Barranquilla, Atlántico 28 de noviembre de 2023

Señora
IRINA JOSE VANEGAS PALACIO
Representante Legal **CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE SAS**
NIT: **900.520.510-0**
Email: referencia.cehoca@gmail.com
Calle 22 No 15 -34
4203080 – 4314800
Santa Marta (Magdalena)

Asunto: Aceptación Oferta Proceso PN RASES 8 DEMAG MIC 155-2023

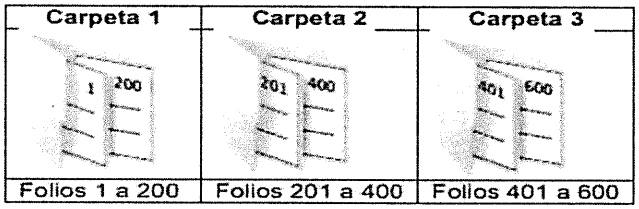
Con toda atención me permito informarle que la propuesta presentada por usted, el día 16/11/2023, dentro del proceso PN RASES 8 DEMAG MIC 155-2023, cuyo objeto es la "**PRESTACION DEL SERVICIO ESTUDIOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS ENDOSCOPICOS DE LA ESPECIALIDAD DE GASTROENTEROLOGIA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA MAGDALENA, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL Y LOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO QUE ESTEN PREVIAMENTE AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TECNICO CIENTIFICO DE LA DISAN O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA.**" Por la suma de **SETENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS (78.000,000.00) MONEDA LEGAL Y CORRIENTE**, distribuidos de la siguiente manera: **VEINTE MILLONES DE PESOS ($20.000.000,00)** para vigencia 2023 y **CINCUENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS ($58.000.000,00)** para vigencia futura 2024. Ha sido aceptada por esta unidad así:

No DE CONTRATO	**67-7- 20402-23**
CONTRATANTE	**POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 8**
ORDENADOR DEL GASTO	Mayor JOHANA CECIIA SANCHEZ AYALA
CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	No. 30.900.048 de Soplaviento – Bolívar
CARGO	Jefe Regional de Aseguramiento No 8 (E)
RESOLUCIÓN DE DELEGACIÓN	Resolución N° 2115 del 23 de junio de 2023
DISPOSICION DE NOMBRAMIENTO	Orden interna No 162 del 17 de octubre de 2023

CONTRATISTA	**NOMBRE: CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE SAS** **NIT: 900.520.510-0** **REPRESENTANTE LEGAL: IRINA JOSE VANEGAS PALACIO** **CEDULA DE CIUDADANIA No:** 57.430.183 de Santa Marta (Magdalena) **CIUDAD NOTIFICACIÓN:** Santa Marta **DIRECCIÓN:** Calle 22 No 15 -34 **Tel.** 4203080 – 4314800 **E-mail:** referencia.cehoca@gmail.com
SUPERVISOR DEL CONTRATO	El supervisor del contrato será el responsable de planeación de la Unidad Prestadora de Salud Magdalena, o quien con posterioridad designe el ordenador del gasto, quien responderá de acuerdo con las funciones asignadas para el efecto en la Resolución No. 00090 del 15 de Enero de 2018.
FORMA DE PAGO	Los pagos se realizarán en mensualidades vencidas, dentro de los 30 días calendario siguientes a la radicación de la factura, (SEGÚN GUÍA F-DI-14 MANUAL DE USUARIO – MODULO RECECCION FACTURA ELECTRÓNICA-MINHACIENDA, Las publicaciones realizadas, con la constancia de recibo a satisfacción del servicio, suscrita por el supervisor del contrato, previa presentación de los documentos más adelante relacionados a la central de cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Atlántico, de acuerdo al turno y a la programación del Plan Anual de caja (PAC). La factura electrónica debe ser presentada de acuerdo a la resolución 0042 del 05 de mayo del 2021, por la cual se desarrollan los sistemas de facturación electrónica de venta como título valor y CIRCULAR EXTERNA 016 del 9 de marzo de 2021, que al a letra dice: "La Administración del SIIF Nación implementó el "Modelo de Recepción de Facturas de Venta, Notas Débito y/o Notas Crédito", el cual aplica de forma obligatoria a partir del 01 de abril de 2021 para todas las Entidades que hacen parte del Presupuesto General de la Nación (PGN), de conformidad con lo establecido en la Directiva Presidencial 09 de septiembre del 2020. Aquellos Proveedores o Contratistas que tengan identificado en el RUT la responsabilidad 52 – Facturador electrónico (emisor), deberán entregar factura electrónica de venta por los bienes y/o servicios ofrecidos a las entidades del ámbito SIIF Nación, como también las notas débito y/o notas crédito, a través del buzón dispuesto para el efecto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, para lo cual la información tributaria de los terceros creados en el SIIF Nación se actualizará con base en los datos de la DIAN mediante un Servicio Web. Así las cosas, las entidades ejecutoras del PGN, al realizar el registro de la obligación o del egreso de una caja menor, el sistema identificará si el tercero beneficiario de la misma es sujeto a facturar electrónicamente, y al verificarlo solicitará la consulta y vinculación de la(s) factura(s) electrónica(s) de venta en estado "Aprobada" (s) por el supervisor y/o tácitamente, según lo define la norma, para continuar con el proceso de pago. ACTIVIADES Y ROLES QUE SE DEBEN CONSIDERAR EN EL PROCESO DE RECECPCIÓN A continuación, se describen las actividades de cada uno de los roles que intervienen en el proceso: A) Contratista o proveedor (emisor). 1. Elaborar factura electrónica mediante operador tecnológico autorizado, solución gratuita de la DIAN o software propio, previa habilitación ante la DIAN.

