ANEXO No. 1

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

Las siguientes son las condiciones Técnicas Mínimas que deben cumplir los Oferentes, quienes deberán marcar con una X (CUMPLE –NO CUMPLE).

No.	CUPS	PROCEDIMIENTO	INCLUYE	CUMPLE	NO CUMPLE
1	082302B	**RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR PARCIAL, DOS TERCIOS	Honorarios cirujano Honorarios anestesiologo Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Evaluación pre-anestesica Controles post-operatorios por un mes		
2	082406B	**RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR TOTAL CON CANTO	Honorarios cirujano Honorarios anestesiologo Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Evaluación pre-anestesica Controles post-operatorios por un mes		
3	082504B	**ABLACION DE LESION DE PARPADOS	Honorarios cirujano Honorarios anestesiologo Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Evaluación pre-anestesica Controles post-operatorios por un mes		
4	083001B	**CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSION FRONTAL CON SUTURA O TEJIDO	Honorarios cirujano Honorarios anestesiologo Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Evaluación pre-anestesica Controles post-operatorios por un mes		
5	083002B	**CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSION FRONTAL CON DESLIZAMIENTO DEL MUSCULO FRONTAL	Honorarios cirujano Honorarios anestesiologo Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Evaluación pre-anestesica Controles post-operatorios por un mes		
6	083602B	**CORRECCION DE ENTROPION POR INJERTO	Honorarios cirujano Honorarios anestesiologo Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Evaluación pre-anestesica		

			Controles post-operatorios por un mes		
7	086001B	**RECONSTRUCCION DE PARPADOS CON COLGAJO	Honorarios cirujano Honorarios anestesiologo Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Evaluación pre-anestesica Controles post-operatorios por un mes		
8	086002B	**RECONSTRUCCION DE PARPADOS CON INJERTO	Honorarios cirujano Honorarios anestesiologo Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Evaluación pre-anestesica Controles post-operatorios por un mes		
9	086003B	**RECONSTRUCCION DE PARPADOS POR LIBERACION DE COLGAJO	Honorarios cirujano Honorarios anestesiologo Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Evaluación pre-anestesica Controles post-operatorios por un mes		
10	088001B	**REPARACION DE HERIDA EN CEJA	Honorarios cirujano Honorarios anestesiologo Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Evaluación pre-anestesica Controles post-operatorios por un mes		
11	088402B	**SUTURA PROFUNDA DE HERIDA MULTIPLE DE PARPADO	Honorarios cirujano Honorarios anestesiologo Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Evaluación pre-anestesica Controles post-operatorios por un mes		
12	088403B	**SUTURA DE PARPADO Y RECONSTRUCCION CON INJERTO O COLGAJO	Honorarios cirujano Honorarios anestesiologo Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Evaluación pre-anestesica Controles post-operatorios por un mes		
13	089104B	**ABLACION DE PESTANAS (SUPERIOR O INFERIOR)	Honorarios cirujano Honorarios anestesiologo Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Evaluación pre-anestesica Controles post-operatorios por un mes		
14	091101B	**BIOPSIA DE LA GLANDULA LAGRIMAL			
15	091201B	**BIOPSIA DE LA VIA LAGRIMAL			
16	098101B	**DACRIOCISTORRINOSTOMIA VIA ABIERTA	Honorarios cirujano Honorarios anestesiologo		

			Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Evaluación pre-anestesica Controles post-operatorios por un mes Set de Crawford		
17	098201B	**CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA SIMPLE VIA EXTERNA	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
18	102101B	**BIOPSIA DE CONJUNTIVA			
19	103104B	**RESECCION DE PTERIGION (NASAL O TEMPORAL) CON INJERTO	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
20	103105B	**RESECCION DE PTERIGION REPRODUCIDO (NASAL O TEMPORAL) CON INJERTO	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
21	103108B	**PERITOMIA TOTAL	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
22	103204B	**ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CONJUNTIVA	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
23	104002B	**REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO LIBRE EN CONJUNTIVA	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
24	104003B	**REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO DE TEJIDO EXTRAOCULAR	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
25	106101B	**SUTURA EN LA CONJUNTIVA	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
26	110001B	**EXTRACCION DE CUERPO EXTRANO SUPERFICIAL EN CORNEA	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos		

			Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
27	110002B	**EXTRACCION DE CUERPO EXTRANO PROFUNDO EN CORNEA	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
28	111201B	**DRENAJE DE COLECCIONES EN CORNEA	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
29	112201B	**BIOPSIA DE CORNEA			
30	114101B	**RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE CORNEA	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
31	114201B	**CAUTERIZACION DE CORNEA MANUAL	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
32	115306B	**SUTURA DE CORNEA	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
33	115201B	**REPARACION DE DESHISCENCIA DE HERIDA CORNEAL	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
34	115301B	**REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR PARCIAL	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
35	115302B	**REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR TOTAL	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
36	120001B	**EXTRACCION DE CUERPO EXTRANO INTRAOCULAR DEL SEGMENTO ANTERIOR DE OJO	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica		

			oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
37	121101B	**IRIDOTOMIA MANUAL			
38	121102B	**IRIDOTOMIA ASISTIDA			
39	121301B	**REDUCCION DE HERNIA DE IRIS	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
40	121401B	**IRIDECTOMIA (BASAL, PERIFERICA Y TOTAL)	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
41	122201B	**BIOPSIA DE IRIS			
42	122301B	**BIOPSIA DE ESCLEROTICA			
43	122401B	**BIOPSIA DE CUERPO CILIAR			
44	123001B	**IRIDOPLASTIA MANUAL	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
45	123201B	**LISIS DE GONIOSINEQUIAS			
46	123202B	**LISIS DE SINEQUIAS ANTERIORES			
47	123203B	**LISIS DE SINEQUIAS POSTERIORES			
48	123401B	**REPARACION O SUTURA DE IRIDODIALISIS	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
49	123501B	**COREOPLASTIA (PUPILOPLASTIA)			
50	124201B	**RESECCION DE TUMOR DE IRIS	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
51	124202B	**IRIDOCISTECTOMIA			
52	124203B	**ESCISION DE LESION DE IRIS			
53	124300B	**ABLACION DE LESION DE CUERPO CILIAR SOD	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
54	124401B	**RESECCION DE LESION O TUMOR EN CUERPO CILIAR	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
55	124402B	**IRIDOCICLECTOMIA			
56	125101B	**GONIOTOMIA			
57	125501B	**CICLODIALISIS (DESINSERCION PARCIAL DEL CUERPO CILIAR)			
58	126403B	**TRABECULECTOMIA CONVENCIONAL	Honorarios cirujano		

			Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
59	127501B	**TRABECULOPLASTIA ASISTIDA			
60	126601B	**REVISION DE AMPOLLA FILTRANTE	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
61	126602B	**SUTURA DE COMPRESION DE AMPOLLA FILTRANTE			
62	126603B	**SUTUROLISIS SUBCONJUNTIVAL DE COLGAJO ESCLERAL ASISTIDA			
63	126604B	**LIBERACION DE OBSTRUCCION DE VENTANA FILTRANTE ASISTIDA			
64	126705B	**REVISION ANTERIOR DE TUBO DE DISPOSITIVO	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
65	126706B	**REVISION DE DISPOSITIVO CON OBSTRUCCION POSTERIOR			
66	128101B	**SUTURA DE LA ESCLERA [ESCLERORRAFIA]	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
67	128401B	**RESECCION DE TUMOR DE LA ESCLEROTICA, VIA ABIERTA	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
68	128801B	**ESCLEROPLASTIA SIMPLE	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
69	130001B	**EXTRACCION INTRACAPSULAR DE CRISTALINO	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
70	130002B	**EXTRACCION EXTRACAPSULAR MANUAL DE CRISTALINO	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
71	130003B	**EXTRACCION EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO Incluye: FACOEMULSIFICACION, LASER, ASPIRACION, ENTRE OTROS	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala		

			Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
72	130004B	**EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO EN PRESENCIA DE AMPOLLA FILTRANTE PREVIA	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
73	136401B	**RESECCION DE MEMBRANA SECUNDARIA MANUAL			
74	136505B	**CAPSULOTOMIA ASISTIDA			
75	137003B	**INSERCION DE LENTE INTRAOCULAR EN CAMARA POSTERIOR SOBRE RESTOS CAPSULARES	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
76	138101B	**EXTRACCION DE LENTE INTRAOCULAR (PSEUDOCRISTALINO) DE CAMARA ANTERIOR O POSTERIOR	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
77	147103B	**ASPIRACION DIAGNOSTICA DE VITREO	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
78	142004B	**ABLACION DE LESION CORIORETINAL	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
79	143401B	**REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL POR RETINOPEXIA	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
80	143402B	**REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL VIA INTERNA	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
81	143501B	**REPARACION DE LESION RETINAL POR INDENTACION ESCLERAL	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
82	147405B	**VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica		

			oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
83	147101B	**VITRECTOMIA ANTERIOR	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
84	147401B	**VITRECTOMIA POSTERIOR CON INSERCION DE SILICON O GASES	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
85	147402B	**VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETINOPEXIA	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
86	150101B	**BIOPSIA DE MUSCULO O TENDON EXTRAOCULAR			
87	152001B	**ALARGAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
88	152003B	**ACORTAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
89	154001B	**REINSERCION DE MUSCULOS RECTOS	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
90	154002B	**REINSERCION DE MUSCULOS OBLICUOS	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
91	154005B	**ANTEROINSERCION DE MUSCULOS RECTOS	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
92	162301B	**BIOPSIA DE PARED DE ORBITA			
93	163002B	**EVISCERACION DEL GLOBO OCULAR CON IMPLANTE	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo		

			Controles post-operatorios por un mes		
94	164002B	**ENUCLEACION CON IMPLANTE PROTESICO	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
95	164004B	**ENUCLEACION CON INJERTO DERMOGRASO	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
96	166101B	**INSERCION SECUNDARIA DE PROTESIS CON FORMACION DE FONDOS DE SACO CONJUNTIVALES	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intra-quirurgicos Derechos de sala Evaluación pre-quirúrgica oftalmólogo Controles post-operatorios por un mes		
97	166301B	**REVISION E INSERCION DE IMPLANTE ORBITARIO			
98	950201B	**EVALUACION PARA BAJA VISION			
99	950101B	**EVALUACION ORTOPTICA			
100	950505B	**ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO	Tarifa por ojo		
101	950610B	**RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES	Tarifa por ojo		
102	951103B	**FOTOGRAFIA A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	Tarifa por ojo		
103	951202B	**ANGIOGRAFIA OCULAR DE SEGMENTO ANTERIOR DEL OJO	Tarifa por ojo		
104	951203B	**ANGIOGRAFIA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	Tarifa por ojo		
105	951302B	**ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B	Tarifa por ojo		
106	951501B	**TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL SIMPLE	Tarifa por ojo		
107	952001B	**BIOMETRIA OCULAR	Tarifa por ojo		
108	952302B	**POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MONOFOCALES	Tarifa por ojo		
109	952501B	**PAQUIMETRIA	Tarifa por ojo		
110	952601B	**TONOGRAFIA OCULAR CON PRUEBAS PROVOCATIVAS	Tarifa por ojo		
111	953401B	**ADAPTACION DE PROTESIS OCULAR			
112	953501B	**TERAPIA ORTOPTICA			
113	953502B	**TERAPIA PLEOPTICA			
114	890276B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (OFTALMOLOGIA PEDIATRICA)			
115	890276B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (CORNEA Y CAMARA ANTERIOR)			
116	890276B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (ESTRABISMO)			
117	890276B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (GLAUCOMA)			
118	890276B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (RETINA Y VITREO)			
119	890276B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (BAJA VISION)			
120	890376B	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (OFTALMOLOGIA PEDIATRICA)			
121	890376B	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (CORNEA Y CAMARA ANTERIOR)			
122	890376B	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (ESTRABISMO)			
123	890376B	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (GLAUCOMA)			

124	890376B	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (PLASTIA OCULAR)			
125	890276B	CONSULTA DE POR MEDICINA ESPECIALIZADA (RETINA Y VITREO)			
126	890207B	COMSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA (CONTACTOLOGIA)			
127	890207B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA + Incluye: EVALUACION Y AJUSTE DE LA AYUDA VISUAL (ANTEOJOS. LENTES DE CONTACTO. AYUDAS DE BAJA VISIÓN) PRESCRITA EN LA CONSULTA INICIAL O AJUSTE Y REVISION DE LA PROTESIS OCULAR ADAPTADA Excluye: EVALUA			
128	951503B	**ABERROMETRIA OCULAR	Tarifa por ojo		
129	951502B	**TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL POR ELEVACION	Tarifa por ojo		
130	952102B	**ELECTRORRETINOGRAMA MULTIFOCAL	Tarifa por ojo		
131	890207B	**CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA Incluye: OPTOMETRIA, TONOMETRIA Y VALORACION ORTOPTICA LIMITADA O INICIAL, PRESCRIPCION DE TECNICAS O AYUDAS OPTICAS VISUALES, REMISION PARA: EVALUACION ORTOPTICA, ADAPTACION Y AJUSTE DE PROTESIS O AYUDAS OPTICAS V			
132	951901B	**TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO ANTERIOR	Tarifa por ojo		
133	123002B	**IRIDOPLASTIA ASISTIDA	Tarifa por ojo		
134	150201B	**EXPLORACION DE MUSCULOS EXTRAOCULARES			
135	154003B	**RETROINSERCION DE MUSCULOS RECTOS			
136	951902B	**TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	Tarifa por ojo		
		CUP OPCIONALES	INCLUYE		
No.	**CUPS**	**PROCEDIMIENTO**			
1	098202B	**CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA SIMPLE TRANSANASAL VIA ENDOSCOPICA	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intraquirurgicos Derechos de sala Evaluación prequirúrgica oftalmólogo Evaluación preanestesica Controles postoperatorios por un mes		
2	112101B	**FROTIS DE CORNEA			
3	116101B	**QUERATOPLASTIA LAMELAR ANTERIOR MANUAL	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intraquirurgicos Derechos de sala Evaluación prequirúrgica oftalmólogo Evaluación preanestesica Controles postoperatorios por un mes		
4	116201B	**QUERATOPLASTIA PENETRANTE MANUAL	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intraquirurgicos Derechos de sala Evaluación prequirúrgica oftalmólogo Evaluación preanestesica Controles postoperatorios por un mes		
5	116401B	**ESCLEROQUERATOPLASTIA	Honorarios		

			cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intraquirurgicos Derechos de sala Evaluación prequirúrgica oftalmólogo Evaluación preanestesica Controles postoperatorios por un mes		
6	117301B	**IMPLANTE DE PROTESIS CORNEANA [QUERATOPROTESIS] TEMPORAL			
7	117501B	**QUERATECTOMIA FOTORREFRACTIVA MAS QUERATOMILEUSIS MANUAL			
8	117800B	**TERMOQUERATOPLASTIA SOD			
9	160101B	**ORBITOTOMIA CON COLGAJO OSEO			
10	160201B	**ORBITOTOMIA CON INSERCION DE IMPLANTE ORBITAL			
11	161101B	**EXTRACCION DE CUERPO EXTRANO EN ORBITA	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intraquirurgicos Derechos de sala Evaluación prequirúrgica oftalmólogo Evaluación preanestesica Controles postoperatorios por un mes		
12	165001B	**EXENTERACION DE LA ORBITA	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intraquirurgicos Derechos de sala Evaluación prequirúrgica oftalmólogo Evaluación preanestesica Controles postoperatorios por un mes		
13	168402B	**DESCOMPRESION DE ORBITA VIA LATERAL	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intraquirurgicos Derechos de sala Evaluación prequirúrgica oftalmólogo Evaluación preanestesica Controles postoperatorios por un mes		
14	168403B	**DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR O MEDIAL VIA ENDOSCOPICA	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intraquirurgicos Derechos de sala Evaluación prequirúrgica oftalmólogo Evaluación preanestesica Controles postoperatorios por un mes		
15	168405B	**DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR O MEDIAL VIA ABIERTA Incluye: VIA TRANSCARUNCULAR	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intraquirurgicos Derechos de sala Evaluación prequirúrgica oftalmólogo Evaluación preanestesica		

