTADOR deberá responder ante LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 por inexactitudes, confusiones, datos incorrectos y no actualizados, así como, las demás inconsistencias que conlleven a error a LA Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 o a cualquier tercero.
69. EL PRESTADOR se obliga a presentar y suministrar información veraz.
70. Presentar los informes a la Dirección o Coordinación Departamental o al área del nivel Nacional competente en la periodicidad que solicite La Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 y/o conforme lo dispuesto en el presente contrato y sus anexos.
71. No usar el nombre de La Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 para justificar ante sus proveedores o terceros el cumplimiento de sus obligaciones u otros asuntos internos.
72. EL PRESTADOR garantizará que los servicios contratados en el presente contrato, sean acordes y complementarios con el nivel de complejidad que requiere cada procedimiento.
73. Los medicamentos que sean prescritos a los afiliados y beneficiarios de La Regional de Aseguramiento en Salud Nº 2 por parte de los profesionales de la salud del PRESTADOR, deberán cumplir con los requisitos establecidos en el Artículo 17 del Decreto 2200 de 2005 que regula la prestación del servicio farmacéutico, incorporando en cada formulación como mínimo los siguientes datos: 1. Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica. 2. Lugar y fecha de la prescripción. 3. Nombre del paciente y documento de identificación. 4. Número de la historia clínica. 5. Tipo de usuario (subsidiado) 6. Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico). 7. Concentración y forma farmacéutica. 8. Vía de administración. 9. Dosis y frecuencia de administración. 10. Período de duración del tratamiento. 11. Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas

para el tratamiento, en números y letras. 12. Indicaciones que a su juicio considere el prescriptor. 13. Vigencia de la prescripción. 14. Nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional, así como la norma que adicione, modifique, aclare o sustituya la normatividad aquí señalada.

74. Es obligación por parte del CONTRATISTA publicar en la página de Contratación SECOP II, (en el proceso de referencia) la factura y/ o cuenta de cobro (incluyendo parafiscales), antes de que finalice la fecha límite, la cual se relaciona más adelante. De no publicar la factura, no se podrá dar trámite a la misma para ser obligada; de acuerdo a lo establecido en la GUIA RAPIDA DE GESTION CONTRACTUAL PARA PROVEEDORES EN EL SECOP II, en el punto IV. Envío de Facturas.
75. El CONTRATISTA deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020.
76. El contratista acatará los lineamientos del Régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información que les sea aplicable, en el marco de la ley estatutaria 1581 de 2012 y de la ley 1712 de 2014, del capítulo 25 titulo 2 del libro 2 de la parte 2 del decreto 1074 del 2015 y las normas que la modifiquen, reglamenten o sustituyan en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad y la Resolución No. 08310 de 2016 por la cual se expide el Manual de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.
77. El contratista debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información institucional a la cual llegare a tener acceso directamente o por intermedio de terceros; en tal virtud, adoptará todas las medidas que sean necesarias para impedir su duplicación, sustracción, divulgación, alteración, ocultamiento o utilización indebida y suscribirá con la entidad los formatos de confidencialidad o reserva a que haya lugar. En virtud del presente contrato, el contratista se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del contrato; tales como: información locativa o de arquitectura física, lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de la labor, información contenida en los sistemas de información, documentación física, archivos digitales, información de los funcionarios y contratistas e información de los usuarios del Subsistema de Salud los cuales son de carácter reservado y confidencial.
78. Las demás obligaciones que de la naturaleza del presente contrato se deriven o impongan las normas legales.
79. Es obligación por parte del CONTRATISTA publicar en la página de Contratación SECOP II, (en el proceso de referencia) la factura y/ o cuenta de cobro (incluyendo parafiscales), antes de que finalice la fecha límite, la cual se relaciona más adelante. De no publicar la factura, no se podrá dar trámite a la misma para ser obligada; de acuerdo a lo establecido en la GUIA RAPIDA DE GESTION CONTRACTUAL PARA PROVEEDORES EN EL SECOP II, en el punto IV. Envío de Facturas

_____

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

Neiva, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2
Ciudad.

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de Contratación Directa, Número PN RASES No. 2 CD 039 2022 cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 - EN EL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE – HUILA

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 Contratación Directa, para la celebración de un contrato estatal para. ***PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 - EN EL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE – HUILA***

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

Neiva, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2
Ciudad.