	2. 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. 3. Diligenciar en el asunto o en la sección de la factura Notas, lo siguiente: #$ luego el código de identificación de la entidad a la cual le va a enviar la factura, datos del contrato, y correo del supervisor o cuentadante de caja menor, finalizando con #$, debidamente separados por punto y coma, según ej. Adjunto. #$15-03-00; Contrato; Pedro Pérez@ entidadpgn.gov.co #$ ó #$02-01-01; Contrato; centralizada@entidadpgn.gov.co #$ 4. 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. 5. Generar factura obteniendo el contenedor electrónico -Documento zip (PDF, XML). 6. 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 o cuentadante de caja menor, debidamente separados por punto y coma, según ej. Adjunto: #$15-03-00; Contrato; Pedro Pérez@ entidadpgn.gov.co #$ ó #$02-01-01; Contrato; centralizada@entidadpgn.gov.co #$ **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. 7. La factura se puede direccionar a la entidad del PGN o al supervisor del contrato, según el esquema que la entidad establezca para la recepción de la factura electrónica, siempre y cuando se diligencien los datos requeridos en el numeral 3 o en el numeral 6 o en los dos, y, de no registrarse dicha información en alguna de estas dos opciones, la factura será devuelta al correo registrado en el numeral 2, es decir, al correo electrónico registrado en los datos del emisor en el documento electrónico. En cuanto a la presentación y validación de los códigos RIPS, después de adjudicado el contrato la entidad debe enviar al correo deata.rases-cue@policia.gov.co, con los siguientes datos: 1. Código Habilitación 2. Nit 3. Razón Social 4. Nombre funcionario que cargara los rips 5. Cedula 6. Teléfono 7. Celular 8. Fecha Inicio Contrato 9. Fecha Final Contrato 10. Correo Electrónico

Para crearle un usuario y contraseña y poder acceder al sistema RECUM (Registro de Cuentas medicas), para el cargue de los rips. Al finalizar el proceso el prestador del servicio debe "Generar el soporte de Pre radicado generado por el sistema al cual será entregado junto con la factura, en la oficina de central de cuentas de la unidad.
La factura junto con los documentos soporte, pre radicado, planilla y constancia de aportes parafiscales, deben ser presentados en paquetes de 250 folios perforados y legajados en el lado izquierdo de la hoja, según manual de archivo y correspondencia.



La RASES No 8 efectuará el pago del valor del contrato en los términos establecidos por la ley siempre y cuando EL CONTRATISTA presente los documentos requeridos por la RASES No 8 para efectuar el pago. Estos documentos soportes de la facturación, deberán estar acompañados del recibo a satisfacción de la prestación del servicio expedido por el **SUPERVISOR DEL CONTRATO,** previo cumplimiento de los trámites administrativos y fiscales vigentes y conforme con los cupos de PAC autorizados por la Dirección del Tesoro Nacional, y de acuerdo al derecho de turno señalado en el artículo 19 de la ley 1150 de 2007. En ningún momento la aprobación de cupos de PAC será impedimento para la ejecución del contrato.

Todos los pagos a que se compromete la RASES NO 8 serán canceladas dentro de los cinco (5) días calendario siguiente a aquel en que haya sido presentada la respectiva factura y previo situado de los dineros correspondientes por parte de la Dirección de Sanidad.

PARAGRAFO PRIMERO: Documentos que se deben presentar para el pago de los SERVICIOS MEDICOS PRESTADOS ASI:

Enviar la facturación los 5 (cinco) primeros días del mes siguiente a la prestación del servicio a la ventanilla Única de Central de Cuentas de la RASES No 8, ubicada en la Avenida Circunvalar No. 45-124 Soledad, con los siguientes soportes:

INSTRUCTIVO DE FACTURACION ELECTRONICA

a. Factura comercial en original y copia, donde se estipule cada servicio prestado con su respectivo código (CUPS), individual por cada paciente.
b. Recibo a satisfacción de la prestación de servicio expedido por el **SUPERVISOR DEL CONTRATO**.
c. **Original de la boleta de autorización (orden de servicio externo) expedida por los funcionarios de la Oficina de Referencia y Contrarreferencia de la RASES No 8 adicionando los siguientes documentos:** a) RIPS en medio magnético correspondientes a la facturación presentada. b) Fotocopia de los resultados de exámenes paraclínicos y demás ayudas diagnósticas, incluidas las

	lecturas correspondientes. c) Facturas con soportes: orden de servicio externo, con la firma del usuario del servicio recibido a satisfacción, anexando copia de documentos de identidad del usuario (carné en copia por ambas caras o constancia vigente, cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad o registro civil). d) Factura que cumpla con los requisitos legales vigentes establecidos por la DIAN **d.** Facturar los servicios médicos, diagnósticos y terapéuticos según la tarifa presentada por la entidad en la oferta económica aprobada. **e.** Los servicios de **ALTO COSTO** deben ser facturados de manera individual y separados de los demás servicios incluidos en el Plan de Beneficios, identificando la factura con el servicio prestado según corresponda. Dicha factura deberá traer los respectivos soportes establecidos en la presente cláusula, incluida la lectura de las ayudas diagnósticas. **f.** Anexar los documentos soportes de acuerdo al anexo No. 5 de la Resolución 4331 del 19 de Diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 del 2008 y demás soportes que requiera la RASES No 8 Sanidad Atlántico para realizar la auditoria respectiva. **g.** En lo referente a los RIPS, el CONTRATISTA debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 MINSALUD de 2000 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen. Los RIPS deberán ser presentados en medio magnético mensualmente y deben corresponder a la facturación que se está radicando. **h.** **Allegar con la correspondiente factura, el recibo de pago de aportes parafiscales y de seguridad social actualizado** según corresponda de acuerdo a la ley 1607 de 2012, donde se especifique el mes de pago del mismo, de igual manera anexar en los casos que apliquen la planilla pila. **i.** Fotocopia de la hoja del contrato en donde se encuentra el registro presupuestal. **j.** Las cuentas que sean radicadas deben corresponder a la facturación de los servicios que fueron prestados en el mes inmediatamente anterior a la fecha en que se entrega la facturación. **CAUSALES DE NO PAGO** **a)** Todo servicio prestado que no cuente con el formato de autorización por parte de la Oficina de Referencia y Contrareferencia de la RASES No 8. **b)** Todo procedimiento adicional no autorizado, salvo que se haya prestado atendiendo un riesgo inminente para la vida del paciente. **c) LOS SERVICIOS QUE NO CUENTEN CON EL DEBIDO RESPALDO DE AUTORIZACIÓN O NOTIFICACIÓN. SOLO Y EXCLUSIVAMENTE DEBERÁN TRAER LA AUTORIZACIÓN EMITIDA POR LA OFICINA DE REFERENCIA y CONTRAREFERENCIA DE LA RASES NO 8 SANIDAD ATLANTICO.** **d)** En las complicaciones imputables al prestador del servicio, estas no serán reconocidas ya que corren por cuenta de este, de acuerdo a lo establecido en el manual ISS. **f)** Todo bien o servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del 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. **g)** Las contempladas en la Resolución 4331 del 19 de Diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINPROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen.