			Controles postoperatorios por un mes		
16	169201B	**RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE ORBITA	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intraquirurgicos Derechos de sala Evaluación prequirúrgica oftalmólogo Evaluación preanestesica Controles postoperatorios por un mes		
17	169202B	**RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE ORBITA	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intraquirurgicos Derechos de sala Evaluación prequirúrgica oftalmólogo Evaluación preanestesica Controles postoperatorios por un mes		
18	169204B	**DRENAJE DE COLECCION POSTERIOR DE ORBITA	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intraquirurgicos Derechos de sala Evaluación prequirúrgica oftalmólogo Evaluación preanestesica Controles postoperatorios por un mes		
19	126702B	**INSERCION DE DISPOSITIVO ANCLADO A ESCLERA	Honorarios cirujano Medicamentos intra-quirurgicos Materiales intraquirurgicos Derechos de sala Evaluación prequirúrgica oftalmólogo Evaluación preanestesica Controles postoperatorios por un mes		
20	890276B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (**NEUROFTALMOLOGIA**)			

.

Nº	CARACTERÍSTICAS	OFERTA	
		SI	NO
1	El oferente debe adjuntar la certificación de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Salud de Acuerdo a lo estipulado en el Decreto 1011 del 2006 y la Resolución No. 3100 del 25 de noviembre de 2019, el cual deberá estar vigente, y deberá encontrarse los servicios requeridos habilitados como mínimo: CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA TRASPLANTE TEJIDOS OCULARES ANESTESIA OFTALMOLOGÍA OPTOMETRÍA CONSULTA PRIORITARIA ULTRASONIDO PROCESO ESTERILIZACIÓN		

2	Anexar el Portafolios de servicios el cual deberá describir: a. Capacidad instalada por servicios (recursos logísticos, servicios operativos y físicos), Servicios ambulatorios (consulta especializada, numero de consultorios, procedimientos y/o servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico) b. Disciplinas generales, especializadas y supraespecialidades con que se cuenta (horas profesionales disponibles o por disponibilidad requeridas), cobertura requerida y oportunidad de atención, incluyendo en este el modelo de atención y así como el listado del recurso humano asistencial por servicios. **Condiciones que se verificarán por el Comité Técnico Evaluador mediante visita**. c. MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD previamente definido por la entidad oferente		
3	El oferente se obliga a sostener las tarifas ofrecidas para la prestación de servicios de salud, procedimientos especiales y la práctica de procedimientos diagnósticos ofrecidos durante el tiempo que dure el contrato que se llegase a celebrar.		
4	El oferente se compromete a realizar las actividades propias para las que fue contratado dando cumplimiento a la normatividad y leyes vigentes de carácter general e interno que guarden relación con el Sistema de Gestión Integral (MECI, CALIDAD y SISTEDA)		
5	Designar coordinador en forma permanente, para que de solución a las necesidades y posibles inconvenientes que se puedan presentar a los usuarios de la Policía. Lo cual debera ser implementado previamente a la notificación del oficio de inicio del contrato.		
6	El oferente deberá certificar que dentro de su planta de personal cuenta con mínimo con los siguientes profesionales con tarjeta profesional vigente, para lo cual se deberá diligenciar el formato de idoneidad del recurso humano. OFTALMÓLOGO GENERAL OFTALMÓLOGO PEDIATRA OFTALMÓLOGO GLAUCOMATOLOGO OFTALMÓLOGO RETINOLOGO NEUROFTALMOLOGO OFTALMÓLOGO SEGMENTO ANTERIOR OFTALMÓLOGO OCULOPLASTIA OFTALMÓLOGO ESTRABOLOGO OPTÓMETRA OPTÓMETRA PROTESISTA OPTÓMETRA ESPECIALISTA EN BAJA VISIÓN		
7	El servicio se prestará ininterrumpidamente desde el inicio hasta la finalización del contrato sin excepción, en el horario de atención de 8:00 am a 12:00 m y de 2:00 pm a 6:00 pm de lunes a viernes y sábados de 8:00 a 1:00.		

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 similares al objeto del presente estudio previo, la cual deberá ser demostrada por los oferentes adjuntando a su propuesta las copias de contratos o certificaciones de máximo tres (03) contratos ejecutados con concepto favorable, cuyo objeto sea igual o similar al del presente pliego de condiciones y cuya sumatoria sea mayor o igual al 70% del valor del presupuesto asignado al presente proceso.
Las certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información básica:

- Fecha de inicio de la contratación
- Fecha de término de la contratación
  Valor de la contratación
- Objeto contractual
- Número del contrato
- Firma del representante legal contratante
- NIT del contratante
- Dirección del contratante
- Teléfono del contratante
- Membrete de la entidad que lo expide
- Cumplimiento

En el evento que el Oferente haya celebrado contratos con la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 5, no es obligatorio que anexe certificaciones, solamente con enunciarlos, la Regional verificará la información, según lo señalado en el Decreto 019 de 2012

Los servicios requeridos por la Regional; servicios por tutelas o CTC habilitados por el contratista que se encuentren dentro de su portafolio de servicios y que no estén contemplados en la anterior descripción, serán prestados por la entidad mediante solicitud del supervisor del contrato. En caso de no existir referente para el cobro de estos servicios, el contratista presentará cotización como respuesta a la solicitud del contratante, la cual será objeto de revisión por el supervisor del contrato, y auditoria de cuentas quien realizará una verificación de precios mínimos con otra entidad, y en caso que la cotización del contratista sea más elevada deberá ajustar la tarifa o valor. Se exceptúa los servicios prestados como Urgentes, los cuales serán sujetos a Verificación por Auditoria Medica, debiendo ser reportados a la oficina de referencia correo disan.rase5-aut@policia.gov.co Mediante la cual, se hará la solicitud formal de la atención, programa este, que cumple con la normatividad vigente, sobre referencia y solicitud de autorizaciones, Decreto 4747 y las demás normas que lo modifiquen.

Nota: LOS CUPS OPCIONALES, NO SON OBLIGATORIOS PERO SI OTORGAN PUNTAJE

Nombre de la Entidad_____
Nombre del Representante Legal _____
No. de Documento de Identidad. _____
Firma del Representante Legal _____

ANEXO No. 2

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS TÉCNICOS

VERIFICACIÓN TÉCNICA DE LAS PROPUESTAS.

1. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

Los factores de verificación técnica están descritos en el **ANEXO No. 1 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS** del presente pliego de condiciones, los cuales se comprobarán como CUMPLE o NO CUMPLE. LOS CUPS OPCIONALES, NO SON OBLIGATORIOS PERO SI OTORGAN PUNTAJE Por lo cual el Oferente, los siguientes documentos:

Según lo establecido en el **ANEXO No. 1** el Oferente deberá adjuntar a su propuesta los siguientes documentos:

- Constancia de Habilitación (vigente) en el Registro especial de prestadores de servicios de salud expedido por la Secretaría de Salud Departamental o Constancia de Autoevaluación vigente para prestar los servicios de salud en la Ciudad de Bucaramanga ó su Área Metropolitana
- Portafolio de servicios de la entidad oferente actualizado.
- Modelo de Atención en Salud previamente definido por la entidad oferente.

1.1 EXPERIENCIA PROPONENTE EN PRODUCIR O COMERCIALIZAR EL BIEN Y/O OFRECER EL SERVICIO

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 similares al objeto del presente estudio previo, la cual deberá ser demostrada por los oferentes adjuntando a su propuesta las copias de contratos o certificaciones de máximo tres (03) contratos ejecutados con concepto favorable, cuyo objeto sea igual o similar al del presente pliego de condiciones y cuya sumatoria sea mayor o igual al 70% del valor del presupuesto asignado al presente proceso.
Las certificaciones deben contener como mínimo la siguiente información básica:

- Fecha de inicio de la contratación
- Fecha de término de la contratación
  Valor de la contratación
- Objeto contractual
- Número del contrato
- Firma del representante legal contratante
- NIT del contratante
- Dirección del contratante
- Teléfono del contratante
- Membrete de la entidad que lo expide
- Cumplimiento

En el evento que el Oferente haya celebrado contratos con la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 5, no es obligatorio que anexe certificaciones, solamente con enunciarlos, la Regional verificará la información, según lo señalado en el Decreto 019 de 2012

Este aspecto se verificara en el Especificaciones Técnicas Mínimas CUMPLE Y NO CUMPLE

1.2 COMPETENCIA DE LOS CONTRATISTAS

Es necesario que los oferentes cumplan y presenten los requerimientos descritos a continuación:

La prestación de los servicios a contratar deberá llevarse a cabo, cumpliendo la normatividad vigente para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como son:

1. Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios.
2. Decreto 1011 2006 "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".
3. Resolución 3100 del 25 de noviembre de 2019, "Por la cual se define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud.
4. Decreto 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"
5. Demás normas vigentes expedidas por el Gobierno Nacional.

El Oferente presentará una **CERTIFICACIÓN** firmada por el Representante Legal donde manifieste el cumplimiento de esta normatividad.

Para lo anterior, **DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR ANEXO No. 7** del presente pliego de condiciones "Certificación de Competencia del Contratista" firmada por el Representante Legal de la entidad oferente.

1.3 NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO y EXPERIENCIA DEL PERSONAL

Con el fin de garantizar la idoneidad del recurso humano que se requiere para el cumplimiento del objeto del contrato, **EL PROPONENTE DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL** de la entidad donde conste que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjetas profesionales, RETHUS y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional de mínimo **UN AÑO**, que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual.

De igual forma fotocopia del diploma de grado y acta de grado expedido por la institución académica competente que certifique la especialidad, la presentación y actualización de los certificados de estudios de la subespecialidad solicitada, tarjeta profesional, idoneidad y experiencia relacionada con la prestación del servicio, para lo cual debe anexar a la oferta la hoja de vida de cada uno de acuerdo a la exigencia.

Si el profesional especializado realizo estudios de especialización en el extranjero deberá aportar las certificaciones correspondientes del Ministerio de Educación y/o el ICFES las cuales validen en la República del Colombia el título obtenido. Para la experiencia se tendrá en cuenta lo establecido en el artículo 3 de la ley 2043 de 27/07/2020

ADEMAS, EL OFERENTE DEBERA DILIGENCIAR EL ANEXO No. 8 RELACIÓN DE TALENTO HUMANO de médicos Especialistas y Subespecialistas del presente **pliego de condiciones**.

1.4 CAPACIDAD OPERATIVA

La entidad debe ofrecer los medios, instalaciones, elementos y personal idóneo necesarios en el área metropolitana de Bucaramanga, para llevar a cabo las consultas, procedimientos y atenciones que requieran los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional que hagan uso del servicio que se va a contratar.

NOTA: Para lo anterior, deberá diligenciar y presentar FORMULARIO ADJUNTO CERTIFICACION DE LA CAPACIDAD OPERATIVA

PARA LO ANTERIOR, DEBERÁ DILIGENCIAR Y PRESENTAR **ANEXO No. 9** DEL PRESENTE **PLIEGO DE CONDICIONES** "CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL" FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD OFERENTE.

1.5 OTRAS CONDICIONES TECNICAS VERIFICABLES:

El Oferente deberá entregar formalmente junto con la propuesta los siguientes documentos:

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.

Equipos utilizados: El Oferente deberá diligenciar y presentar el **FORMULARIO ADJUNTO CERTIFICACION DE EQUIPOS UTILIZADOS** del presente Estudio previo que corresponde a CERTIFICACIÓN FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL relacionada con la Hoja de vida de los equipos utilizados para el manejo de las diferentes patologías y procedimientos.. **ANEXO No. 10**

Diligenciar **ANEXO No. 11** del presente pliego de condiciones **FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST** firmado por el Representante Legal de la entidad oferente.

ANEXO No. 3

FACTORES DE VERIFICACIÓN Y PONDERACIÓN

Todas las ofertas presentadas válidamente en la presente contratación las analizarán los evaluadores designados por Regional de Aseguramiento en Salud N. 5 de la Policía Nacional para tal efecto, aplicando los mismos criterios para todas ellas, procurando con ello una selección objetiva que le permita asegurar la escogencia del ofrecimiento más favorable para la Entidad y la realización de los fines que se buscan con la contratación, de conformidad con lo establecido en el Estatuto General de contratación, se determinará la oferta más favorable, ponderando los siguientes factores:
diligenciar ANEXO No. 14 CRITERIOS TÉCNICOS. Presentar diligenciado el listado de CUPS requeridos, según el **ANEXO No. 1 ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS.**

FACTOR TÉCNICO: 50 PUNTOS **Diligenciar ANEXO No. 14 CRITERIOS TÉCNICOS**
FACTOR ECONÓMICO: 50 PUNTOS **ANEXO No. 13. Oferta económica.**

TOTAL PONDERACIÓN: 100 PUNTOS

NOTA 1: Solamente se otorgará puntaje a aquellas propuestas que no superen el valor del presupuesto estimado.