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Contratación Directa Número PN RASES No. 2 CD 039 2022 cuyo objeto es: ***PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 - EN EL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE – HUILA***

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**.**

Certificado emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial o Autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación total y el respectivo plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a la Resolución 0312 de 2019 o la que lo modifique o sustituya (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación de la Evaluación Inicial o Autoevaluación del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.

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

Yo _____, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. _____ De _____, en mi carácter de _____ de la firma _____ o en mi propio nombre, certifico bajo gravedad de juramento que la firma que represento cuenta con la infraestructura, personal y recursos necesarios para cumplir con las condiciones señaladas en el presente estudio cuyo objeto es el ***PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 - EN EL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE – HUILA***.

Firma del Cliente_____

Nombre: _____

Cargo: _____

Neiva, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2
Ciudad.

Referencia: Compromiso anticorrupción del proceso de Contratación Directa, Número PN RASES No. 2 CD 039 2022 cuyo objeto es: ***PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 - EN EL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE – HUILA***

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

PRIMERO: que la POLICÍA NACIONAL - Regional de Aseguramiento en Salud No. 2, adelanta un proceso de selección para la celebración de un contrato estatal.

SEGUNDO: que es interés del proponente apoyar la acción del estado colombiano, y de la POLICÍA NACIONAL - Regional de Aseguramiento en Salud No. 2 para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

TERCERO: que siendo del interés del proponente participar en el proceso de selección aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se regirá por los siguientes compromisos:

COMPROMISOS ASUMIDOS.

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

Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.

Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el presente Proceso de Contratación.

Nos comprometemos a revelar la información que sobre el presente Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.

Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.

Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

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

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

El proponente se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de selección y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que, por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta.

No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2, durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

Asimismo, debe tener en cuenta que los acuerdos contrarios a la libre competencia, es decir, aquellos que tengan por objeto la colusión (convenio o contrato hecho en forma fraudulenta o engañosa) en los procesos o los que tengan como efecto la distribución de adjudicaciones de contratos, distribución de concursos o fijación de términos de las propuestas,1 son sancionables por la Superintendencia de Industria y Comercio.

El proponente se compromete a que los recursos utilizados para las gestiones pre-contractuales o contractuales derivadas del presente proceso no provendrán de actividades ilícitas tales como el lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres.

El proponente asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en la solicitud de oferta del proceso de contratación, si se verificare el incumplimiento de los compromisos anticorrupción.

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de (ciudad donde se firma el presente documento) a los (día del mes en letras y números, días del mes de del año).

El proponente:

_____

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

NOTA: para el caso de ofertas conjuntas, suscribirán el presente documento todas los que conforman el consorcio o unión temporal a través del integrante, representante legal o apoderado.

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

Neiva, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2
Carrera 22 Sur No. 26 A – 21 B/Fronteras del Milenio

Referencia: Presentación de propuesta para el proceso de Contratación Directa Número PN RASES No. 2 CD 039 2022 cuyo objeto es: ***PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS, AMBULATORIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 - EN EL MUNICIPIO DE CAMPOALEGRE – HUILA***.

Yo 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, me permito presentar propuesta seria y formal para participar en el proceso de Contratación Directa Número PN RASES No. 2 CD 039 2022 cuyo objeto es: *prestación de servicios de salud hospitalarios, ambulatorios y de urgencias de baja complejidad para los usuarios del subsistema de salud de la policia nacional pertenecientes a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 2 - en el municipio de Campoalegre – HUILA,* 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 Formatos.

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

3. Que ni el representante legal o 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. Que el proponente, en este caso _____, está compuesto por las siguientes personas:_____
_____
_____
_____ y que el nombre de su representante legal es:_____, dirección_____, teléfono_____, fax_____ y email _____(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 la invitación y en la ley, y cualquier omisión, contradicción o 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 POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2, en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de contratación, el servicio ofrecido en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados por la invitación para la Contratación Directa, con las especificaciones y en los términos, condiciones y plazos establecidos en la invitación, y en las condiciones allegada a esa entidad a través de la presente carta de presentación.