<table>
<tr><td></td><td>OBJECIONES Y GLOSAS.

DECRETO 4747/2007 Artículo 23. Trámite de glosas. Resolución 4331 del 19 de Diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 de 2008 y Ley 1438 de 2011. La entidad deberá dar respuesta a las glosas notificadas por la RASES No 8 Sanidad Atlántico, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar justificadamente, que la glosa no tiene lugar. En caso de no dar respuesta se entenderá como aceptada y se procederá a realizar su respectivo trámite. El valor de la factura que no fue objetado, continuará con el trámite de pago establecido en la presente cláusula Forma de Pago.

a) Los pagos se efectuaran en la cuenta el cual aporto la empresa en medio físico original así:

ENTIDAD BANCARIA: AV VILLAS
TIPO DE CUENTA: corriente
NUMERO DE CUENTA: 809-01515-9
SUCURSAL: barranquilla</td></tr>
<tr><td>APROPIACIÓN PRESUPUESTAL</td><td>Amparado en el certificado de disponibilidad presupuestal SIIF No. 93323 y QUIPU No 897 y 898 de fecha 08/11/2023, expedidos por el Jefe de Presupuesto de la Regional de Aseguramiento en Salud 8</td></tr>
<tr><td>VALOR</td><td>Para efectos legales y presupuestales, el valor total del contrato es de SETENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS (78.000,000.00) MONEDA LEGAL Y CORRIENTE, distribuidos de la siguiente manera: VEINTE MILLONES DE PESOS ($20.000.000,00) para vigencia 2023 y CINCUENTA Y OCHO MILLONES DE PESOS ($58.000.000,00) para vigencia futura 2024.

<table>
<tr><th>ITEMS</th><th>DESCRIPCIÓN</th><th>PRECIO TECHO</th><th>TARIFA PACTADA + IVA INCLUIDO</th></tr>
<tr><td>1</td><td>PRESTACION DEL SERVICIO ESTUDIOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS ENDOSCOPICOS DE LA ESPECIALIDAD DE GASTROENTEROLOGIA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA MAGDALENA, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL Y LOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO QUE ESTEN PREVIAMENTE AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TECNICO CIENTIFICO DE LA DISAN O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA</td><td>ISS 2001 + 29%</td><td>ISS 2001 + 25%</td></tr>
<tr><td>2</td><td>TERAPIA CON ARGON PLASMA</td><td>ISS 2001+40%</td><td>ISS 2001+35%</td></tr>
<tr><td>3</td><td>ELASTOGRAFIA - FIBROSCAN</td><td>$ 950.000</td><td>$ 900.000</td></tr>
<tr><td>4</td><td>COLECISTECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA</td><td>$ 2.800.000</td><td>$ 2.700.000</td></tr>
<tr><td>5</td><td>LITOTRIPSIA INTRADUCTAL POR COLEDOSCOPIA. SPYGLASS</td><td>$ 35.414.525.00</td><td>$ 32.495.000</td></tr>
<tr><td>6</td><td>BIOPSIA ESTINTER DE ODDI. CON SPYGLASS</td><td>$ 35.414.525.00</td><td>$ 32.495.000</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

	7	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL	$ 55.000	$ 50.000
	8	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL	$ 55.000	$ 50.000
	9	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA	$ 167.145,00	$ 160.000,00
	10	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA	$ 167.145.00	$ 160.000,00
	11	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	$ 55.000	$ 50.000
	12	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	$ 55.000	$ 50.000
	13	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA	$ 180.000	$ 170.000
	14	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA	$ 180.000	$ 170.000
	15	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	$ 85.000	$ 80.000
	16	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	$ 85.000	$ 80.000
	17	MEDICAMENTOS	PLM VIGENTE + 15%	PLM VIGENTE + 15%
	18	INSUMOS	VALOR COMERCIAL +12%	VALOR COMERCIAL +12%