NOTA 2: Se realizará la adjudicación a la propuesta que al final de la ponderación cuente con mayor puntaje.

1. CRITERIO DE LA EVALUACIÓN FACTOR TÉCNICO			**PUNTAJE**
CANTIDAD DE CUPS OPCIONALES OFERTADOS (CUPS OPCIONALES) – INDICADOR (No DE CUPS OPCIONALES OFERTADOS/No DE CUPS SOLICITADOS (20 X 25)			**25**
OPORTUNIDAD CONSULTA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA AMBULATORIA	CONSULTA EXTERNA EN ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES	MENOR DE 5 DIAS	**10**
		ENTRE 6 - 10 DIAS	5
		ENTRE 11 y 20 DIAS	1
OPORTUNIDAD PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS	SERVICIOS AMBULATORIOS	MENOR DE 5 DIAS	**5**
		ENTRE 6 - 10 DIAS	3
		ENTRE 11 y 20 DIAS	1
ENTREGA RESULTADOS		ENTRE 1 - 2 DIAS	**5**
		ENTRE 3 - 5 DIAS	3
		Más De 5 Días	1
HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS PARA LA ASIGNACIÓN DE CITAS	1. CALL CENTER		**5**
	2. PLATAFORMA PARA ASIGNACIÓN DE CITAS		
	3. PRESENCIALMENTE EN LAS INSTALACIONES DEL CONTRATISTA		
	1. PLATAFORMA PARA ASIGNACIÓN DE CITAS		3

1. CRITERIO DE LA EVALUACIÓN FACTOR TÉCNICO		PUNTAJE
	2. CALL CENTER	
	1. PRESENCIALMENTE EN LAS INSTALACIONES DEL CONTRATISTA	1
	SUBTOTAL CRITERIO TECNICO	**50**

.

2. CRITERIO DE LA EVALUACIÓN FACTOR ECONÓMICO	PUNTAJE
TARIFA A OFERTAR PARA LOS CUPS DE PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS QUE SE ENCUENTRAN EN **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MINIMAS**	50
SUBTOTAL CRITERIO ECONÓMICO	**50**

.

TOTAL PONDERACIÓN	**100**

NOTA 1: Solamente se otorgará puntaje a aquellas propuestas que no superen el valor del presupuesto estimado.

NOTA 2: Se realizará la adjudicación a la propuesta que al final de la ponderación cuente con mayor puntaje.

EVALUACIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA

4.3.1 Evaluación Económica (50 Puntos) COMO SE EXPONE A CONTINUACIÓN El puntaje total asignado para el contenido Económico será de 50 puntos.

Cada Oferente deberá diligenciar el **ANEXO No. 13** OFERTA ECONOMICA. Se aplicará el siguiente procedimiento:

Se otorgarán **50 PUNTOS** al Oferente que presente el mayor % único de descuento al total de los ítems obligatorios. A los demás Oferentes se les ponderará su propuesta aplicando la siguiente fórmula:

Fórmula: $P = \frac{\%DE}{>\%DO} \times 50$

Donde:

P = Puntaje Obtenido

%DE = Porcentaje de descuento a evaluar

≥DO = Mayor porcentaje de descuento ofertado

NOTA: En caso que se oferten los CUPS OPCIONALES, a estos les será aplicable el porcentaje de descuento ofertado en el ANEXO No. 13 OFERTA ECONOMICA.

ANEXO No. 4
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

1. Cumplir con el objeto contractual.

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

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

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

5. Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la Regional de Aseguramiento en salud N° 5 o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.

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

7. No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Regional de Aseguramiento en salud N° 5 de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.

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

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

10. Prestar los servicios objeto del contrato en forma permanente, eficiente, amable y con excelente trato, dentro de los horarios de atención estipulados para cada servicio, de manera oportuna y con calidad, sin discriminación frente a otro tipo de usuarios que atienda.
11. Atender a los usuarios con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan

en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, lo moral y las buenas costumbres.

12. En igualdad de condiciones clínicas tiene prioridad la atención a maternas, menores de 5 años y adulto mayor.
13. La atención del evento adverso prevenible o evitable, entendido como "el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente", según lineamientos y guía de seguridad del paciente establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social deberá ser notificado, gestionado e informado. Todo evento adverso deberá ser sometido a análisis conjunto realizado por el Comité de Garantía de Calidad o quien haga sus veces de la entidad Contratante y de la entidad Contratista.
14. La prescripción de medicamentos por urgencias, solo se hará en la Entidad Contratada para atender la misma. La transcripción de la fórmula se hará por medio de correo electrónico: desan.rases-sai@policia.gov.co enviando escaneado: (formula medica, historia clínica o epicrisis y copia de los documentos de identidad) y una vez se de respuesta por correo electrónico, el usuario reclamarà los medicamentos en la Farmacia Medipol ubicado en instalaciones deL Establecimiento de Sanidad Policial Complementario Clínica DESAN Avenida 61 nro 10-200 Real de Minas Bucaramanga. Si se llega a presentar algún cambio en la Prescripcion de medicamentos el Supervisor del Contrato se encargara de informar.
15. Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias.
16. Una vez agotado el contrato, el CONTRATISTA se compromete con el Contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado se autorizará por "Resolución de urgencias", de acuerdo con la normatividad vigente. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante.
17. El Contratista se compromete a que el personal asistencial que preste los servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencias, se fundamente en el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial (Acuerdo 002 CSSMP de 2001) ARCHIVO ANEXO, en el Manual único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP (Acuerdo 080 de 2022 del SSMP y demás leyes que los adicionen, modifiquen ó sustituyan ARCHIVO ANEXO y en la Resolución 057 del 07/02/2014 Por la cual se reorganiza el CTC de la Dirección de Sanidad y la Resolución No. 438 del 28/11/2017 por la cual se modifica parcialmente la Resolución No. 057 del 07/02/2014 ARCHIVO ANEXO que se pueden consultar en la página www.mindefensa.gov.co.
18. El CONTRATISTA debe contar con los certificados de habilitación de los servicios a prestar, soportado por registro único de habilitación para cada uno de los servicios a contratar en su IPS sede principal y cada una de las IPS sedes alternas puestas a disposición de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. (Anexar formulario de inscripción y cumplimiento con los requisitos de habilitación para los servicios ofrecidos).

19. En la atención de usuarios remitidos deberá utilizarse las guías de manejo acordadas.
20. Para la prestación del servicio, el CONTRATISTA deberá cumplir con el siguiente procedimiento:

a. Para acceder al servicio directamente con el contratista el usuario debe presentar la orden de autorización en el formato establecido por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional; debidamente diligenciada por el profesional solicitante y autorizado por el funcionario competente de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5, con sello y firma del mismo. Una vez prestado el servicio, la orden de autorización debe quedar firmada por el usuario o acudiente.
b. El usuario debe presentar 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).
c. Usuarios que no cumplan estos requisitos, no deben ser atendidos, salvo los casos expresamente autorizados de acuerdo a la normatividad legal vigente (Atención de urgencias vitales y atención inicial de urgencias).
d. Todo procedimiento adicional que no haga parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado, y que el Contratista estime conveniente en un momento dado para atender al usuario, así se encuentre entre el listado contractual y tarifado, requerirá el aval por parte de la Oficina de Referencia y Contrareferencia del Grupo de Redes Integradas en servicios de salud, la única dirección electrónica válida para este proceso es desan.rases-rin@policia.gov.co, desan.espco-urg@policia.gov.co Para las solicitudes de atenciones inicial de urgencias de urgencias al correo electrónico disan.refer-nal@policia.gov.co Todas las solicitudes con los respectivos anexos, sin que se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del usuario. Para las solictudes de atenciones de urgencias disan.refer-nal@policia.gov.co con los respectivos anexos

e. Todo bien o servicio fuera del plan de beneficios del SSPN, debe ser tramitado para estudio de aprobación ante el Comité Técnico Científico (CTC del Nivel Central DISAN), para lo cual el especialista de la entidad Contratista que solicite un procedimiento o medicamento que este fuera del Plan de Beneficios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional deberá diligenciar completamente el formato de autorización de procedimientos o medicamentos que están fuera del Plan de beneficios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (Formato que se encuentra en el ANEXO No. 16 del presente estudio previo) y entregarlo al usuario en el momento de la consulta o de la atención médica con copia de historia clínica, orden del médico tratante o fórmula médica original, soportes de estudios realizados, se hace claridad que el formulario debe estar completamente diligenciado con datos de usuario y médico tratante en letra imprenta legible, estos documentos los entregará el usuario a la Oficina de Referencia y Contrareferencia de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5 ubicada en la ciudad de Bucaramanga, para que se adelante el trámite ante el Comité Técnico Científico del Nivel Central. No se admiten formatos institucionales del Contratista, solo cuando una orden judicial, tutela o la condición clínica del paciente amerite la

administración urgente, se debe dar cumplimiento a la prestación o suministro con la inmediatez requerida, único caso en el cual la justificación técnica del suministro será reportada a la Oficina de Referencia y Contrareferencia con posterioridad, en el formato de justificación ante Comité Técnico Científico diseñado para tal fin por parte del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

f. Referencia: Para todos los demás servicios ambulatorios (primera vez o control) u hospitalarios, se requerirá remisión en formato oficial SSPN y autorización expedida por la Oficina de Referencia y Contrarreferencia de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5. El CONTRATISTA se obliga a revisar la disponibilidad presupuestal del contrato de acuerdo a la observación señalada en el formato de autorizaciones, a efectos de no generar la prestación de servicios sin respaldo presupuestal, ya que la Regionalno se hará responsable de los mismos.
g. Los formatos de Referencia y autorización impresos deberán estar debidamente diligenciados, firmados y sellados. Los formatos de autorización generados por medios electrónicos pueden digitalizar firmas (facsímil) y sellos, sometiéndose a lo establecido en la Ley 527 de 1999 y normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.
h. Contra-referencia: Luego del alta (egreso hospitalario) o consulta (interconsulta o remisión) por especialista, siempre deberá remitirse a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5 el formato de contra-referencia informando el estado de salud del usuario, su evolución clínica y recomendaciones de tratamiento. Las citas de control con especialista requerirán siempre la contra-referencia para ser autorizadas.
i. Urgencias: Los usuarios no considerados candidatos para atención inicial de urgencias, deberán ser remitidos a los servicios de consulta prioritaria del Establecimiento de Sanidad Policial Complementario Clínica DESAN. (Red propia o contratada dispuesta para tal fin). Toda urgencia, debe cuentar con código de notificación por parte de la Oficina de Referencia y Contrarreferencia Nacional solicitadas al correo electrónico disan.refer-nal@policia.gov.co con los respectivos anexos o de la Regional de Aseguramiento en Salud No 5, salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en Decreto 4747 de 2007 compilado en el decreto 780 de 2016 y Resolución 4331 del 19 de diciembre de 2012 que modifico parcialmente la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008. Prestaciones en los servicios de urgencias más allá del servicio de clasificación de triage y de la consulta médica de urgencias, siempre y cuando no superen las pautas de auditoría de pertinencia dadas para ser consideradas como una urgencia, conforme a la normatividad vigente.y dichas solitudesó desan.rases-rin@policia.gov.co, desan.espco-urg@policia.gov.co Para las solicitudes de atenciones inicial de urgencias de urgencias al correo electrónico disan.refer-nal@policia.gov.co Todas las solicitudes con los respectivos anexos, quien asignará código de recepción del reporte. El procedimiento para la notificación de la atención inicial de urgencia será el descrito en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008 y Resolución 4331 de 2012 y el formato a utilizar corresponde al Anexo 2 de la citada resolución. Si luego de la atención inicial de urgencias, se requiere continuar con la atención, servicios adicionales, extendiendo

la atención hacia observación, ambiente quirúrgico, hospitalario, u otro no relacionado con la atención inicial, éstos requerirán el aval por parte de la oficina de Oficina de Referencia y Contrareferencia del Grupo de Redes Integradas en servicios de salud, quien podrá autorizar la continuidad de tratamiento en la IPS o trasladar a su propia red, sin que se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del usuario. El procedimiento para la solicitud de autorización para continuar la atención, una vez superada la atención inicial de urgencias, será el descrito en la Resolución 3047 MINPROTECCIÓN de 2008 y Resolución 4331 de 2012, siendo el formato a utilizar para la solicitud el Anexo 3 y para la autorización por parte de la Seccional al Anexo 4 de la citada resolución. Los reingresos a urgencias por la misma patología en las siguientes 24 horas al alta, harán parte de la misma atención inicial de urgencia y con cargo al mismo valor. Todos los casos de atención de usuarios en urgencias, que requieran hospitalización deberán ser valorados previamente por médico especialista del CONTRATISTA. Solicitud que tendrá que ser enviada a los correos electrónicos disan.refer-nal@policia.gov.co desan.rases-rin@policia.gov.co, desan.espco-urg@policia.gov.co, para el proceso de autorizaciones, y deberán ser contrarremitidos al Establecimiento de Sanidad Complementario Clinica DESAN, cuando la condición clínica del usuario lo permita, si amerita manejo en el segundo nivel de complejidad.

j. Los usuarios hospitalizados deben tener autorización para continuar la hospitalización cada tercer día, solicitud que tendrá que ser enviada a los correos desan.rases-rin@policia.gov.co, desan.espco-urg@policia.gov.co Para las solicitudes de atenciones inicial de urgencias de urgencias al correo electrónico disan.refer-nal@policia.gov.co Todas las solicitudes con los respectivos anexos, y deberán ser contrarremitidos al Establecimiento de Sanidad Complementario Clinica DESAN, cuando la condición clínica del usuario lo permita.

k. Si durante la realización de un procedimiento quirúrgico se requiere la realización de otro procedimiento adicional, la IPS posterior al acto quirúrgico con un plazo no superior a 24 horas debe solicitar la autorización del mismo en la dirección electrónica desan.rases-rin@policia.gov.co, desan.espco-urg@policia.gov.co.18. Permitir al Auditor Médico Concurrente de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5, el acceso directo a la información relacionada con la prestación de los servicios de salud (historias clínicas, estadísticas, soportes y documentos relacionados con la atención del paciente) igualmente 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.