7. Declaramos bajo nuestra responsabilidad, que los servicios que se entregarán a la – Regional de Aseguramiento en Salud No. 2, en el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias de la invitación, sus anexos y sus Formatos.

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.

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 la – Regioanl de Asegurameinto en Salud No. 2, ni el personal interno o externo al mismo que haya intervenido en la contratación que se promueve por medio del presente proceso de selección y contratación, han manifestado declaración o garantía alguna expresa o implícita en cuanto a la exactitud, confiabilidad o integridad de la información contenida en las fuentes de información analizadas y conocidas por el proponente, en los materiales proporcionados o en las declaraciones realizadas durante el transcurso de cualquier audiencia o visita efectuada a las instalaciones en las cuales se llevarán a cabo las labores para la ejecución del contrato, ya sea por escrito o en forma verbal, y que nada de lo contenido en cualquiera de los documentos a los que hemos tenido acceso ha sido considerado como una promesa o declaración en cuanto al pasado o al futuro.

11. Reconocemos que ni la invitación a presentar ofertar 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.

12. Aceptamos plena, incondicional e irrestrictamente los términos del proceso que se nos ofrece, de la invitación pública y nos comprometemos a suscribirlo sin modificaciones sustanciales o formales de ninguna naturaleza, por la sola adjudicación que a nosotros se nos haga del proceso, salvo aquellas modificaciones que determine incluir Policía Nacional – Regional de Aseguramiento en Salud No. 2, por considerarlas necesarias para incorporar las variaciones que se deriven de los adendas que se expidan dentro del proceso de selección y contratación No. PN RASES No. 2 CD 039 2022 las que de antemano aceptamos.

13. 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 POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2 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 o participantes en el proceso de selección y contratación impulsado, y al público en general.

14. Los suscritos, quienes nos presentamos en calidad de proponentes al presente proceso de selección y contratación, 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.

15. 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.

16. Que me obligo a suministrar a solicitud de LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2, cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.

17. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección(es):

    DIRECCIÓN: _____
    Teléfono: _____
    Email. _____

18. Autorizo a Policía Nacional - Regional de Aseguramiento en Salud No. 2, Grupo Contratos, para que en aplicación al artículo 67 notificación personal de la ley 1437 de enero 18 del 2011, por la cual se expide Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y en aplicación al numeral 1 del mencionado artículo, autorizo de manera expresa para que las notificaciones se me realicen por medio electrónico.

19. Para la ejecución del contrato que se suscriba como resultado se la definición del proceso de contratación, el CONTRATISTA cuenta con un plazo de ejecución hasta el 30 de septiembre de 2022, tiempo durante el cual deberá dar cumplimiento cabal a las prestaciones a que se obliga. Dicho plazo iniciara a partir de la fecha de carta de iniciación de ejecución del contrato, previa a probación de la garantía única.

20. Que la vigencia de la presente oferta es de cuatro (4) meses, contados a partir de la presentación de la misma.

_____
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

Neiva seleccionar la 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 contratista deberá manifestar si está información la recibirá por correo electrónico, para lo cual tendrá en cuenta lo siguiente:

1. Si es a través de correo electrónico el contratista verificará que los recursos fueron recibidos y dará respuesta al correo electrónico de la Tesorería de la Entidad dentro del siguiente día hábil.

CORREO ELECTRÓNICO: _____ SI (___)

TELÉFONO: _____ SI (___)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____Código _____Ciudad_____

Dirección _____Teléfono_____ Fax_____

Número de la cuenta _____ (Adjuntar certificación bancaria)

_____
Firma del representante legal del proponente

Neiva, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 2
Carrera 22 Sur No. 26 A – 21 B/Fronteras del Milenio