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	Las contempladas en el Anexo No. 1 de la presente aceptación de oferta
GARANTIA ÚNICA Y SANCIONES	**1. GARANTÍA ÚNICA** - Con el objeto de garantizar el cumplimiento de sus obligaciones, el **CONTRATISTA** se compromete a suscribir a favor de **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO No 8,** a satisfacción del mismo, identificado con el NIT. **802.016.407-3**, Garantía Única, cuyo objeto será respaldar el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones que surjan del Contrato. Esta Garantía consistirá en una Póliza expedida por Compañía de Seguros o Entidad Bancaria legalmente establecida en Colombia, cuyas pólizas matrices se encuentren aprobadas por la Superintendencia Financiera, la cual deberá presentarse dentro de los tres (03) días hábiles, siguientes al retiro del Contrato, la cual debe mantenerse vigente durante la vida y liquidación del Contrato. Dicha Garantía debe cubrir los siguientes riesgos: **a)DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO:** Por el VEINTE por ciento (20%) del valor total del contrato, por un término igual a la vigencia del contrato y sesenta (60) días calendarios más, con inicio en la fecha de suscripción del contrato y de las prórrogas si las hubiere. **b) CALIDAD DEL SERVICIO:** Por el cincuenta por ciento (50%) del valor del contrato con una vigencia igual a la vigencia del contrato y un (01) año más, con inicio en la fecha de suscripción del contrato y de las prórrogas si las hubiere. **c) RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL:** Doscientos salarios mínimos legales mensuales vigentes (200smlmv) vigente por el término de la vigencia del contrato. **d) NO PAGO DE SALARIOS PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES LABORALES:** cinco por ciento (5%) del valor del contrato con una vigencia por un término igual a la vigencia del contrato y tres (3) años más. **2.** caso de mora o incumplimiento parcial de alguna de las obligaciones derivadas del presente contrato por causas imputables al **CONTRATISTA** - salvo circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito conforme a las definiciones del artículo 1° de la Ley 95 de 1.890 – las partes acuerdan que la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD**

	8, mediante acto administrativo, afectará al **CONTRATISTA** con multas, cuyo valor se liquidará con base en el cero punto cinco por ciento (0,5%) del valor dejado de entregar, por cada día de retardo y hasta por quince (15) días calendario. Esta sanción se impondrá conforme a la ley y se reportará a la Cámara de Comercio competente de conformidad con lo previsto en el artículo 6º de la Ley 1150 de 2007. **b). MULTA POR LA MORA EN LA CONSTITUCIÓN DE LOS REQUISITOS DE EJECUCIÓN Y LEGALIZACIÓN:** Cuando el contratista no constituya dentro del término y en la forma prevista en el contrato, o en alguno de sus modificatorios, la póliza de garantía única, en caso de existir, y/o alguno de los requisitos de legalización, la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 8** podrá mediante acto administrativo afectar al **CONTRATISTA** con multa, cuyo valor se liquidará con base en un cero punto dos por ciento (0,2%) del valor del contrato, por cada día de retardo y hasta por diez (10) días. **c) PENAL PECUNIARIA**.- En caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total de las obligaciones derivadas del presente contrato, **EL CONTRATISTA** pagará a la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 8**,, a título de pena pecuniaria, una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor del contrato cuando se trate de incumplimiento total del contrato y proporcional al incumplimiento parcial del contrato que no supere el porcentaje señalado. Para efectos de calcular el monto del incumplimiento parcial relativo a la obligación de plazo de ejecución, se empleará la misma fórmula de estimación de valor contemplada en el literal a) del presente artículo. La imposición de esta pena pecuniaria se considerará como pago parcial y definitivo de los perjuicios que cause a la **REGONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 8.** No obstante, la **POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 8** se reserva el derecho de cobrar perjuicios adicionales por encima del monto de lo aquí pactado, siempre que los mismos se acrediten. El pago de la cláusula penal pecuniaria estará amparado mediante póliza de seguros en las condiciones establecidas en el presente contrato. **PARÁGRAFO.- APLICACIÓN DEL VALOR DE LAS SANCIONES PECUNIARIAS:** Una vez notificada la resolución por medio de la cual se imponen alguna de las sanciones antes descritas, el **CONTRATISTA** dispondrá de quince (15) días calendario para proceder de manera voluntaria para a su pago. Las multas no serán reintegrables aún en el supuesto que el **CONTRATISTA** dé posterior ejecución a la obligación incumplida. En caso de no pago voluntario y una vez en firme la resolución que imponga multas, podrá tomarse del saldo a favor del **CONTRATISTA** si lo hubiere, o acudir a la jurisdicción coactiva. **d). CADUCIDAD ADMINISTRATIVA:** Si se presenta algún hecho constitutivo de incumplimiento de las obligaciones a cargo del **CONTRATISTA**, que afecte de manera grave y directa la ejecución del contrato y evidencie que puede conducir a su paralización, la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 8** por medio de acto administrativo debidamente motivado podrá decretar la caducidad y ordenar la liquidación en el estado en que se encuentre, todo de conformidad con lo previsto en el artículo 18 de la Ley 80 de 1.993. Ejecutoriada la resolución de caducidad, el contrato quedará definitivamente terminado y el **CONTRATISTA** no tendrá derecho a reclamar indemnización alguna. **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 8**, hará efectivo el valor de la pena pecuniaria, y procederá a su liquidación. Para efectos de esta liquidación, el **CONTRATISTA** devolverá a la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 8** los dineros que hubiere recibido por concepto del presente contrato, previa deducción del valor de los elementos entregados por aquel y recibidos a satisfacción por la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 8** de conformidad con lo establecido en la cláusula primera del presente contrato. En

	el acta de liquidación se determinarán las obligaciones a cargo de las partes, teniendo en cuenta el valor de las sanciones por aplicar o las indemnizaciones a cargo la **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 8**, si a esto hubiere lugar, y la fecha de pago. **3. INDEMNIDAD:** EL CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a la **POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 8** de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa sus actuaciones
PLAZO Y FORMA DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	El plazo de ejecución del contrato será a partir de aprobación de la garantía única y la notificación del acta de inicio y hasta el 30 de junio de 2024 o hasta agotar presupuesto antes de la fecha de ejecución. **FORMA DE EJECUCION:** El objeto del contrato a celebrar se ejecutará en forma de tracto sucesivo, de acuerdo a las necesidades de la institución, previa coordinación con el supervisor del contrato. **Nota:** El incumplimiento a cualquiera de los plazos antes estipulados genera la imposición de las sanciones correspondientes, previo cumplimiento de las actuaciones administrativas pertinentes.
LUGAR DE PRESTACION DEL SERVICIO	El servicio será prestado en la ciudad de Santa Marta-Magdalena en las instalaciones del contratista favorecido dentro del área metropolitana de la ciudad, quien deberá contar con los medios logísticos y humanos para la prestación del servicio
MONEDA DEL CONTRATO	Pesos Colombianos
VIGENCIA	La vigencia será por un término igual al plazo de ejecución de la aceptación de la oferta y cuatro (04) meses. Estos cuatro (04) meses son únicas y exclusivamente para efectos de liquidación de contrato.