21. El Contratista deberá garantizar, la atención y seguimiento a usuarios (niños, adolescentes y adultos) víctimas de abuso sexual, realizando el debido reporte diligenciando los formatos establecidos por la Secretaría de Salud Departamental.

22. INFORMACIÓN QUE EL CONTRATISTA DEBE SUMINISTRAR A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5 DE LA POLICÍA NACIONAL DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

23. Notificar al SUPERVISOR del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato.
24. El CONTRATISTA se obliga a generar un reporte MENSUAL de la ejecución del contrato cuando éste supere el CINCUENTA (50) POR CIENTO. Lo anterior a efectos de llevar un mayor control y así no generar interrupciones en la prestación de servicios o que estos se presten sin respaldo presupuestal.
25. Cuando se haya consumido el 70% del presupuesto asignado en el contrato, el Contratista deberá informar mediante oficio a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5 y al SUPERVISOR del contrato. Lo anterior con el fin de no exceder el valor contratado y de esta manera evitar que se presenten facturas que no cuenten con el debido respaldo contractual; si llegase a suceder, el Contratante no se hace responsable de la cancelación de las mismas (excepto las atenciones que sean de urgencias).
26. Reportar la ejecución del contrato al SUPERVISOR del Contrato; en el formato mensual a los correos karina.nunezm@correo.policia.gov.co; desan.rases-rin@policia.gov.co, de acuerdo con los siguientes formatos:

FORMATO MENSUAL
MINISTERIO DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5

FECHA:

ENTIDAD:

CONTRATO Nro.: FECHA INICIO: FECHA TERMINA:

VALOR INICIAL: _____
ADICION Nro. 1: _____
ADICION Nro. 2 _____
TOTAL: _____

DIAS SEMANA	FECHA	VALOR EJECUTADO	Nro. USUARIOS	Nro. PROCEDIMIENTOS	VALOR TOTAL
MES 1					
MES 2					
MES 3					
MES 4					

a. Debe reportar a la Oficina de Calidad de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5, 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, a los correos: pablo.torresg@correo.policia.gov.co o carolina.prieto@correo.policia.gov.co
b. Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Jefatura de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5.
c. Enviar el primer día hábil de cada semana al Área de Epidemiología de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5, la información de notificación epidemiológica semanal

establecido en el Decreto 3518 del 2006 y Decreto Reglamentario 1918 del 1994, además comunicarse con el área de Epidemiologia de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5 al teléfono: 7008600 Ext. 7206.

27. Presentar la facturación los cinco (05) primeros días habiles de cada mes en la Ventanilla de Central de Cuentas de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5, ubicada en la calle 60 No 27-82 conucos de la Ciudad de Bucaramanga, con los anexos y requerimientos correspondientes descritos en la cláusula Forma de Pago del contrato.
28. El Contratista deberá reportar oportunamente al SUPERVISOR del contrato cualquier novedad contractual (déficit de recurso humano o tecnológico) que dificulte la prestación de los servicios a la población de la Regional, y documentando a la vez plan de contingencia o probables soluciones para la prestación del servicio.
29. El Contratista deberá reportar de manera trimestral la información e indicadores que ordena la Resolución 0247 de 2014 para usuarios de cáncer y la Resolución 1954 de 2012 para las enfermedades huérfanas. Información que deberá ser enviada al correo electrónico, desan.rases-rin@policia.gov.co, karina.nunezm@correo.policia.gov.co
30. Cuando se presente la necesidad médica de dar una incapacidad laboral debe entenderse que la Policía maneja dos clases de incapacidades: incapacidad en PARCIAL; si puede laborar, con las restricciones respectivas (éstas restricciones deben estar especificadas en la incapacidad) y TOTAL en caso que el paciente no puede laborar porque su condición médica lo restringe; se sugiere que el médico general ordene hasta 8 días y el médico especialista hasta 30 días, prorrogables hasta por el tiempo que por conveniencia médica se amerite (Debe especificar el tiempo de la prórroga). Dentro de las restricciones médicas NO se deberán establecer limitaciones médicas que interfieran con la administración del talento humano, como aquellas que establecen restricciones para traslados. Solamente se podrán emitir indicaciones en cuanto a descripción de ambientes o sitios favorables o desfavorables para ejercer una labor o permanecer, tales como altura sobre el nivel del mar, temperatura ambiente, humedad, acceso a atención en salud por nivel de complejidad, entre otras. Se debe garantizar que en las excusas de servicio PARCIAL no se den conceptos de perfil ocupacional para reubicación laboral, NO se emitan conceptos de horario laboral o duración de la jornada de trabajo, salvo contadas excepciones que, por su condición de salud o administración de medicamentos, así lo impone. Por consiguiente, podrá emitirse únicamente en los casos pertinentes, limitaciones de turno nocturno, lo cual debe estar completamente justificado en la historia clínica respectiva, contemplando que la jornada nocturna de un uniformado va de 22:00 a las 06:00 horas del día siguiente.
31. El Contratista deberá garantizar que los especialistas y/o subespecialistas ofertados en la propuesta y según su competencia e idoneidad, emitan y diligencien el concepto médico laboral en el formato establecido por el Contratante y adjunto por el Usuario el día de la respectiva consulta.

32. Parágrafo: Dentro del concepto médico laboral proferido por el especialista competente NO se deberán realizar juicios correspondientes a la merma de la capacidad laboral, pues, ello es competencia de las autoridades medico laborales de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, la responsabilidad del Galeno que suscriba el respectivo concepto médico laboral deberá estar circunscrita a dejar por sentado lo siguiente: Diagnóstico, Evolución, Tratamiento realizado, Secuelas de las lesiones o afecciones que presente el Usuario.
33. El Contratista deberá prestar los servicios de salud en las mejores condiciones y con la oportunidad disponible de acuerdo a su capacidad operativa, de acuerdo a lo establecido en las Resoluciones 256 de 2.016 y Resolución 1552 de mayo 14 de 2013 MINPROTECCION y circular único título II de SUPERSALUD https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/.../abece-resolucion-256-de-2016.pdf.
34. Para las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer se obedecerán las "instrucciones PRIMERA y SEGUNDA" impartidas dentro de la circular externa N° 004 SUPERSALUD del 17 de julio de 2014
35. En el evento en se requiera alquiler de equipos y/o tecnología de punta como coadyuvantes de las cirugías o procedimientos la entidad contratada deberá además de anexar factura de compra, diligenciar el formato de CTC respectivo, enviándolo máximo 24 horas después del procedimiento a la Oficina de Referencia y Contrareferencia de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5. Dichos documentos se deben presentar con la factura de compra en la respectiva facturación. La entidad se reserva la realización de auditar los procedimientos en vivo, con el fin de verificar los gastos en insumos y materiales médico-quirúrgicos, así como la utilización de equipos en alquiler.
36. La entidad Contratista deberá aplicar el principio de racionalidad para la realización y práctica de todos los procedimientos anteponiendo el concepto de calidad, esto es lograr los máximos beneficios, con mínimos riesgos, pero a costos razonables.
37. Los medicamentos que se suministren deberán estar contemplados en el Acuerdo 080 de 2022 del CSSSMP y deben ser dispensados en su denominación común internacional (genérica) según Decreto 2200 de 2005. Los medicamentos que se encuentren regulados en la normatividad vigente, serán reconocidos con el valor máximo establecido por el Ministerio de la Protección Social en la normatividad que aplica para los mismos En el caso de los medicamentos no incluidos en el Vademécum, se deberá realizar el trámite a través del Comité Técnico Científico, por lo que se deberá diligenciar el formato del ANEXO No. 16. (Se anexa formato NO POS y Acuerdo 080 de 2022).
38. Se requiere que el servicio se preste en la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana, con criterios de oportunidad, continuidad, accesibilidad, seguridad, eficacia, eficiencia y pertinencia.
39. El Contratista deberá conocer el modelo de atención en salud establecido por la Policía Nacional INSTRUCTIVO 009 DE MARZO DE 2014, el cual se encuentra como anexo en el presente estudio de conveniencia y oportunidad.
40. Verificar la información del usuario (verificación de derechos) que permita establecer que pertenece al Subsistema de Salud de la POLICIA NACIONAL.

41. Realizar los diagnósticos y tratamientos acordes a los protocolos y guías de manejo establecidas y enmarcadas en los principios de ética profesional.
42. Explicar al usuario los procedimientos a realizar que permitan mantener informado al usuario y facilitar su consentimiento.
43. Entregar al usuario reporte de resultados para continuar el manejo terapéutico del paciente en el Establecimiento de Sanidad Complementario CLINICA DESAN, cuando lo amerite, a través del proceso y formato de Referencia y Contrareferencia.
44. El Contratista deberá expedir paz y salvo al momento de terminación de la ejecución del contrato en el cual conste, la no existencia de facturación pendiente por radicar en la regional de aseguramiento en salud nº 5 y que se encuentra apto para la liquidación del contrato.
45. El contratista debera expedir certificacion mensual en la cual conste que no tiene facturas pendientes con los servicios del mes prestados.
46. Deberá dar cumplimiento a la normatividad que sobre gestión ambiental se encuentre vigente y en especial a las disposiciones referentes al manejo de los residuos peligrosos que sean generados como consecuencia de la ejecución del contrato, cuando haya lugar.
47. Disminuir los factores de riesgo biológicos a través de normas de Bioseguridad en el adecuado manejo de residuos hospitalarios.
48. Implementar el sistema de gestión integral de residuos hospitalarios con políticas de manejo interno de residuos, con el fin de reducir los factores de riesgo a la salud de los usuarios, prevenir, mitigar y compensar los impactos ambientales y sanitarios.
49. La entidad aceptará las notificaciones que se efectúen por medio electrónico de las comunicaciones, oficios, avisos, y demás actos proferidos por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5, al correo electrónico que se encuentre debidamente registrado en el contrato, hoja de vida, cámara de comercio, ect.
50. Una vez se de carta de inicio al contrato el Oferente deberá informar al Supervisor del Contrato, la persona enlace, que se encargará de permitir a los usuarios y a las personas que delegue la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5, tomar contacto con la IPS a fin de solucionar los problemas que se presenten durante el desarrollo del contrato incluyendo aquellos sobre la oportunidad o autorización de servicios, códigos o taridas. Del mismo modo y a fin de que resuelvan aquellas eventualidades sobre la referencia y contrareferencia, asignación de citas, oportunidad, precisión de exámenes, procedimientos y actividades, se desarrollara mensualmente una reunión respecto a lo indicado a fin de realizar el correspondiente seguimiento al contrato, reunión que contará con el personal que las partes consideren necesario, elevando un acta escrita de cada reunión celebrada.
51. El Contratista deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo” y la Resolución No. 0312 de 2019 “Por la cual se definen los

Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo".

52. El Contratista se obliga a dar cumplimiento a las disposiciones legales y reglamentarias referentes a Higiene y Seguridad y Salud en el Trabajo durante la ejecución el contrato.
53. El Contratista deberá presentar la Certificación mensual donde se reporte que todos los colaboradores vinculados para la ejecución del contrato, se encuentran afiliados al Sistema de Seguridad Social.
54. Responder dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente las solicitudes de Referenciación y Contra-remisiones efectuadas por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5, so pena de la aplicación del procedimiento de multas y sanciones.
55. El CONTRATISTA se obliga a Aplicar la resolución No 5267 del 22-12-2017 del Ministerio de Salud y Protección Social, y 244 de 2019 la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías excluidas con la financiación de los recursos públicos asignados a la salud.
56. Atender con la inmediatez que ordene el juez constitucional los procedimientos que se deban surtir para acatar un fallo de tutela, incidente de desacato, medida provisional y demás, generando el apoyo a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5 para dar cumplimiento a las órdenes judiciales, entregando la información para aportar pruebas, certificaciones y demás requerimientos que se impartan por los entes judiciales.
57. El Contratista se obliga a mantener vigente la Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual durante la vigencia del contrato.
58. El Contratista deberá garantizar la prestación de los servicios objeto del contrato a las tarifas presentadas en la oferta económica (la cual forma parte integral del presente contrato).
59. El Contratista deberá suministrar los elementos de protección personal de dotación y protección personal, que se requiere para la realización de sus actividades objeto del contrato. En caso de deterioro, daño o pérdida deberá contemplarse los protocolos de reposición sin afectar la ejecución del contrato.
60. Dar cumplimiento a la normatividad expedida por las autoridades competentes respecto de las normas de bioseguridad en la atención de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional
61. El CONTRATISTA se obliga a solicitar ante la Regional de Aseguramiento en Salud N° 5 la autorización de los servicios de traslado asistencial Básico o Medicalizado requeridos para la atención de los usuarios del SSPN, en caso de que sea un traslado de urgencia vital debera prestar el servicio y en las 24 horas posteriores a la prestación del servicio debera quedar la constancia de la solicitud de autorización del servicio emitida al correo disan.rases-rin@policia.gov.co.
62. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.
63. Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en

estricta confidencialidad. La parte receptora correspondiente sólo podrá revelar información confidencial a quienes la necesiten y estén autorizados previamente por la parte de cuya información confidencial se trata, se considera también información confidencial: a) aquella que como conjunto o por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida entre los expertos en los campos correspondientes. b) la que no sea de fácil acceso, y c) aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial.

64. 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

65. Para la facturación de los bienes o servicios contratados, se debe tener en cuenta los lineamientos y parámetros contemplados en la circular externa 016 del 09 de marzo de 2021 establecidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, por medio del cual se implementa el modelo de recepción de facturas de venta, notas débito y/o notas crédito, la cual es de obligatorio cumplimiento, de acuerdo con la Directiva Presidencial 09 del 17 de septiembre de 2020 “Lineamientos para el Pago de Proveedores del Estado” y la Resolución No. 000042 del 05 de mayo de 2020, “Por la cual se desarrollan los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos” y el registro de la factura electrónica de venta.

66. Las demás obligaciones del CONTRATISTA contenidas en el artículo 5º de la Ley 80 de 1993, así mismo, será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.

ANEXO No. 5

OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL –REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

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

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

3. Recibir a satisfacción los 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.

4. 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.

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

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

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

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

9. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias y garantías a que hubiere lugar, Para lo cual el Supervisor dará aviso oportuno a la Jefatura de La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No, 5, Sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento.

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

11. Entregar vademécum de medicamentos Policía Nacional - Acuerdo 080 2022 Manual de Medicamentos y Terapéutica del SSMP.

12. Entregar el modelo de atención definido por la entidad responsable del pago ACUERDO NÚMERO 070 DE 2019, El cual se encuentra como Anexo en el presente estudio.