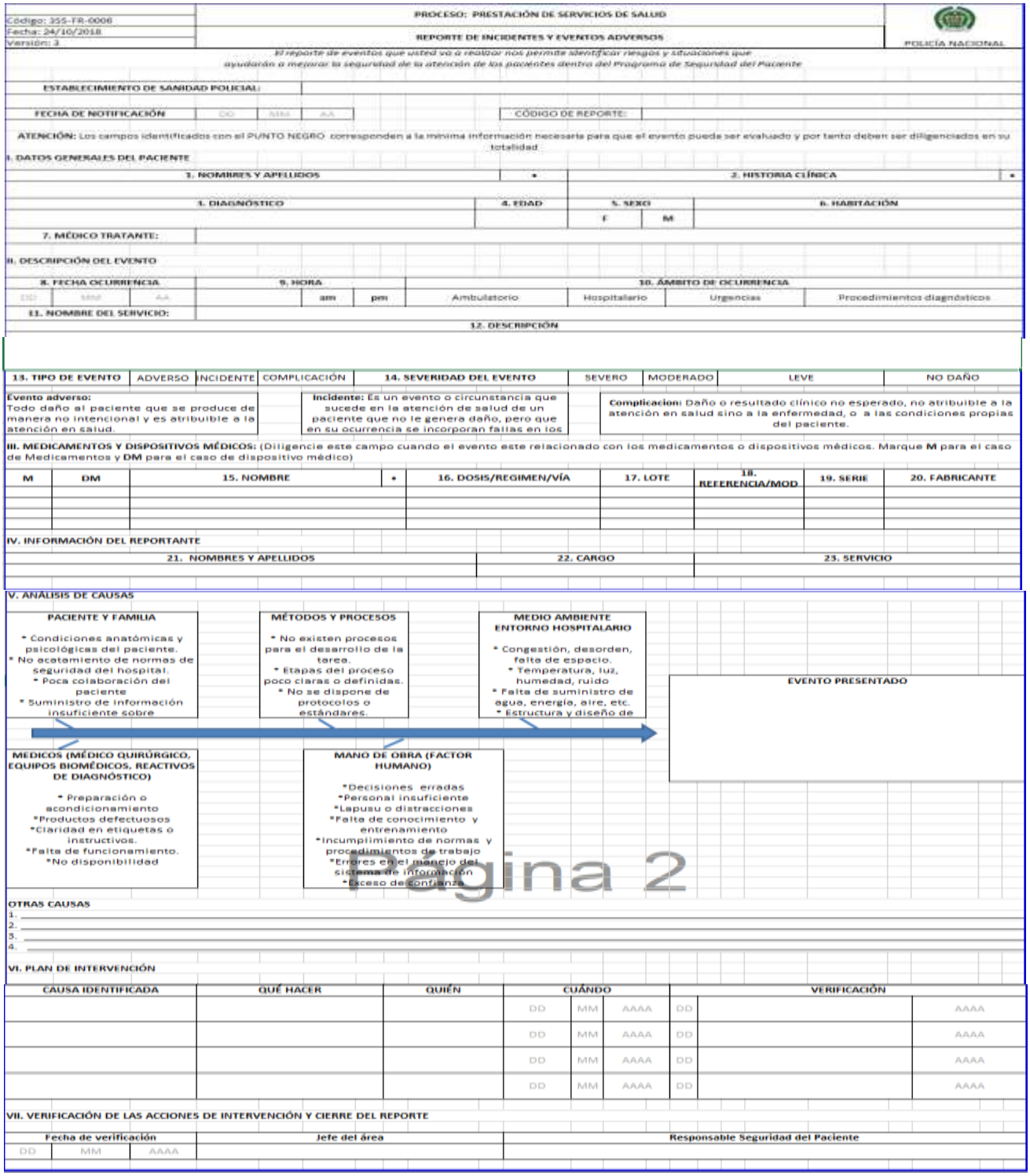
Yo Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal .: domiciliado en Domicio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación y lugar de expedición, manifiesto que conozco de las inhabilidades e incompatibilidades expresamente señaladas en la Ley, en especial las establecidas en la Constitución Nacional, en los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993 y demás normas concordantes con la materia y, en mérito de este conocimiento, declaro que no me hallo incurso en ningún evento de inhabilidad e incompatibilidad, como tampoco ostento prohibición especial para contratar con el Estado. En especial, que no aparezco reportado en el boletín de responsables fiscales expedido por la Contraloría General de la República, ni registro sanciones ni inhabilidades vigentes en el boletín de la Procuraduría General de la Nación.

Manifestación que se entiende ***prestada bajo la gravedad de juramento***.