Atentamente;

Mayor **JOHANA CECILIA SANCHEZ AYALA**
Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No.8 (E)

Elaborado Por: PT Juranis Jiménez Olaya
Analista contratos UPRES DEMAG

Revisado por: TE María Inés Bermúdez Juez
Analistas Grupo de Contratos RASES 8.

Revisado por: SI Harold Jesús Toro Díaz
Analistas Grupo de Contratos RASES 8.

Revisado Por: CT Arturo Alejandro Lugo Matiz
Jefe Grupo de Contratos RASES 8

Reviso: CT Mario Alberto López Ramírez
Jefe Logística y Financiera RASES No 8 (E)

Revisado Por: IJ Sehenin Alvan García
Asesor Jurídico RASES 8

Fecha de Elaboración: 23/11/2023
Ubicación: Vigencia2023/GASTROENTEROLOGIA

ANEXO No 1

CONDICIONES TÉCNICAS

ITEM	GENERALIDADES
01	Con el fin de garantizar la calidad de los bienes o servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere acreditar experiencia en proyectos iguales o similares al objeto del presente estudio previo, tal acreditación será avalada con la presentación de certificaciones que acrediten la realización de contratos o copias de contratos, celebrados y ejecutados con empresas públicas o privadas en cualquier tiempo, cuya suma supere el cien por ciento (100%) del presupuesto asignado al presente proceso, para lo cual el oferente deberá presentar certificaciones (certificación por contrato) con concepto favorable de la recepción de los contratos. • Nombre o razón social del contratante y del contratista dirección y teléfono. • Objeto del contrato. • Número del Contrato. • Fecha de inicio y terminación del contrato. • Valor del contrato. • Indicar si cumplió o no con las especificaciones técnicas solicitadas. • La certificación deberá estar suscrita por el representante legal de la entidad contratante o quien haga sus veces o apoderado o persona autorizado para ello, indicando la dirección NIT y teléfono. NOTA: Las certificaciones serán objeto de verificación, no serán tenidas en cuenta aquellas certificaciones en las que no se pueda constatar que el contratista cumplió con el objeto del contrato. En caso de presentarse en la modalidad de consorcio o unión temporal, el valor a tener en cuenta como experiencia será igual al valor total facturado del contrato multiplicado por el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes, para lo cual se deberá anexar copia de documento consorcial o unión temporal donde se pueda verificar el porcentaje de participación; llegado el caso de no contar con dicho documento consorcial por ser la primera vez que se presentan bajo esta figura en un proceso de licitación pública, a los mismo les será evaluado su experiencia de forma individual a cada uno de sus integrantes.
02	respecto a la atención a los usuarios, incluyendo como mínimo: ✓ Requisitos para la atención de servicio ✓ Horarios de Atención ✓ Modalidad para la asignación de citas (Telefónica y/o Presencial) ✓ Entrega de instrucciones para procedimientos ✓ Entrega de resultados ✓ Entrega de copia de servicios prestados ✓ Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios por parte de referencia en casos de solicitarles servicios prioritarios o en caso de urgencias. Anexar el Portafolios de servicios, incluyendo en este el modelo de atención y capacidad instalada.
03	**MODELO DE ATENCION**: Entregar formalmente junto con la propuesta el MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD previamente definido por la entidad oferente.
04	**RETHUS - Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud.** Sistema de información del Ministerio de Salud y Protección Social del talento humano en salud que cumple con los requisitos establecidos en la Ley 1164 de 2007, proceso con el cual se entiende que dicho personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del área de la salud. En el RETHUS se señala también la información sobre las sanciones del talento humano en salud que, según el caso, reportan los Tribunales ético-disciplinarios del área de la salud, autoridades competentes o los particulares a quienes se les deleguen las funciones públicas. Por este motivo el profesional debe estar inscrito en el sistema antes mencionado.
05	**Capacidad operativa**: El contratista deberá anexar certificación debidamente firmada por el representante legal, donde manifieste que cuenta con los equipos, maquinaria, instalaciones, recurso humano y demás elementos necesarios para la prestación de los servicios especializados en laboratorio clínico para los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional en el Departamento del Magdalena.
06	El contratista deberá presentar el Formulario de Inscripción en el **Registro Especial De Prestadores de Servicios de Salud** o Certificación de Cumplimiento de las Condiciones de Habilitación (Resolución 1043 de 2006 del Ministerio de la Protección Social)
07	**OPORTUNIDAD DE ACCEDER AL SERVICIO:** PARA LA ASGNACION DE CITAS, la OPORTUNIDAD: Es obligación del contratista tener una oportunidad, en CINCO (5) días hábiles.
08	Una vez adjudicado el presente proceso de contratación el futuro contratista se compromete a enviar archivo plano en Excel donde se discrimine cada uno de los CUPS con sus respectivos valores a la tarifa contratada.
09	El contratista deberá ofertar la totalidad de los servicios requeridos, lo cual será verificado por el comité técnico.
10	El contratista deberá entregar diligenciado en la propuesta el Formulario Acuerdo de confiabilidad, anexo al presente pliego.
11	El contratista deberá presentar una certificación firmada por el representante legal donde certifique que su personal cumple con los estudios necesario para prestar los servicios requerido por la Unidad Prestadora de Salud Magdalena, en las especialidades solicitadas según el objeto del presente estudio, cabe aclara que los diplomas, actas de grado y de más estudios realizados deberán reposar en la oficina de talento humano de la entidad seleccionada.
12	El contratista deberá cumplir con las normas universales de bioseguridad, manejo de desechos, asepsia y antisepsia, así como la normativa vigente para el manejo de desechos comunes sólidos, así como de desechos intrahospitalarios sólidos y líquidos de acuerdo con la normatividad establecida para tal efecto por el ministerio de salud y el ministerio de ambiente. Por lo anterior el oferente deberá presentar los siguientes documentos: • PGIRSH actualizado (decreto 1076) • Registro de generación de residuos generados en la atención en salud (link IDEAM). (si aplica) • Actas de incineración de residuos.