13. Las demás que por Ley sean establecidas.

ANEXO No. 6

MINUTA DEL CONTRATO

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PN RASES No 5 SA MC 013 2024_____ CELEBRADO ENTRE LA POLICÍA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 Y _____ CUYO OBJETO ES LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DIAGNOSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN OFTALMOLOGIA III NIVEL INCLUIDA LA CONSULTA AMBULATORIA EN MEDICINA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA, CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001, INCLUIDO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA LOS PROCEDIMIENTOS, PREVIAMENTE AUTORIZADOS PARA GARANTIZAR LA OPORTUNIDAD DE LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DE LA POLICÍA NACIONAL, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

Entre los suscritos, de una parte la **POLICÍA NACIONAL**, quien actúa a través de su representante legal o su delegado, quien en adelante se denominará la **POLICÍA**, 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 selección, se contó con la respectiva apropiación presupuestal que respalda el presente compromiso. **c)** Que el presente contrato se deriva de un proceso de contratación realizado por la modalidad de **(1)** Selección Abreviada de Menor Cuantía en cumplimiento al Decreto 1082 de 2015. **d)** Que habiéndose dado cumplimiento a todos los trámites y requisitos que exige la contratación administrativa 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 señalado en 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 **POLICÍA** a entregar la interventoría 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". **PAGOS PARCIALES:** Los pagos parciales que se efectúen en el presente contrato, se harán dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previa presentación de la constancia de recibo a satisfacción de los bienes objeto del contrato suscrita por el supervisor del contrato y acreditación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, documentos que deben ser tramitados al Grupo Contractual y Seguimiento de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 , donde, de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1150 de 2007 Derecho a Turno se le asignará el respectivo turno de pago. En caso que el CONTRATISTA presente los documentos requeridos para el pago a más tardar el día veinticuatro (24) del mes en el cual se venció el plazo de ejecución, o del mes siguiente si el plazo es posterior al día 24, los pagos contra entrega se realizarán dentro de los noventa (90) días calendario siguientes. En todo caso, los pagos están sujetos a la disponibilidad de PAC. **PARÁGRAFO SEGUNDO - 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. Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley. **QUINTA - APROPIACIÓN PRESUPUESTAL:** El presente contrato está amparado por el certificado de disponibilidad presupuestal que se indica en el anexo No.1 "DATOS DEL CONTRATO". Una vez suscrito el mismo se efectuará el correspondiente registro presupuestal. **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 EJECUCIÓN:** 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.)** Tener acceso a los elementos físicos necesarios para desarrollar el objeto del contrato, en caso que los mismos sean necesarios, y cumplir con sus obligaciones. **3.)** Obtener la colaboración necesaria de la POLICÍA para el adecuado desarrollo del contrato. **DÉCIMA - OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:** En general, son obligaciones del **CONTRATISTA:** **Las establecidas en el Anexo No. 4 del presente pliego de condiciones.** **DECIMA PRIMERA - DERECHOS DE LA POLICÍA NACIONAL. 1.)** Supervisar el desarrollo y ejecución del presente contrato, y acceder a los documentos e información que soportan la labor del **CONTRATISTA**. **2.)** Solicitar y recibir información técnica respecto de los bienes y/o servicios entregados del **CONTRATISTA** en desarrollo del objeto del presente contrato. **3.)** Rechazar los elementos proveídos cuando no cumplan con los requerimientos técnicos exigidos. **DECIMA SEGUNDA - OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL –REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 : Las establecidas en el Anexo No. 5 del presente pliego de condiciones. DÉCIMA TERCERA - 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 POLICÍA NACIONAL, conocidos o que llegaren a ser conocidos por el CONTRATISTA, durante el desarrollo con posterioridad a la ejecución del contrato. **DÉCIMA CUARTA – MECANISMO DE COBERTURA DEL RIESGO A CARGO DEL CONTRATISTA** Dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción y registro del contrato y la entrega de la copia firmada del mismo al **CONTRATISTA,** éste deberá constituir y presentar a favor de la **POLICÍA NACIONAL- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5** , los mecanismos de cobertura de riesgo establecidos en el Decreto 1082 de 2015, que cubra los siguientes riesgos: **Los establecidos en el presente pliego de condiciones. DECIMA QUINTA.- IMDEMNIDAD:** El CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a la POLICÍA NACIONAL de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa sus actuaciones. **DECIMA SEXTA- SANCIONES:** De acuerdo a las establecidas en el presente pliego de condiciones. **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, hacer efectiva la garantía en caso de existir, o acudir a la jurisdicción coactiva. **DECIMA SÉPTIMA OTRAS FACULTADES EXCEPCIONALES:** En caso de presentarse cualquiera de las circunstancias establecidas en los artículos 15, 16 y 17 de la Ley 80 de 1993, debidamente establecidas y documentadas, la **POLICÍA** podrá hacer uso de las facultades excepcionales allí previstas, en caso que las mismas resulten aplicables. **DÉCIMA OCTAVA- MONEDA DEL CONTRATO.-** La moneda del presente contrato es la indicada en el anexo No.1 **DATOS DEL CONTRATO. DECIMA NOVENA - 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**, 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. **VIGÉSIMA - 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. **VIGÉSIMA PRIMERA - 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. **VIGÉSIMA SEGUNDA - 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 TERCERA – PERFECCIONAMIENTO, LEGALIZACIÓN Y EJECUCIÓN:** Para el perfeccionamiento del contrato se requiere de la firma de las partes, para la legalización y ejecución el registro presupuestal por parte de la POLICÍA y la presentación por parte del Contratista de la Garantía Única, para la aprobación por parte de la POLICÍA NACIONAL según Decreto 1082 de 2015, Artículo 2.2.1.1.2.3.1. **VIGÉSIMA CUARTA - 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.)** Pliego de condiciones y Propuesta del contratista en aquellas partes aceptadas por la **POLICÍA**. **2.)** Anexos del contrato. **3.)** Documentos que suscriban las partes. **VIGÉSIMA QUINTA- 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 SEXTA - LIQUIDACIÓN:** El presente contrato se podrá liquidar de conformidad con lo señalado en los artículos 60 de la Ley 80 de 1993 y 11 de la Ley 1150 de 2007. **VIGÉSIMA SÉPTIMA - 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 OCTAVA - 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. **VIGÉSIMA NOVENA- CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN:** En virtud del presente contrato, el **CONTRATISTA** se obliga a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del presente contrato; así como sobre los lugares a los cuales tenga acceso con ocasión de su desarrollo. **TRIGÉSIMA - DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para todos los efectos, las partes acuerdan como domicilio contractual la ciudad de Bucaramanga, para constancia de lo anterior, se firma en un (1) original en Bucaramanga, a los

LA POLICÍA NACIONAL

GRADO Y NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO
Cargo del Ordenador del Gasto

CONTRATISTA

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATISTA

ANEXO No. 6.1
"DATOS DEL CONTRATO"

(HACE PARTE DE LA MINUTA DEL CONTRATO)

CONTRATO	**No.**
CONTRATANTE	POLICÍA NACIONAL –REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5
REPRESENTANTE LEGAL Y/O DELEGADO	**NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO**
CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	Del ordenador del gasto
CARGO	Cargo del ordenador del gasto
DISPOSICION DE NOMBRAMIENTO	Del ordenador del gasto.
CONTRATISTA	**NOMBRE:** De la firma contratista **NIT:** **REPRESENTANTE LEGAL:** Nombre del representante legal **DOC. IDENTIDAD**: C.C. del representante legal **CIUDAD NOTIFICACIÓN:** Bucaramanga **DIRECCIÓN:** De notificación de la firma contratista **TELÉFONO:** **FAX:** **E-MAIL:**
CONSIDERANDOS	Que el presente contrato se deriva del proceso **PN RASES N°5 SA MC 013 2024**
SUPERVISOR DEL CONTRATO	El Supervisor del contrato será el JEFE GRUPO REGIONAL SOPORTE Y SEGUIMIENTO SERVICIOS DE ALTO IMPACTO ó quien haga sus veces ó a quien con posterioridad designe el jefe REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nº 5, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo a lo normado en la Ley 1474 de 2011 y conforme a lo establecido en la Resolución No. 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".

CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DIAGNOSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN OFTALMOLOGIA III NIVEL INCLUIDA LA CONSULTA AMBULATORIA EN MEDICINA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA, CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001, INCLUIDO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA LOS PROCEDIMIENTOS, PREVIAMENTE AUTORIZADOS PARA GARANTIZAR LA OPORTUNIDAD DE LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DE LA POLICÍA NACIONAL, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5
CLAUSULA TERCERA.- VALOR	según valor total
CLAUSULA CUARTA.- FORMA DE PAGO	La forma de pago del presente contrato será de acuerdo a la establecida en el presente pliego de condiciones. Los pagos se harán a la siguiente cuenta: **NOMBRE BENEFICIARIO:** Firma contratista, en caso de ser un consorcio o unión temporal debe estar a nombre de la misma. **BANCO**: **TIPO DE CUENTA:** Corriente y/o ahorros, especificar. **NUMERO DE CUENTA:** **OFICINA:**
CLAUSULA QUINTA- APROPIACIÓN PRESUPUESTAL	Amparado con el Certificado de Disponibilidad Presupuestal SIIF No. _____ y SFI No. _____ del _____, expedido por la Jefe de Presupuesto de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5
CLAUSULA SEXTA.- PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde la entrega de la carta de inicio ejecución de contrato hasta el día o hasta agotar el presupuesto asignado, lo que ocurra primero.
CLAUSULA OCTAVA: LUGAR DE EJECUCIÓN	Los servicios de salud objeto del presente pliegos de condiciones y/o estudios previos, se prestarán en las instalaciones ofrecidas por el Contratista y que sean aprobadas por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5 , en el municipio de Bucaramanga o su área metropolitana.
CLAUSULA DECIMA NOVENA- MONEDA DEL CONTRATO	Pesos colombianos

LA POLICÍA NACIONAL

GRADO Y NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO
Cargo del Ordenador del Gasto

CONTRATISTA

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATISTA
Calidad en que Actúa

ANEXO No. 7

CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIA DEL CONTRATISTA:

El suscrito Representante Legal de la _____ certifica que la prestación de los servicios de salud a contratar objeto del presente proceso contractual se llevará a cabo cumpliendo la normatividad vigente para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como son:

1. Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios.
2. Decreto 1011 2006 "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".
3. Resolución 3100 del 25 de noviembre de 2019, “Por la cual se define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud.
4. Decreto 780 de 2016 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”
5. Demás normas vigentes expedidas por el Gobierno Nacional.

NOMBRE DEL PROPONENTE:

NIT o C.C.:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

C.C.:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

ANEXO No. 8

NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO Y EXPERIENCIA DEL PERSONAL.

BUCARAMANGA, DIA___ MES_____ AÑO_____
Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5
Ciudad.

Yo_____, Representante de la entidad _____ certifico que el personal que labora ha pasado por un proceso de selección en el cual le han sido verificados sus diplomas, actas de grado, tarjetas profesionales, RETHUS y demás documentos que acreditan su idoneidad para desempeñarse en los distintos cargos y donde conste que este personal cuenta con experiencia laboral en el ejercicio profesional y que tiene la idoneidad y competencia para el manejo de equipos, herramientas e insumos en la realización de las actividades propias del objeto contractual. cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DIAGNOSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN OFTALMOLOGIA III NIVEL INCLUIDA LA CONSULTA AMBULATORIA EN MEDICINA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA, CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001, INCLUIDO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA LOS PROCEDIMIENTOS, PREVIAMENTE AUTORIZADOS PARA GARANTIZAR LA OPORTUNIDAD DE LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DE LA POLICÍA NACIONAL, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

Oferente:

Nombre del socio y/o profesional	Profesión	N° de matrícula profesional	Número y año del Contrato laboral o de prestación de servicios profesionales	Vigencia del Contrato

NOMBRE DEL PROPONENTE:

NIT o C.C.:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

C.C.:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

ANEXO No. 9

CAPACIDAD OPERATIVA

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5
Ciudad.

Yo_____, Representante de la entidad_____ certifico que la firma que represento, cuenta con la infraestructura y recursos necesarios en el área metropolitana de Bucaramanga para cumplir el objeto del presente proceso para llevar a cabo las consultas, procedimientos y atenciones que requieran los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional que hagan uso del servicio que se va a contratar. requeridas por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5 en cumplimiento al artículo 5° del decreto 660 de 2007 reglamentario de la ley 1089 de 2006, del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, cuyo objeto es PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DIAGNOSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN OFTALMOLOGIA III NIVEL INCLUIDA LA CONSULTA AMBULATORIA EN MEDICINA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA, CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001, INCLUIDO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA LOS PROCEDIMIENTOS, PREVIAMENTE AUTORIZADOS PARA GARANTIZAR LA OPORTUNIDAD DE LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DE LA POLICÍA NACIONAL, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

NOMBRE DEL PROPONENTE:

NIT o C.C.:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

C.C.:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

DIRECCIÓN:

ANEXO No. 10

HOJA DE VIDA DE EQUIPOS

El suscrito_____ Representante Legal de la entidad _____ certifica que los equipos utilizados para el manejo de las diferentes patologías y procedimientos a contratar objeto del presente proceso contractual se encuentran en buen estado de funcionamiento y tienen los mantenimientos y calibraciones vigentes los cuales garantizan una eficiente prestación de servicios de salud.

NOMBRE DEL PROPONENTE:

NIT o C.C.:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

C.C.:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO

ANEXO No. 11

FORMULARIO DE COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST

Compromisos con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para el proceso cuyo objeto es PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DIAGNOSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN OFTALMOLOGIA III NIVEL INCLUIDA LA CONSULTA AMBULATORIA EN MEDICINA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA, CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001, INCLUIDO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA LOS PROCEDIMIENTOS, PREVIAMENTE AUTORIZADOS PARA GARANTIZAR LA OPORTUNIDAD DE LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DE LA POLICÍA NACIONAL, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

El(los) suscrito(s) a saber: _____ domiciliado en _____, identificado con _____, quien obra en calidad de representante legal de _____, 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".*

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**.**

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:

NOMBRE DE LA ENTIDAD _____

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD_____

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD (NIT) _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE LA ENTIDAD _____

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD_____

ANEXO No. 12

SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Bucaramanga, de 2024

Señores
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5
Ciudad.