_____

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 REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS



Código: 355-FR-0006 Fecha: 24/10/2018 Versión: 3	PROCESO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS	POLICÍA NACIONAL

El reporte de eventos que usted va a realizar nos permite identificar riesgos y situaciones que ayudarán a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes dentro del Programa de Seguridad del Paciente

ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD POLICIAL:

FECHA DE NOTIFICACIÓN: DD | MM | AA — CÓDIGO DE REPORTE:

ATENCIÓN: Los campos identificados con el PUNTO NEGRO corresponden a la mínima información necesaria para que el evento pueda ser evaluado y por tanto deben ser diligenciados en su totalidad

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

1. NOMBRES Y APELLIDOS *	2. HISTORIA CLÍNICA *

3. DIAGNÓSTICO	4. EDAD	5. SEXO F	5. SEXO M	6. HABITACIÓN

7. MÉDICO TRATANTE:

II. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

8. FECHA OCURRENCIA DD	MM	AA	9. HORA	am	pm	10. ÁMBITO DE OCURRENCIA: Ambulatorio	Hospitalario	Urgencias	Procedimientos diagnósticos

11. NOMBRE DEL SERVICIO:

12. DESCRIPCIÓN

13. TIPO DE EVENTO	ADVERSO	INCIDENTE	COMPLICACIÓN	14. SEVERIDAD DEL EVENTO	SEVERO	MODERADO	LEVE	NO DAÑO

Evento adverso: Todo daño al paciente que se produce de manera no intencional y es atribuible a la atención en salud.

Incidente: Es un evento o circunstancia que sucede en la atención de salud de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los

Complicacion: Daño o resultado clínico no esperado, no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad, o a las condiciones propias del paciente.

III. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS: (Diligencie este campo cuando el evento este relacionado con los medicamentos o dispositivos médicos. Marque **M** para el caso de Medicamentos y **DM** para el caso de dispositivo médico)

M	DM	15. NOMBRE *	16. DOSIS/REGIMEN/VÍA	17. LOTE	18. REFERENCIA/MOD	19. SERIE	20. FABRICANTE

IV. INFORMACIÓN DEL REPORTANTE

21. NOMBRES Y APELLIDOS	22. CARGO	23. SERVICIO

V. ANÁLISIS DE CAUSAS

PACIENTE Y FAMILIA
* Condiciones anatómicas y psicológicas del paciente.
* No acatamiento de normas de seguridad del hospital.
* Poca colaboración del paciente
* Suministro de información insuficiente sobre

MÉTODOS Y PROCESOS
* No existen procesos para el desarrollo de la tarea.
* Etapas del proceso poco claras o definidas.
* No se dispone de protocolos o estándares.

MEDIO AMBIENTE ENTORNO HOSPITALARIO
* Congestión, desorden, falta de espacio.
* Temperatura, luz, humedad, ruido
* Falta de suministro de agua, energía, aire, etc.
* Estructura y diseño de

EVENTO PRESENTADO

MEDICOS (MÉDICO QUIRÚRGICO, EQUIPOS BIOMÉDICOS, REACTIVOS DE DIAGNÓSTICO)
* Preparación o acondicionamiento
*Productos defectuosos
*Claridad en etiquetas o instructivos.
*Falta de funcionamiento.
*No disponibilidad

MANO DE OBRA (FACTOR HUMANO)
*Decisiones erradas
*Personal insuficiente
*Lapsus o distracciones
*Falta de conocimiento y entrenamiento
*Incumplimiento de normas y procedimientos de trabajo
*Errores en el manejo del sistema de información
*Exceso de confianza

Página 2

OTRAS CAUSAS
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

VI. PLAN DE INTERVENCIÓN

CAUSA IDENTIFICADA	QUÉ HACER	QUIÉN	CUÁNDO DD	MM	AAAA	VERIFICACIÓN DD		AAAA
			DD	MM	AAAA	DD		AAAA
			DD	MM	AAAA	DD		AAAA
			DD	MM	AAAA	DD		AAAA
			DD	MM	AAAA	DD		AAAA

VII. VERIFICACIÓN DE LAS ACCIONES DE INTERVENCIÓN Y CIERRE DEL REPORTE

Fecha de verificación DD	MM	AAAA	Jefe del área	Responsable Seguridad del Paciente