13	El futuro contratista debe disponer de una o varias líneas telefónicas directas y servicio de FAX para que los usuarios puedan solicitar información acerca de los servicios prestados y para la Coordinación previa de los servicios de Referencia y Contrareferencia.
14	Entrega de los documentos que evidencian, la afiliación a la seguridad social integral del personal contratada, (E.P.S, E.F.P, A.R.L, C.C.F.) obligándose a mantener dicha afiliación y nivel de la cobertura del riesgo, durante la totalidad del tiempo necesaria para la ejecución de la actividad contratada
15	Aportar la copia del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo del contratista con la evaluación del riesgo aplicable a la actividad contratada y lo establecido en el artículo 2.2.46.23 del decreto 1072 de 2015 o la norma que lo sustituya
16	Entregar el plan de trabajo para la ejecución de la actividad del SGSST donde se evidencie el cumplimiento a todas las normas vigentes en SGSST, aplicables a la tarea contratada, en especial las actividades que generan cualquier tipo de riesgo a los trabajadores del contratista
17	Copia del plan de trabajo relacionado con el SGSST, preveniente acordado con la ARL a la cual tiene afiliado a sus trabajadores o dependientes
18	Notificar por escrito al responsable SGSST del contrato del trabajo para articular actividades de prevención, control y su pericón de la actividad contratada
19	Copia del reglamento de higiene y seguridad industrial (físico o magnético) que aplica el contratista o subcontratista en la actividad laboral
20	Deberá evidenciar objetivamente que cumple en su totalidad con los requisitos legales establecidos en el artículo 2.2.4.6.28 del decreto 1072-2015 en relación con sus de pendientes y contratista durante toda la ejecución contractual
21	**CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST).** El oferente deberá certificar mediante comunicado oficial con firma del **representante legal y el profesional encargado según la idoneidad presentada de este último**, que cumple con lo establecido en la Resolución número 0312 del 13 de febrero de 2019 Por medio de la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. De igual forma diligenciara y anexara el **Formulario (sistema de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo).**
22	Informar al SUPERVISOR del CONTRATO una vez éste se encuentre ejecutado en un Cincuenta (50%) y Ochenta (80%). Una vez recibida esta información, el SUPERVISOR comunicará a la Regional de Aseguramiento en Salud N° 8, para los fines administrativos pertinentes. Prestar en forma continua y permanente los servicios a los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional, bajo los principios de eficacia, universalidad, calidad y solidaridad. Los servicios que se presten con posterioridad al plazo de ejecución establecida o luego de ejecutar el presupuesto total del contrato no serán asumidos por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 8.
23	El contratista deberá cumplir a la hora de la generación del cargue de las facturación electrónica, con lo consignado en la Circular 022 del 19 de abril 2021 y guía de facturación electrónica código: GF-GU-06 emitida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (proceso de resección en el Ministerio de Hacienda y Crédito Público de las facturas electrónicas, notas débito y notas crédito emitidas por los proveedores y contratistas).
24	El contratista deberá presentar certificación escrita firmada por el Representante Legal, afirmando que no se encuentra inmerso en el numeral 4, del artículo 183 del Código Nacional de Policía y Convivencia (Ley 1801 de 2016)
25	En caso de adición de presupuesto los valores de la adición serán los mismos contratados en el contrato inicial.
26	Rendir informe mensual de ejecución del contrato el cual será acordado con el supervisor del contrato.

SERVICIOS REQUERIDOS

CUPS	DESCRIPCION CUPS
422001	ESOFAGOSCOPIA OPERATORIA POR INCISIÓN
422002	ESOFAGOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL
422003	ESOFAGOSCOPIA VIA ORAL EXPLORATORIA O DIAGNÓSTICA SIN BIOPSIA
422004	INYECCION EN ESOFAGO DE SUSTANCIA PROFILACTICA O TERAPEUTICA VIA ENDOSCOPICA
422602	BIOPSIA DE ESÓFAGO VIA ENDOSCÓPICA
423301	POLIPECTOMIA DE ESÓFAGO VIA ENDOSCÓPICA
423302	CONTROL DE HEMORRAGIA DE ESÓFAGO VIA ENDOSCÓPICA
423304	INYECCIÓN (ESCLEROSIS) DE VARICES ESOFAGICAS VIA ENDOSCÓPICA
423305	LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS VIA ENDOSCÓPICA
423306	ABLACIÓN DE LESIÓN ESOFAGICA VIA ENDOSCÓPICA
423308	RESECCIÓN DE LESIÓN MUCOSA DE ESÓFAGO VIA ENDOSCÓPICA
423309	RESECCIÓN DE LESIÓN SUBMUCOSA DE ESÓFAGO VIA ENDOSCÓPICA
428100	INSERCION DE TUBO O PROTESIS (STENT) PERMANENTE EN ESOFAGO SOD