La empresa.....se compromete a sostener los precios ofertados dentro del proceso de Selección Abreviada – Menor Cuantía **PN RASES No 5 SA MC 013 2024**durante la vigencia del contrato si este se llegará a suscribir el cual tiene por objeto la PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DIAGNOSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN OFTALMOLOGIA III NIVEL INCLUIDA LA CONSULTA AMBULATORIA EN MEDICINA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA, CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001, INCLUIDO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA LOS PROCEDIMIENTOS, PREVIAMENTE AUTORIZADOS PARA GARANTIZAR LA OPORTUNIDAD DE LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DE LA POLICÍA NACIONAL, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5
.

Atentamente,

_____
Representante Legal
(Nombre de la entidad)

ANEXO No. 13
FORMATO VALORACION OFERTA ECONOMICA

PROPONENTE_____

Señores
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 5.
Ciudad

Referencia: Presentación de propuesta Económica por la modalidad de selección abreviada procedimiento de **MENOR CUANTÍA, CAUSAL DE SERVICIOS DE SALUD** cuyo objeto es la PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DIAGNOSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN OFTALMOLOGIA III NIVEL INCLUIDA LA CONSULTA AMBULATORIA EN MEDICINA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA, CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001, INCLUIDO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA LOS PROCEDIMIENTOS, PREVIAMENTE AUTORIZADOS PARA GARANTIZAR LA OPORTUNIDAD DE LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DE LA POLICÍA NACIONAL, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO OFERTADO APLICABLE A CADA ITEM DEL LISTADO DE PRECIOS TECHO
1.	PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DIAGNOSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN OFTALMOLOGIA III NIVEL INCLUIDA LA CONSULTA AMBULATORIA EN MEDICINA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA, CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001, INCLUIDO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA LOS PROCEDIMIENTOS, PREVIAMENTE AUTORIZADOS PARA GARANTIZAR LA OPORTUNIDAD DE LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DE LA POLICÍA NACIONAL, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5	_____%

NOTA:
- LA ADJUDICACIÓN SE HARÁ A LA OFERTA CON MAYOR PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO.
- EL PRECIO TECHO ES INMODIFICABLE.
- SE DEBERÁN OFERTAR LA TOTALIDAD DE LOS ÍTEMS ESTIPULADOS COMO OBLIGATORIO
- PARA EL CONTRATO LOS VALORES QUE TENGAN CENTAVOS, ESTOS SE APROXIMARAN AL VALOR MÁS CERCANO AL PESO.

NOTA : En caso que se oferten los CUPS OPCIONALES, a estos les será aplicable el porcentaje de descuento ofertado en el presente documento.

EL PRECIO TECHO ES INMODIFICABLE.
NOMBRE DEL PROPONENTE:
NIT o CC
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:
CC:
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

LISTADO DE PRECIOS

NOTA 1: El presente anexo es informativo no debe diligenciar ni modificar

OBLIGATORIOS		OBLIGATORIOS	
No.	CUPS	PROCEDIMIENTO	LISTADO DE PRECIOS/ PRECIO TECHO
1	082302B	**RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR PARCIAL, DOS TERCIOS	$ 413.657,00
2	082406B	**RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR TOTAL CON CANTO	$ 497.354,00
3	082504B	**ABLACION DE LESION DE PARPADOS	$ 27.466,00
4	083001B	**CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSION FRONTAL CON SUTURA O TEJIDO	$ 525.023,00
5	083002B	**CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSION FRONTAL CON DESLIZAMIENTO DEL MUSCULO FRONTAL	$ 569.529,00
6	083602B	**CORRECCION DE ENTROPION POR INJERTO	$ 277.043,00
7	086001B	**RECONSTRUCCION DE PARPADOS CON COLGAJO	$ 656.639,00
8	086002B	**RECONSTRUCCION DE PARPADOS CON INJERTO	$ 656.639,00
9	086003B	**RECONSTRUCCION DE PARPADOS POR LIBERACION DE COLGAJO	$ 685.665,00
10	088001B	**REPARACION DE HERIDA EN CEJA	$ 173.411,00
11	088402B	**SUTURA PROFUNDA DE HERIDA MULTIPLE DE PARPADO	$ 232.642,00
12	088403B	**SUTURA DE PARPADO Y RECONSTRUCCION CON INJERTO O COLGAJO	$ 536.521,00
13	089104B	**ABLACION DE PESTANAS (SUPERIOR O INFERIOR)	$ 132.742,00
14	091101B	**BIOPSIA DE LA GLANDULA LAGRIMAL	$ 81.756,00
15	091201B	**BIOPSIA DE LA VIA LAGRIMAL	$ 81.719,00
16	098101B	**DACRIOCISTORRINOSTOMIA VIA ABIERTA	$ 373.501,00
17	098201B	**CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA SIMPLE VIA EXTERNA	$ 322.958,00
18	102101B	**BIOPSIA DE CONJUNTIVA	$ 81.756,00
19	103104B	**RESECCION DE PTERIGION (NASAL O TEMPORAL) CON INJERTO	$ 328.508,00
20	103105B	**RESECCION DE PTERIGION REPRODUCIDO (NASAL O TEMPORAL) CON INJERTO	$ 221.039,00
21	103108B	**PERITOMIA TOTAL	$ 104.297,00
22	103204B	**ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CONJUNTIVA	$ 170.330,00
23	104002B	**REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO LIBRE EN CONJUNTIVA	$ 407.661,00
24	104003B	**REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO DE TEJIDO EXTRAOCULAR	$ 509.577,00
25	106101B	**SUTURA EN LA CONJUNTIVA	$ 129.913,00
26	110001B	**EXTRACCION DE CUERPO EXTRANO SUPERFICIAL EN CORNEA	$ 233.869,00
27	110002B	**EXTRACCION DE CUERPO EXTRANO PROFUNDO EN CORNEA	$ 184.260,00
28	111201B	**DRENAJE DE COLECCIONES EN CORNEA	$ 39.299,00
29	112201B	**BIOPSIA DE CORNEA	$ 110.886,00
30	114101B	**RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE CORNEA	$ 208.296,00
31	114201B	**CAUTERIZACION DE CORNEA MANUAL	$ 138.394,00
32	115306B	**SUTURA DE CORNEA	$ 191.656,00
33	115201B	**REPARACION DE DESHISCENCIA DE HERIDA CORNEAL	$ 498.011,00
34	115301B	**REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR PARCIAL	$ 459.350,00
35	115302B	**REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR TOTAL	$ 59.350,00
36	120001B	**EXTRACCION DE CUERPO EXTRANO INTRAOCULAR DEL SEGMENTO ANTERIOR DE OJO	$ 359.327,00
37	121101B	**IRIDOTOMIA MANUAL	$ 241.949,00
38	121102B	**IRIDOTOMIA ASISTIDA	$ 241.949,00
39	121301B	**REDUCCION DE HERNIA DE IRIS	$ 356.132,00
40	121401B	**IRIDECTOMIA (BASAL, PERIFERICA Y TOTAL)	$ 326.436,00
41	122201B	**BIOPSIA DE IRIS	$ 143.582,00
42	122301B	**BIOPSIA DE ESCLEROTICA	$ 110.886,00
43	122401B	**BIOPSIA DE CUERPO CILIAR	$ 130.529,00
44	123001B	**IRIDOPLASTIA MANUAL	$ 241.949,00
45	123201B	**LISIS DE GONIOSINEQUIAS	$ 288.612,00
46	123202B	**LISIS DE SINEQUIAS ANTERIORES	$ 147.074,00
47	123203B	**LISIS DE SINEQUIAS POSTERIORES	$ 292.715,00
48	123401B	**REPARACION O SUTURA DE IRIDODIALISIS	$ 403.241,00
49	123501B	**COREOPLASTIA (PUPILOPLASTIA)	$ 156.666,00
50	124201B	**RESECCION DE TUMOR DE IRIS	$ 363.651,00
51	124202B	**IRIDOCISTECTOMIA	$ 202.640,00
52	124203B	**ESCISION DE LESION DE IRIS	$ 402.108,00
53	124300B	**ABLACION DE LESION DE CUERPO CILIAR SOD	$ 287.634,00
54	124401B	**RESECCION DE LESION O TUMOR EN CUERPO CILIAR	$ 407.661,00
55	124402B	**IRIDOCICLECTOMIA	$ 199.703,00
56	125101B	**GONIOTOMIA	$ 231.597,00
57	125501B	**CICLODIALISIS (DESINSERCION PARCIAL DEL CUERPO CILIAR)	$ 187.907,00
58	126403B	**TRABECULECTOMIA CONVENCIONAL	$ 839.779,00
59	127501B	**TRABECULOPLASTIA ASISTIDA	$ 402.687,00
60	126601B	**REVISION DE AMPOLLA FILTRANTE	$ 215.878,00
61	126602B	**SUTURA DE COMPRESION DE AMPOLLA FILTRANTE	$ 173.137,00
62	126603B	**SUTUROLISIS SUBCONJUNTIVAL DE COLGAJO ESCLERAL ASISTIDA	$ 249.283,00
63	126604B	**LIBERACION DE OBSTRUCCION DE VENTANA FILTRANTE ASISTIDA	$ 183.842,00
64	126705B	**REVISION ANTERIOR DE TUBO DE DISPOSITIVO	$ 409.840,00
65	126706B	**REVISION DE DISPOSITIVO CON OBSTRUCCION POSTERIOR	$ 370.319,00
66	128101B	**SUTURA DE LA ESCLERA [ESCLERORRAFIA]	$ 358.303,00
67	128401B	**RESECCION DE TUMOR DE LA ESCLEROTICA, VIA ABIERTA	$ 307.391,00

68	128801B	**ESCLEROPLASTIA SIMPLE	$ 352.956,00
69	130001B	**EXTRACCION INTRACAPSULAR DE CRISTALINO	$ 573.745,00
70	130002B	**EXTRACCION EXTRACAPSULAR MANUAL DE CRISTALINO	$ 573.745,00
71	130003B	**EXTRACCION EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO Incluye: FACOEMULSIFICACION, LASER, ASPIRACION, ENTRE OTROS	$ 677.329,00
72	130004B	**EXTRACCION EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO EN PRESENCIA DE AMPOLLA FILTRANTE PREVIA	$ 573.745,00
73	136401B	**RESECCION DE MEMBRANA SECUNDARIA MANUAL	$ 456.024,00
74	136505B	**CAPSULOTOMIA ASISTIDA	$ 241.949,00
75	137003B	**INSERCION DE LENTE INTRAOCULAR EN CAMARA POSTERIOR SOBRE RESTOS CAPSULARES	$ 882.019,00
76	138101B	**EXTRACCION DE LENTE INTRAOCULAR (PSEUDOCRISTALINO) DE CAMARA ANTERIOR O POSTERIOR	$ 807.118,00
77	147103B	**ASPIRACION DIAGNOSTICA DE VITREO	$ 3.766.345,00
78	142004B	**ABLACION DE LESION CORIORETINAL	$ 505.229,00
79	143401B	**REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL POR RETINOPEXIA	$ 632.086,00
80	143402B	**REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL VIA INTERNA	$ 632.086,00
81	143501B	**REPARACION DE LESION RETINAL POR INDENTACION ESCLERAL	$ 1.134.781,00
82	147405B	**VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO	$ 2.371.434,00
83	147101B	**VITRECTOMIA ANTERIOR	$ 757.658,00
84	147401B	**VITRECTOMIA POSTERIOR CON INSERCION DE SILICON O GASES	$ 2.485.884,00
85	147402B	**VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETINOPEXIA	$ 2.649.940,00
86	150101B	**BIOPSIA DE MUSCULO O TENDON EXTRAOCULAR	$ 82.776,00
87	152001B	**ALARGAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR	$ 316.836,00
88	152003B	**ACORTAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR	$ 316.836,00
89	154001B	**REINSERCION DE MUSCULOS RECTOS	$ 804.594,00
90	154002B	**REINSERCION DE MUSCULOS OBLICUOS	$ 804.594,00
91	154005B	**ANTEROINSERCION DE MUSCULOS RECTOS	$ 856.668,00
92	162301B	**BIOPSIA DE PARED DE ORBITA	$ 126.552,00
93	163002B	**EVISCERACION DEL GLOBO OCULAR CON IMPLANTE	$ 798.554,00
94	164002B	**ENUCLEACION CON IMPLANTE PROTESICO	$ 720.150,00
95	164004B	**ENUCLEACION CON INJERTO DERMOGRASO	$ 656.609,00
96	166101B	**INSERCION SECUNDARIA DE PROTESIS CON FORMACION DE FONDOS DE SACO CONJUNTIVALES	$ 413.086,00
97	166301B	**REVISION E INSERCION DE IMPLANTE ORBITARIO	$ 359.585,00
98	950201B	**EVALUACION PARA BAJA VISION	$ 32.655,00
99	950101B	**EVALUACION ORTOPTICA	$ 23.138,00
100	950505B	**ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO	$ 52.019,00
101	950610B	**RECUENTO DE CELULAS ENDOTELIALES	$ 42.347,00
102	951103B	**FOTOGRAFIA A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	$ 23.714,00
103	951202B	**ANGIOGRAFIA OCULAR DE SEGMENTO ANTERIOR DEL OJO	$ 77.743,00
104	951203B	**ANGIOGRAFIA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	$ 77.743,00
105	951302B	**ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B	$ 58.371,00
106	951501B	**TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL SIMPLE	$ 35.888,00
107	952001B	**BIOMETRIA OCULAR	$ 29.643,00
108	952302B	**POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MONOFOCALES	$ 120.320,00
109	952501B	**PAQUIMETRIA	$ 29.643,00
110	952601B	**TONOGRAFIA OCULAR CON PRUEBAS PROVOCATIVAS	$ 169.388,00
111	953401B	**ADAPTACION DE PROTESIS OCULAR	$ 1.570.151,00
112	953501B	**TERAPIA ORTOPTICA	$ 18.511,00
113	953502B	**TERAPIA PLEOPTICA	$ 18.511,00
114	890276B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (OFTALMOLOGIA PEDIATRICA)	$ 65.424,00
115	890276B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (CORNEA Y CAMARA ANTERIOR)	$ 37.022,00
116	890276B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (ESTRABISMO)	$ 37.022,00
117	890276B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (GLAUCOMA)	$ 37.022,00
118	890276B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (RETINA Y VITREO)	$ 37.022,00
119	890276B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (BAJA VISION)	$ 46.277,00
120	890376B	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (OFTALMOLOGIA PEDIATRICA)	$ 55.532,00
121	890376B	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (CORNEA Y CAMARA ANTERIOR)	$ 27.766,00
122	890376B	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (ESTRABISMO)	$ 33.307,00
123	890376B	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (GLAUCOMA)	$ 27.766,00
124	890376B	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (PLASTIA OCULAR)	$ 27.260,00
125	890276B	CONSULTA DE POR MEDICINA ESPECIALIZADA (RETINA Y VITREO)	$ 37.022,00
126	890207B	COMSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA (CONTACTOLOGIA)	$ 12.958,00
127	890207B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA + Incluye: EVALUACION Y AJUSTE DE LA AYUDA VISUAL (ANTEOJOS. LENTES DE CONTACTO. AYUDAS DE BAJA VISIÓN) PRESCRITA EN LA CONSULTA INICIAL O AJUSTE Y REVISION DE LA PROTESIS OCULAR ADAPTADA Excluye: EVALUA	$ 12.958,00
128	951503B	**ABERROMETRIA OCULAR	$ 33.865,00
129	951502B	**TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL POR ELEVACION	$ 55.021,00
130	952102B	**ELECTRORRETINOGRAMA MULTIFOCAL	$ 324.808,00
131	890207B	**CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA Incluye: OPTOMETRIA, TONOMETRIA Y VALORACION ORTOPTICA LIMITADA O INICIAL, PRESCRIPCION DE TECNICAS O AYUDAS OPTICAS VISUALES, REMISION PARA: EVALUACION ORTOPTICA, ADAPTACION Y AJUSTE DE PROTESIS O AYUDAS OPTICAS V	$ 12.958,00
132	951901B	**TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO ANTERIOR	$ 87.080,00
133	123002B	**IRIDOPLASTIA ASISTIDA	$ 268.458,00
134	150201B	**EXPLORACION DE MUSCULOS EXTRAOCULARES	$ 700.230,00
135	154003B	**RETROINSERCION DE MUSCULOS RECTOS	$ 804.594,00
136	951902B	**TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	$ 87.080,00
		CUP OPCIONALES	

No.	CUPS	PROCEDIMIENTO	LISTADO DE PRECIOS/ VALOR ESTIMADO
1	098202B	**CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA SIMPLE TRANSANASAL VIA ENDOSCOPICA	$ 658.191,00
2	112101B	**FROTIS DE CORNEA	$ 103.271,00
3	116101B	**QUERATOPLASTIA LAMELAR ANTERIOR MANUAL	$ 4.361.535,00
4	116201B	**QUERATOPLASTIA PENETRANTE MANUAL	$ 5.029.219,00
5	116401B	**ESCLEROQUERATOPLASTIA	$ 1.008.796,00
6	117301B	**IMPLANTE DE PROTESIS CORNEANA [QUERATOPROTESIS] TEMPORAL	$ 1.152.446,00
7	117501B	**QUERATECTOMIA FOTORREFRACTIVA MAS QUERATOMILEUSIS MANUAL	$ 2.317.283,00
8	117800B	**TERMOQUERATOPLASTIA SOD	$ 5.348.148,00
9	160101B	**ORBITOTOMIA CON COLGAJO OSEO	$ 2.005.556,00
10	160201B	**ORBITOTOMIA CON INSERCION DE IMPLANTE ORBITAL	$ 2.005.556,00
11	161101B	**EXTRACCION DE CUERPO EXTRANO EN ORBITA	$ 1.796.020,00
12	165001B	**EXENTERACION DE LA ORBITA	$ 1.796.020,00
13	168402B	**DESCOMPRESION DE ORBITA VIA LATERAL	$ 1.915.754,00
14	168403B	**DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR O MEDIAL VIA ENDOSCOPICA	$ 1.945.688,00
15	168405B	**DESCOMPRESION DE ORBITA VIA INFERIOR O MEDIAL VIA ABIERTA Incluye: VIA TRANSCARUNCULAR	$ 1.796.020,00
16	169201B	**RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE ORBITA	$ 1.796.020,00
17	169202B	**RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE ORBITA	$ 1.796.020,00
18	169204B	**DRENAJE DE COLECCION POSTERIOR DE ORBITA	$ 1.796.020,00
19	126702B	**INSERCION DE DISPOSITIVO ANCLADO A ESCLERA	$ 3.446.797,00
20	890276B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA (**NEUROFTALMOLOGIA**)	$ 94.857,00

NOTA 1: El presente anexo es informativo no debe diligenciar ni modificar

ANEXO No. 14

CALIFICACIÓN FACTOR TÉCNICO

CRITERIOS TECNICOS - CONDICIONES TECNICAS ADICIONALES DE CALIFICACION

El Oferente deberá diligenciar los siguientes cuadros de acuerdo a los servicios a prestar:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DIAGNOSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN OFTALMOLOGIA III NIVEL INCLUIDA LA CONSULTA AMBULATORIA EN MEDICINA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA, CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001, INCLUIDO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA LOS PROCEDIMIENTOS, PREVIAMENTE AUTORIZADOS PARA GARANTIZAR LA OPORTUNIDAD DE LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DE LA POLICÍA NACIONAL, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

FACTOR TÉCNICO: (50 Puntos)
FACTOR ECONÓMICO: (50 Puntos)

FACTORES DE VERIFICACIÓN Y PONDERACIÓN

1. CRITERIO DE LA EVALUACIÓN FACTOR TÉCNICO			**PUNTAJE**	***MARQUE CON UNA EQUIS (X) O DILIGENCIE SEGÚN EL CASO***
CANTIDAD DE CUPS OPCIONALES OFERTADOS (CUPS OPCIONALES) – INDICADOR (No DE CUPS OPCIONALES OFERTADOS/No DE CUPS SOLICITADOS (20 X 25)			**25**	
OPORTUNIDAD CONSULTA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA AMBULATORIA	CONSULTA EXTERNA EN ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES	MENOR DE 5 DIAS	**10**	
		ENTRE 6 - 10 DIAS	5	
		ENTRE 11 y 20 DIAS	1	
OPORTUNIDAD PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS	SERVICIOS AMBULATORIOS	MENOR DE 5 DIAS	**5**	
		ENTRE 6 - 10 DIAS	3	
		ENTRE 11 y 20 DIAS	1	
ENTREGA RESULTADOS		ENTRE 1 - 2 DIAS	**5**	
		ENTRE 3 - 5 DIAS	3	
		Más De 5 Días	1	
HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS PARA LA ASIGNACIÓN DE CITAS	1. CALL CENTER		**5**	
	2. PLATAFORMA PARA ASIGNACIÓN DE CITAS			
	3. PRESENCIALMENTE EN LAS INSTALACIONES DEL CONTRATISTA			
	1. PLATAFORMA PARA ASIGNACIÓN DE CITAS		3	
	2. CALL CENTER			
	1. PRESENCIALMENTE EN LAS INSTALACIONES DEL CONTRATISTA		1	
SUBTOTAL CRITERIO TECNICO			**50**	

.
.

2. CRITERIO DE LA EVALUACIÓN FACTOR ECONÓMICO	PUNTAJE
TARIFA A OFERTAR PARA LOS CUPS DE PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS	50
SUBTOTAL CRITERIO ECONÓMICO	**50**

TOTAL PONDERACIÓN	**100**

NOTA 1: Solamente se otorgará puntaje a aquellas propuestas que no superen el valor del presupuesto estimado.
NOTA 2: Se realizará la adjudicación a la propuesta que al final de la ponderación cuente con mayor puntaje.

EVALUACIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA

Evaluación Económica (50 Puntos) COMO SE EXPONE A CONTINUACIÓN El puntaje total asignado para el contenido Económico será de 50 puntos.

Se otorgarán **50 PUNTOS** al Oferente que presente el mayor % único de descuento al total de los ítems obligatorios. A los demás Oferentes se les ponderará su propuesta aplicando la siguiente fórmula:

Fórmula: $P = \frac{\%DE}{\geq \%DO} \times 50$

Donde:
P = Puntaje Obtenido
%DE = Porcentaje de descuento a evaluar
≥DO = Mayor porcentaje de descuento ofertado

NOTA: En caso que se oferten los CUPS OPCIONALES, a estos les será aplicable el porcentaje de descuento ofertado en el ANEXO OFERTA ECONOMICA

NOMBRE DEL PROPONENTE:

NIT o C.C.:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

C.C.:

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:

DIRECCIÓN:

ANEXO No. 15
PROCEDIMIENTOS NO POS

ANEXO 1

Continuación de la Resolución No. _____ Del _____ "Por la cual se reorganiza el Comité Técnico Científico de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional."

Pagina: 1 de 2	**PROCESO: ADMINISTRACION DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD**	**POLICIA NACIONAL**
Codigo:	**FORMATO DE SOLICITUD Y JUSTIFICACIÓN ANTE EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE PROCEDIMIENTOS, INSUMOS, DISPOSITIVOS U OTROS SERVICIOS MEDICOS QUE NO HACEN PARTE DEL PLAN DE SERVICIOS DEL SSMP**	
Fecha:		
Version: 0		

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

FECHA DILIGENCIAMIENTO: **DEPARTAMENTO:**

I. INFORMACION BÁSICA

Nombre del Usuario: Edad:

Tipo de Identificación C.C.___ T.I.___ R.C.___ NUIP._____ N°_____ Teléfono:

Ciudad y Dirección de Residencia:

II. DIAGNOSTICO (S):	Código C.I.E. 10
1.	
2.	
3.	

III. DATOS DEL PROCEDIMIENTO, INSUMO, DISPOSITIVO MÉDICO U OTRO SERVICIO SOLICITADO FUERA DEL PLAN DE BENEFICIOS DEL SSMP

Especialidad: Subespecialidad:

Nombre del procedimiento, Insumo, Dispositivo Médico u Otro Servicio requerido	Cantidad	Tiempo de Tratamiento	Costo	Codigo Cups o Codigo Asigando por el Proveedor

Descripción (Detalle del procedimiento, insumo, dispositivo médico u otro servicio de salud requerido y especificaciones técnicas)

IV. JUSTIFICACIÓN TÉCNICO CIENTÍFICA (Razón científica del requerimiento)

V. JUNTA MÈDICA O QUIRÚRGICA (si se le realizó Junta Médica describa los resultados)

VI. ALTERNATIVAS DEL PLAN DE BENEFICIOS EMPLEADAS ANTES DE REALIZAR EL REQUIERIMIENTO (Si existe algún equivalente, justifique su NO utilización)

Procedimiento, Insumo, Dispositivo Médico u Otro Servicio alterno empleado o suministrado al paciente	Tiempo de uso	Resultados obtenidos (No mejoría/Reacción adversa/Intolerancia)

VII. NOTIFICACIÓN SOBRE AUTORIZACION POR URGENCIA VITAL

Solicitud autorizada al usuario por urgencia el día:_____y se diligencia solo para conocimiento y estadísticas del CTC.

ESP que autorizo:_____

Nombre del ESP, IPS o proveedor que lo suministró:_____

Nombre del ESP, IPS o proveedor donde se administro:_____

Ciudad del ESP, IPS o proveedor:_____ Valor:_____

FIRMA DEL JEFE DE LA UNIDAD O ESP:

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (Relacione al menos dos referencias especificas con citas bibliográficas completas)

1.

2.

3.

MEDICAMENTOS NO POS

ACUERDO CSSMP 080 2022
FORMATO DE APROBACION MEDICAMENTOS POR FUERA DEL MANUAL UNICO DE MEDICAMENTOS Y TERAPEUTICA DEL SSMP

ESTE DOCUMENTO DEBE SER DILIGENCIADO EN FORMA COMPLETA, UNICAMENTE POR PARTE DEL MEDICO ESPECIALISTA TRATANTE.
EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE ESTOS ASPECTOS NO PERMITIRA EL ESTUDIO POR PARTE DEL COMITE TECNICO CIENTIFICO.

Fecha de solicitud_____ Departamento _____

I. DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: _____ Edad _____ Sexo: F: ___ M: _____
Tipo de identificación: C.C ___ T.I. ___ R.C. ____ NUIP____ No. _____
Fuerza: EJC: _____ FAC: _____ ARC: _____ PONAL: _____ HOMIC: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Teléfono: _____

II. MEDICAMENTO SOLICITADO FUERA DEL MANUAL UNICO DE MEDICAMENTOS:

Ambulatorio: _____ Hospitalario: _____ Urgencia (vital): _____
Tipo de Medicamento: Medicamento: _____ Vital no Disponible: _____ Magistral: _____
Tipo de Prescripción: Única: _____ Sucesiva: _____

Principio Activo en Denominación Común Internacional: _____
_____
Concentración: _____ Forma Farmacéutica: _____ Vía Administración: _____
Dosis: _____ Cantidad/día: _____ Cantidad/Mes_____
Duración del tratamiento: _____ Fecha de Aplicación_____

Programa especial de: _____
Efectos adversos y posibles riesgos por el uso del medicamento: _____
_____
Paciente con Enfermedad Huérfana: SI_____ NO_____
¿Cual?_____

III. DIAGNOSTICO:

Diagnostico Principal _____ Código CIE 10_____

Diagnostico Relacionado 1 _____ Código CIE 10_____

IV. DESCRIBA EN FORMA RESUMIDA LA HISTORIA CLINICA:

_____
_____

V. ALTERNATIVAS UTILIZADAS DEL MANUAL UNICO DE MEDICAMENTOS SSMP:

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

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

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

La respuesta clínica negativa ha sido reportada al Comité de Farmacovigilancia: SI_____ NO_____

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

VI. CRITERIOS QUE JUSTIFICAN LA PRESENTE SOLICITUD

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

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

3. El medicamento a prescribir se encuentra en fase experimental: SI_____ NO_____

4. Existe evidencia científica disponible sobre seguridad, eficacia y efectividad clínica: _____
Descripción de la evidencia: _____

VII. NOTIFICACION SOBRE AUTORIZACION DE URGENCIA VITAL (Diligenciar en caso que el medicamento haya sido autorizado por Urgencia Vital).

Se aprobó por Urgencia Vital o prioridad clínica: SI _____ NO_____
Fecha en que se aprobó. _____
USP que autorizo: _____
Nombre de la USP o IPS que suministro: _____
Nombre de la USP o IPS donde se administró: _____

FIRMA DEL JEFE DE LA UNIDAD: _____

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

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

Nombres y Apellidos del Médico Especialista Solicitante: _____

No. de Cédula: _____Registro Médico: _____ Especialidad _____

Nombre de la Institución Prestadora de Servicios en la que labora: _____

NOTA: Señor(a) usuario(a): Este formato tiene vigencia por el tiempo aprobado, recuerde solicitar su cita por lo menos un mes antes del vencimiento del mismo, para ser evaluado oportunamente por el Especialista tratante.