429209	DILATACION ESOFACIA CON DISPOSITIVO
429301	INSERCION DE DISPOSIIVO EN ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA
4294	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO O LESION LOCALIZADA EN ESOFAGO CON REPARO PRIMARIO
429405	EXTRACIION ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN ESOFAGO
429501	INSERCION DE OTROS DISPOSISTIVOS ESOFAGOGASTRICOS
4296	REPOSICIONAMIENTO O EXTRACCION DE DISPOSITVO EN ESOFAGO
429601	REPOSICIONAMIENTO O EXTRACCION DE DISPOSITVO EN ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA
429602	EXTRACCION DE DISPOSITOVO EN ESOFAGO VIA ENDOSCOPIA
431002	GASTROSTOMÍA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOSCÓPICA)
434001	ESCISIÓN DE PÓLIPOS GÁSTRICOS VÍA ENDOSCÓPICA
434101	LIGADURA ENDOSCOPICA DE VARICES GASTRICAS
434102	CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA MEDIANTE ESCLEROTERAPIA
434103	CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA MEDIANTE CORRIENTE BIPOLAR
434201	RESECCION ENDOSCOPICA DE TUMOR SUBMUCOSO GASTRICO VIA ENDOSCOPICA
434500	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA GASTRICA SOD
441200	GASTROSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL SOD
441301	ESOFAGOGASTROSDUODENOSCOPIA (CON EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO)
441302	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (E.G.D.) CON O SIN BIOPSIA
441303	ESOFAGOGASTRODUOENSOCOPIA (E.G.D) CON MAGNIFICACION O CROMOENDOSCOPIA
441304	MARCACION DE LESION EN ESOFAGO ESTOMAGO O DUODENO VIA ENDOSCOPICA
449001	ABLASION DE LESION VIA ENDOSCOPIA
449301	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAGASTRICO RESTRITIVO POR ENDOSCOPIA
449401	EXTRACCION DE DISPOSITIVO O RESTRISTRICTIVO X ENDOSCOPICA
444305	CONTROL DE HEMORRAGIA GASTRICA O DUODENAL CON DISPOSITVO VIA ENDOSCOPICA
451302	ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO DESPUES DE DUODENO
451303	INSERCION ENDOSCOPICA DE ENDOPROTESIS (STENT) DUODENAL
452301	COLONOSCOPIA TOTAL
452302	COLONOSCOPIA IZQUIERDA
452303	COLONOSCOPIA CON MAGNIFICACIÓN O CROMOENDOSCÓPICA
452304	MARCACIÓN DE LESIÓN EN COLON VÍA ENDOSCÓPICA
452401	SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE O RIGIDA
452501	BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA
452502	BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO ESCALONADA VÍA ENDOSCÓPICA (10 O MÁS)
454101	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO VÍA ABIERTA
454102	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO VÍA LAPAROSCÓPICA
454203	CONTROL DE HEMORRAGIA DE COLON O RECTO VÍA ENDOSCÓPICA
454205	MUCOSECTOMÍA DE COLON O RECTO VÍA ENDOSCÓPICA
454206	DISECCIÓN DE LA SUBMUCOSA EN COLON O RECTO VÍA ENDOSCÓPICA
454207	RESECCIÓN DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA (1- 3)
454208	RESECCIÓN DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA (4 - 10)
454209	RESECCIÓN DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA (11 O MÁS)
454210	ABLACIÓN DE LESIÓN EN INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA TERAPIA ARGON

468501	DILATACION DEL COLON POR COLONOSCOPIA
469702	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINO GRUESO
4826	BIOPIA DE TEJIDO PERIRECTAL
482600	BIOPSIA DE TEJIDO PERIRECTAL (S0D)
482101	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA TRANSABDOMINAL SOD
482201	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL SOD
482301	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA RIGIDA O FLEXIBLE
482400.	BIOPSIA CERRADA (ENDOSCOPICA) DE RECTO O SIGMOIDE SOD
492101	ANOSCOPIA CON MAPEO
492200	BIOPSIA DE TEJIDO PERIANAL SOD
492300	BIOPSIA DE ANO SOD
494001	LIGADURA DE HEMORROIDES
494201.	INYECCIÓN (ESCLEROSIS) EN HEMORROIDES
510301	DRENAJE BILIAR VIA PERCUTANEA Y COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO
510302	DRENAJE BILIAR VIA ENDOSCÓPICA Y COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO
511000	COLANGIO-PANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA SOD
511102	COLANGIOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA (TRANSDUODENAL)
512200.	FULGURACION DE LESIONES POR COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA SOD
512301	LITOTRIPSIA BILIAR POR COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA
518401	DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE AMPOLLA Y DEL CONDUCTO BILIAR
518500	ESFINTERECTOMIA Y PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA SOD
518801	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DE LAS VIAS BILIARES CON ESFINTEROTOMIA
518902.	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN VIA BILIAR VIA ENDOSCÓPICA
521401	BIOPSIA CERRADA (ENDOSCOPICA) DE DUCTO PANCREATICO SOD
524101	DRENAJE TRANSGÁSTRICO ENDOSCÓPICO DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREÁTICO
524102	DRENAJE TRANSAMPULAR ENDOSCÓPICO DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREÁTICO
	INSERCION ENDOSCOPICA DE TUBO TUTOR (PROTESIS, STENT) EN EL CONDUCTO PANCREATICO SOD
529400.	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DEL CONDUCTO PANCREATICO SOD
529800	DILATACION ENDOSCOPICA DE DUCTO PANCREATICO SOD
893904	PRUEBA DE ALIENTO PARA DETECCION DE HELICOBACTER PYLORIS (HELIPROBE)
893901	PH METRIA CONVENCIONAL
893905	PH METRIA ESOFAGICA + IMPEDACIOMETRIA
454210.	TERAPIA CON ARGON PLASMA
451302	VIDEOCAPSULA ENDOSCOPICA
438402	MANGA GASTRICA SLEEVE
530002	HERNIA INGUINAL POR LAPAROSCOPIA UNILATERAL
446604	CIRUGIA ANTIRREFLUJO + HIATOPLASTIA
449602.	DERIVACION GASTROYEYUNAL (BYPASS GASTRICO)
457302	CIRUGIA DE COLON (HEMICOLECTOMIA)
458302	COLECTOMIA TOTAL
886101	ELASTOGRAFIA - FIBROSCAN

512104	COLECISTECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA
512302	LITOTRIPSIA INTRADUCTAL POR COLEDOSCOPIA. SPYGLASS
511705	BIOPSIA ESTINTER DE ODDI. CON SPYGLASS
890234	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL
890241	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA
890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA
890253	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA
890334	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL
890341	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA
890346	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA
890247	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA
890347	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA

Vo. Bo si /Patrullera **JURANIS YUCETH JIMENEZ OLAYA**
Analista de contratos

Avenida circunvalar No. 45 – 124
deata.rases-gco@policia.gov.co
www.policia.gov.co

POLICIA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 8
Ciudad

El suscrito IRINA JOSE VANEGAS PALACIO, obrando en nombre y representación de CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S, de conformidad con lo establecido en el pliego de condiciones, del presente proceso de contratación, adelantado por LA RASES, oferto de forma irrevocable y como precio fijo y global, para la celebración del contrato que es objeto el presente proceso, y en consecuencia, ofrezco proveer los servicios y/o bienes correspondientes previstos en el pliego por un valor total que se discrimina así:

ITEMS	DESCRIPCION CUPS	PRECIO TECHO	VALOR A OFERTAR
1	PRESTACION DEL SERVICIO ESTUDIOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, ENDOSCOPICOS DE LA ESPECIALIDAD DE GASTROENTEROLOGIA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL EN EL DEPARTAMNETO DE POLICIA MAGDALENA, SEGUN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TECNICA Y CIENTIFICAMENTE EN EL AMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO N°. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIA Y LOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO QUE ESTEN PREVIAMENTE AUTORIZADOS POR EL COMITE TECNICO CIENTIFICO DE LA DISAN O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCION CONSTITUCIONAL DE TUTELA.	ISS 2001 + 29%	ISS 2001 + 25%
2	TERAPIA CON ARGON PLASMA	ISS 2001 + 40%	ISS 2001 + 35%
3	ELASTOGRAFIA - FIBROSCAN	$ 950.000	$ 900.000
4	COLECISTECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA	$ 2.800.000	$ 2.700.000
5	LITOTRIPSIA INTRADUCTAL POR COLEDOSCOPIA. SPYGLASS	$ 35.414.525.00	$ 32.495.000
6	BIOPSIA ESTINTER DE ODDI. CON SPYGLASS	$ 35.414.525.00	$ 32.495.000
7	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL	$ 55.000	$ 50.000
8	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GASTROINTESTINAL	$ 55.000	$ 50.000
9	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA	$ 167.145.00	$ 160.000
10	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA	$ 167.145.00	$ 160.000
11	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	$ 55.000	$ 50.000
12	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	$ 55.000	$ 50.000
13	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA	$ 180.000	$ 170.000

14	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA+	$ 180.000	$ 170.000
15	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	$ 85.000	$ 80.000
16	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	$ 85.000	$ 80.000
17	MEDICAMENTOS	PLM VIGENTE +15%	PLM VIGENTE +15%
18	INSUMOS	VALOR COMERCIAL + 12%	VALOR COMERCIAL + 12%

El valor total del contrato se mantendrá en $78.000.000.00

Declaramos, bajo nuestra responsabilidad personal, y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que la información antes consignada es totalmente cierta y puede ser verificada.

NOMBRE DEL PROPONENTE: **CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S**

NIT o CC: 900520510-0

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: IRINA JOSE VANEGAS PALACIO

C.C: 57.430.183 de Santa Marta – Magdalena

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL: Irina Vanegas

DIRECCION: Calle 22 N° 15-20

TELEFONO: 4209981

CEHOCA

CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S.

FORMULARIO No. 2

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD Santa Marta - Magdalena **FECHA** 15 de noviembre de 2023

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

APERTURA X CANCELACIÓN_____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S NIT 900520510-0

_____ Y/O

_____ C.C. _____

Dirección Calle 22 N° 15-32 Teléfono 4209981 Fax_____

Departamento Magdalena Ciudad Santa Marta Municipio_____

Denominación de la cuenta **Corriente** X

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: Cehoca@cehoca.co SI (X)

TELÉFONO: 3164471635 SI (X)

II. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA:

Entidad Financiera BANCO AV VILLAS Código 052

Sucursal Torcoroma Código 0052 Ciudad Barranquilla

Dirección Carrera 51B N° 84-94 Teléfono 3850730 Fax_____

Número de la cuenta 809-01515-9
(Adjuntar certificación bancaria)

Irina Vanegas

IRINA VANEGAS PALACIO
Representante legal
CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S

Banco AV Villas

NIT 860.035.827-5

BANCO COMERCIAL
AV VILLAS 052
NIT: 860.035.827-5
CRA. 13 No 27-47 P-24 BOGOTA D.C

C E R T I F I C A

Que **CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S.** identificada bajo el Nit **900.520.510-0** posee la Cuenta Corriente **No 809-01515-9** en la oficina Centro de Negocios Empresariales Torcoroma, desde el 17 de Mayo de 2012.

En la fecha se encuentra activa y presenta un buen comportamiento, lo que le permite hacer parte de un selecto grupo de clientes preferentes en nuestra oficina, cualquier información adicional será suministrada con gusto a los teléfonos registrados en la parte inferior.

Se expide la presente a solicitud del interesado a los 30 días del mes de Octubre del año Dos mil veintitres (2023).

Atentamente,

VISADO

LEONARDO HERNANDEZ MONTERO
Gerente Banca Empresarial
Carrera 51B No 84 - 94
Teléfono: (5) 3850730 Ext. 87542
Barranquilla - Colombia