DOCUMENTOS ANEXOS EN ARCHIVO COMPRIMIDO

- ✓ **ANEXO ACUERDO NÚMERO 070 DE 2019 (agosto 2)**"Por el cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional"

- ✓ **ANEXO** *(Plan de Servicios de Sanidad Policial - Acuerdo 002 CSSMP de 2001)*

(VER ANEXO ARCHIVO EN EXCEL)

- ✓ **ANEXO** *(Manual único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP - Acuerdo 080 del de mayo de 2022)*

(VER ANEXO ARCHIVO EN PDF)

- ✓ **ANEXO** *(Resolución No. 057del 07/02/2014 Por la cual se reorganiza el CTC de la Dirección de Sanidad y la Resolución No. 438 del 28/11/2017 Por la cual de modifica parcialmente la Resolución No. 057 del 07/02/2014)*

(VER ANEXO ARCHIVO EN PDF)

- ✓ **ANEXO** ***Instructivo 016 de 2020*** *Adopción de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal humanizada en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional.*

(VER ANEXO ARCHIVO EN PDF)

- ✓ Instructivo 020 del 29/05/2020 "Por el cual se actualiza el proceso y funcionamiento de la gestión de la afiliación en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional, verificación y depuración de usuarios multiafiliados y sanciones a los titulares por no informar oportunamente la pérdida de derechos de sus beneficiarios

(VER ANEXO ARCHIVO EN PDF)

- ✓ Instructivo 028 de 2020 Por el cual se imparte lineamientos técnicos para la contratación del suministro de medicamentos en unidades desconcentradas Formato Planilla de Medicamento. ANEXO No.

FORMULARIO No. 1
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Bucaramanga,

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5
Ciudad.

Referencia: Presentación de propuesta para el proceso de selección abreviada de menor cuantía **PN RASES No 5 SA MC 013 2024** cuyo objeto es PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DIAGNOSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN OFTALMOLOGIA III NIVEL INCLUIDA LA CONSULTA AMBULATORIA EN MEDICINA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA, CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001, INCLUIDO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA LOS PROCEDIMIENTOS, PREVIAMENTE AUTORIZADOS PARA GARANTIZAR LA OPORTUNIDAD DE LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DE LA POLICÍA NACIONAL, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

Yo (nombre)(s) de la(s) persona(s) que está(n) suscribiendo la propuesta, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de (calidad en la que actúa el(los) firmante(s) de la propuesta; si el(los) oferente(s) actúa(n) en su propio nombre, éste(éstos) deberá(n) suscribirlo. si la oferta se presenta bajo la modalidad de representación ya sea de una unión temporal o de un consorcio, deberá firmarla la persona a la cual se le otorgó el correspondiente poder para suscribir la propuesta y adjuntarlo a la misma. Si la oferta se presenta por persona jurídica, deberá firmarla el representante legal de la misma), de conformidad con lo establecido en el (en el evento de que la propuesta sea presentada por varias personas y el suscriptor de la carta sea una sola persona, deberá indicarse en este aparte el poder o el compromiso de asociación, o el convenio de unión temporal o consorcio, o el documento pertinente en donde conste la designación de tal persona para presentar oferta en nombre de los demás), me permito presentar, en nombre de (indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), propuesta seria y formal para participar en el proceso de selección abreviada de menor cuantía **PN RASES No 5 SA MC 013 2024**, convocado por la PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DIAGNOSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN OFTALMOLOGIA III NIVEL INCLUIDA LA CONSULTA AMBULATORIA EN MEDICINA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA, CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001, INCLUIDO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA LOS PROCEDIMIENTOS, PREVIAMENTE AUTORIZADOS PARA GARANTIZAR LA OPORTUNIDAD DE LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DE LA POLICÍA NACIONAL, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5

Conforme a la información suministrada en los términos establecidos en el pliego de condiciones que rige el proceso, en las leyes de la República de Colombia y en particular de la Ley 80 de 1993, sus decretos reglamentarios, los Códigos Civil y de Comercio, y las demás normas que conforman el régimen legal del presente proceso de contratación, o que llegaren a regular algún aspecto concerniente a él.

El objeto del proceso se encuentra detalladamente enunciado en el pliego de condiciones y en el Anexo 1 “especificaciones técnicas” y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a los mismos, teniendo en cuenta su descripción, número y especificaciones técnicas y funcionales.

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

1. Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de los pliegos de condiciones y de sus anexos y formularios, así como el de cada uno de las adendas hechos al mismo.
2. Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.
3. Que ni el representante legal ó apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad determinadas por la Constitución Política y la ley aplicable.
4. Que el proponente, en este caso (indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), está compuesto por las siguientes personas, y que el nombre de su representante legal, dirección, teléfono y fax son los siguientes: (información de cada uno de los integrantes que componen al proponente, si son varias personas; Si se tratara de un proponente persona jurídica, se puede adaptar la declaración, para suministrar

la información allí requerida respecto de la sociedad proponente y su representante legal únicamente).

5. Que nuestra propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en los pliegos de condiciones y en la ley, y cualquier omisión, contradicción ó declaración debe interpretarse de la manera que resulte compatible con los términos y condiciones del proceso de contratación dentro del cual se presenta la misma, y aceptamos expresa y explícitamente que así se interprete nuestra propuesta.
6. Que nos comprometemos a realizar a la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 – Unidad Ejecutora, en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de contratación, los servicios ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados por los pliegos de condiciones para la selección abreviada, con las especificaciones y en los términos, condiciones y plazos establecidos en los pliegos de condiciones, y en las condiciones allegada a esa entidad a través de la presente carta de presentación.
7. Reconocemos la responsabilidad que nos concierne en el sentido de conocer técnicamente las características, funcionalidades y especificaciones de las obras que nos obligamos a entregar, y asumimos la responsabilidad que se deriva de la obligación de haber realizado todas las evaluaciones e indagaciones necesarias para presentar la presente propuesta sobre la base de un examen cuidadoso de las características del negocio. En particular declaramos bajo nuestra responsabilidad, que las obras que se entregarán a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 , en el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias de los pliegos de condiciones, sus anexos, sus formularios y adendas que llegaren a suscribirse.
8. 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.
9. Reconocemos que ni LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 , 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 ó 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.
10. Reconocemos que ni los pliegos de condiciones, del proceso de contratación, ni la información contenida en este documento o proporcionada en conjunto con el mismo o comunicada posteriormente a cualquier persona, ya sea en forma verbal o escrita con respecto a cualquiera de los aspectos del contrato ofrecido, se ha considerado como una asesoría en materia de inversiones, legal, tributaria, fiscal o de otra naturaleza, y declaramos que para la preparación de nuestra propuesta hemos obtenido asesoría independiente en materia financiera, legal, fiscal, tributaria, y técnica, y que nos hemos informado plena y adecuadamente sobre los requisitos legales aplicables en la jurisdicción del presente proceso de selección y contratación y del contrato que se suscriba.
11. Aceptamos plena, incondicional e irrestrictamente los términos del contrato que se nos ofrece, conforme al Anexo No. 6 “minuta del contrato” de los pliegos de condiciones y nos comprometemos a suscribirlo sin modificaciones sustanciales o formales de ninguna naturaleza, por la sola adjudicación que a nosotros se nos haga del contrato, salvo aquellas modificaciones que determine incluir LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 , por considerarlas necesarias para incorporar las variaciones que se deriven de las adendas que se expidan dentro del proceso de selección y contratación No. **PN RASES No 5 SA MC 013 2024**, las que de antemano aceptamos.

12. Manifestamos y declaramos que nuestra propuesta no contiene ningún tipo de información confidencial o privada de acuerdo con la ley colombiana, y, en consecuencia, consideramos que LA POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 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 (esta declaración puede ser suprimida y sustituida por una en la que se declare que la propuesta contiene información confidencial, en el caso de ser ello así, debiendo indicar de manera explícita los folios en los cuales obra tal información, y la justificación legal y técnica que ampara los documentos que sean citados con la confidencialidad invocada, mencionando las normas, disposiciones, decisiones de organismos competentes y actos administrativos que le confieran tal confidencialidad a los mismos).
13. Los suscritos (integrantes del proponente en el caso de proponente plural; nombre del proponente, en caso de persona jurídica, adaptando la redacción del párrafo a tal circunstancia), quienes nos presentamos en calidad de proponentes al presente proceso de selección y contratación bajo (forma o título bajo el cual se presenta la propuesta), declaramos y aceptamos, explícitamente, que asumimos la responsabilidad plena por los resultados y obligaciones del contrato ofrecido, según los términos del reglamento que rige el proceso de contratación, y reconocemos que nos encontramos vinculados o comprometidos de manera ilimitada, incondicional, insubordinada y solidaria respecto de todas y cada una de las obligaciones o responsabilidades derivadas de la presentación de la propuesta, de la correspondiente adjudicación, y de la suscripción del contrato respectivo, conforme a las condiciones de responsabilidad previstas en la Ley.
14. Declaramos bajo juramento, el que se entiende prestado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.
15. Que me obligo a suministrar a solicitud de LA POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.
16. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección(es): (Dirección para notificaciones): Teléfono (os): Fax
17. Que en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro del contrato respectivo, deberán consignarse en la cuenta No. (Indicar clase de cuenta, número, banco, sucursal, ciudad, país y cualquier otro dato necesario).
18. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).
19. El plazo de ejecución será el establecido en el pliego de condiciones**.**
20. Que la vigencia de la presente oferta es de cuatro (4) meses, contados a partir de la presentación de la misma.

Cordialmente, _____(Firma del representante legal del proponente.

FORMULARIO No. 2

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA

CIUDAD_____ FECHA _____

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

APERTURA _____ CANCELACIÓN_____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

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

Departamento _____ Ciudad_____ Municipio_____

Denominación de la cuenta Corriente _____
Ahorros _____

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

CORREO ELECTRÓNICO: _____ SI (___)

TELÉFONO: _____ SI (___)

II. DATOS DE LA ENTIDAD DE CRÉDITO:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____Código_____ Ciudad_____

Dirección _____Teléfono_____ Fax_____

Número de la cuenta _____

(Adjuntar certificación bancaria)

_____
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

FORMULARIO No. 3
COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

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

PRIMERO: Que la POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 adelanta un proceso de selección abreviada para la celebración de un contrato estatal.

SEGUNDO: Que es interés de el proponente apoyar la acción del estado colombiano, y de la POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 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 abreviada aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.

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

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

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

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

a) No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 , ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta.

b) No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de LA POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 5 durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

1.4. El proponente se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de selección abreviada.

1.5. 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.

1.6. 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:

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

NOTA: PARA EL CASO DE OFERTAS CONJUNTAS, SUSCRIBIRÁN EL PRESENTE DOCUMENTO TODAS LOS QUE CONFORMAN EL CONSORCIO, UNIÓN TEMPORAL O PROMESA DE SOCIEDAD A TRAVÉS DEL INTEGRANTE, REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO.

FORMULARIO No. 4

CUADRO DE CAPACIDAD FINANCIERA

_____

Representante Legal proponente
Nombre:
Documento Identidad:

(ESTADOS FINANCIEROS PROPONENTES EXTRANJEROS SIN SUCURSAL EN COLOMBIA)

Bucaramanga, Día ___ Mes _____ Año _____
Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5
Ciudad.

Referencia: Cuadro de capacidad financiera del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número _____ cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DIAGNOSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN OFTALMOLOGIA III NIVEL INCLUIDA LA CONSULTA AMBULATORIA EN MEDICINA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA, CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001, INCLUIDO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA LOS PROCEDIMIENTOS, PREVIAMENTE AUTORIZADOS PARA GARANTIZAR LA OPORTUNIDAD DE LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DE LA POLICÍA NACIONAL, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5La solicitud de las vigencias a tener en cuenta, se realizará de acuerdo a las normas vigentes, debiéndose realizar los ajustes acordes a la misma,

PROPONENTE	ACTIVO CORRIENTE	ACTIVO TOTAL	PASIVO CORRIENTE	PASIVO TOTAL
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$

PROPONENTE	UTILIDAD OPERACIONAL	GASTOS DE INTERESES	PATRIMONIO
	$	$	$
	$	$	$
	$	$	$

Para el diligenciamiento del siguiente cuadro, en el caso de proponentes extranjeros, deberán realizar la conversión de la moneda según corresponda al país, a dólares y posteriormente a pesos colombianos.

Proponente	Liquidez	Nivel de endeudamiento	Capital de trabajo	Razón de cobertura de intereses	Rentabilidad del patrimonio	Rentabilidad del activo
Nombre del proponente	Activo corriente sobre pasivo corriente	Pasivo total sobre activo total	Activo corriente menos pasivo corriente	Utilidad operacional dividida por los gastos de intereses	Utilidad operacional dividida por el patrimonio	Utilidad operacional dividida por el activo total

Declaramos bajo la gravedad de juramento, comprometiendo nuestra responsabilidad personal y comprometiendo la responsabilidad institucional de las personas jurídicas que representamos, que la información antes consignada es totalmente cierta, corresponde única y exclusivamente a la entidad que representamos.

El proponente:

_____

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente:
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐):
Nombre Representante Legal:
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐)

_____

Firma del Contador público y/o Revisor fiscal
Nombre:
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐)
Cargo:
Número de la Tarjeta Profesional:

FORMULARIO No. 5
ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5
Ciudad.

acuerdo de confidencialidad del proponente del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, cuyo objeto es la PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DIAGNOSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN OFTALMOLOGIA III NIVEL INCLUIDA LA CONSULTA AMBULATORIA EN MEDICINA ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA, CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001, INCLUIDO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA LOS PROCEDIMIENTOS, PREVIAMENTE AUTORIZADOS PARA GARANTIZAR LA OPORTUNIDAD DE LAS ATENCIONES QUE REQUIERAN LOS USUARIOS DE LA POLICÍA NACIONAL, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 5
El(los) suscrito(s) a saber: _____ , identificado con _____, quien obra en calidad de representante legal _____, 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 Seleccion abreviada de Menor cuantía, para la celebración de un contrato estatal para la g

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:
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐):
Nombre Representante Legal:
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐)
Dirección:
Teléfono:
Email: