REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 7

Yopal Casanare**,** 25 de junio de 2024

I. ASPECTOS GENERALES DEL ESTUDIO PREVIO.

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

1.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL OBJETO

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE.

Clasificación unspsc	Segmento	Familia	Clase	Producto
85122000	Servicios de Salud	Práctica Médica	Servicios Dentales	N/A

1.2 VALOR ESTIMADO

el valor estimado asciende a la suma de **VEINTICUATRO MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS MCTE ($24.900.000,00),**

ITEM	RUBRO Y DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	RECURSO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO ESTIMADO, INLCUIDO IVA, EXENTO DE IVA O EXCLUIDO DE IVA SEGÚN CORRESPONDA	VALOR TOTAL ESTIMADO INLCUIDO IVA, EXENTO DE IVA O EXCLUIDO DE IVA SEGÚN CORRESPONDA
1	02-02-02-009-03-01 SERVICIOS DE SALUD HUMANA	RASES No.7	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE.	16	1	24.900.000	24.900.000
						VALOR TOTAL ESTIMADO	24.900.000

1.3 CERTIFICACIÓN PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES, GASTOS DE FUNCIONAMIENTO Y/O INVERSIÓN Y/O VIGENCIAS FUTURAS.

No.	Fecha	No. Plan de compras	Unidad	Recurso	Descripción	Cantidad	Valor unitario	Valor tot
1	13/04/2024	121	RASES No.7	16	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE	1	24.900.000	24.900.0
					Total			**24.900.0**

1.4 CLASE DE CONTRATO

Prestación de Servicios (Art 32 Ley 80 de 1.993 Código Civil y Código de Comercio).

1.5 PERFIL Y CALIDAD DE LOS PROPONENTES

Todas las personas naturales o jurídicas, fabricante o distribuidor, nacionales o las extranjeras domiciliadas o con sucursal en Colombia, en Consorcio o Unión Temporal existentes en el mercado nacional, con capacidad de prestar

	servicios y suministrar los bienes, de acuerdo a las características previamente establecidas. Podrán participar todas la MIPYMES de acuerdo a la ley 2069 del 31 de diciembre de 2020 Por medio del cual se impulsa el emprendimiento en Colombia. Convocatorias limitadas a Mípyme: El presente proceso se limitará a Mipyme previo cumplimiento de lo establecido en los artículos 2.2.1.2.4.2.2 y SS del decreto 1082 de 2015, modificado por el artículo 5 del decreto 4860 de 2021.

1.6 IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y JUSTIFICACIÓN

IDENTIFICACION

El Sistema de Salud en Colombia está regulado por el gobierno nacional, por intermedio del Ministerio de la Salud y Protección Social, bajo mandato Constitucional. El sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención de salud cuenta con unas características para efectos de evaluar la calidad de la atención entre las cuales se encuentran la Accesibilidad y la Oportunidad. Entiéndase accesibilidad como la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y la Oportunidad como la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 7, tomando como referencia la normatividad establecida para el subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional debe prestar los servicios de salud contenidos en el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial, el cual comprende el conjunto de servicios de atención en salud al que tienen derecho los afiliados del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP) y sus beneficiarios y el mismo conjunto de servicios al que está obligado el Subsistema a garantizarles, con sujeción a los recursos disponibles en cada uno de los Subsistemas. Para la prestación de los servicios de salud descritos en el Acuerdo No. 002 de Abril 27/01 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en forma oportuna, integral, con un diagnóstico y un tratamiento terapéutico oportuno, se hace necesario contratar los servicios de odontología especializada, con el fin de optimizar recursos y a su vez reducir costos de operación sin demeritar la atención a los usuarios de la Policía Nacional.

Además de lo anterior y considerando que el espíritu de la Ley de Seguridad Social en Salud Colombiana es la Cobertura y Protección del Riesgo de la población usuaria del sistema (Ley 100 de 1993), lo cual se hará por parte de las entidades que integran el régimen y que en esta reciben la denominación de Empresas Promotoras de Salud (E.P.S.) y que la Dirección de Sanidad (DISAN) según el Artículo 18 del Decreto 1795 de 2.000, es dentro del Subsistema de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (S.S.M.P.), la encargada de administrar e implementar las políticas que emita el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional (CSSMP) asumiendo el papel de E.P.S., al igual que los Planes y Programas que coordine con el Comité de Salud de la Policía Nacional y que como cualquier E.P.S. es la que cubre el riesgo de sus usuarios (afiliados y beneficiarios) policiales; además que este ente jurídico está conformado por Regionales de Aseguramiento en Salud, Unidades Prestadoras de Salud Tipo A y B, Unidades para poder disponer de una red completa nacional que proporcione amparo en salubridad a los usuarios policiales de todo el país, y que para el caso de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 7 - Unidad Prestadora en Salud Casanare, quien debe contratar, regular, organizar, proveer y controlar los servicios requeridos, conforme la necesidad actual de esta unidad, lo cual permite garantizar la prestación de los servicios médicos a una población aproximada de 4.258 en la Unidad Prestadora de Salud Casanare, Adicionalmente se requiere la contratación de estos servicios, ya que la Regional de Aseguramiento en Salud No. 7 en la Unidad Prestadora de Salud Casanare, no cuenta dentro de su red propia, con la capacidad para proveer estos servicios a los usuarios que lo requieren, lo cual permitirá además de eso

continuar con el tratamiento prescrito por los médicos generales y especialistas de nuestra red propia y contratada y para proporcionar a la población usuaria una protección del riesgo asegurado y el restablecimiento de su estado de salud perdido por eventos catastróficos y/o patológicos.

Es de tener en cuenta que la prestación de servicio de salud a impactar es la siguiente población beneficiaria de la Unidad Prestadora de Salud Casanare, así:

CENSO POR MUNICIPIO DICIEMBRE									
REGION	USP	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	GENERO	DANE	BENEFICIARIO	NO COTIZANTE	TITULAR	Total general
7	2. CASANARE	Boyacá	PAJARITO	F	15518	2			2
7	2. CASANARE	Boyacá	PAJARITO	M	15518	1		4	5
7	2. CASANARE	Boyacá	PISBA	M	15550			3	3
7	2. CASANARE	Casanare	AGUAZUL	F	85010	98	4	8	110
7	2. CASANARE	Casanare	AGUAZUL	M	85010	63	1	83	147
7	2. CASANARE	Casanare	CHAMEZA	F	85015	3			3
7	2. CASANARE	Casanare	CHAMEZA	M	85015	3	4	5	12
7	2. CASANARE	Casanare	HATO COROZAL	F	85125	16	1		17
7	2. CASANARE	Casanare	HATO COROZAL	M	85125	7	1	10	18
7	2. CASANARE	Casanare	LA SALINA	F	85136	1			1
7	2. CASANARE	Casanare	LA SALINA	M	85136		2	3	5
7	2. CASANARE	Casanare	MANÍ	F	85139	12	3	6	21
7	2. CASANARE	Casanare	MANÍ	M	85139	10	1	18	29
7	2. CASANARE	Casanare	MONTERREY	F	85162	42	3	7	52
7	2. CASANARE	Casanare	MONTERREY	M	85162	23	6	33	62
7	2. CASANARE	Casanare	NUNCHÍA	F	85225	5			5
7	2. CASANARE	Casanare	NUNCHÍA	M	85225	5	5	6	16
7	2. CASANARE	Casanare	OROCUÉ	F	85230	11	1		12
7	2. CASANARE	Casanare	OROCUÉ	M	85230	6	1	7	14
7	2. CASANARE	Casanare	PAZ DE ARIPORO	F	85250	56	2	8	66
7	2. CASANARE	Casanare	PAZ DE ARIPORO	M	85250	36	2	46	84
7	2. CASANARE	Casanare	PORE	F	85263	27		2	29
7	2. CASANARE	Casanare	PORE	M	85263	19		26	45
7	2. CASANARE	Casanare	RECETOR	F	85279		2		2
7	2. CASANARE	Casanare	RECETOR	M	85279		1	4	5
7	2. CASANARE	Casanare	SABANALARGA	F	85300	7	1		8
7	2. CASANARE	Casanare	SABANALARGA	M	85300	5	1	9	15
7	2. CASANARE	Casanare	SAN LUIS DE PALENQUE	F	85325	9	3	1	13
7	2. CASANARE	Casanare	SAN LUIS DE PALENQUE	M	85325	2		10	12
7	2. CASANARE	Casanare	TÁMARA	F	85400	1	6	1	8
7	2. CASANARE	Casanare	TÁMARA	M	85400	1	1	3	5
7	2. CASANARE	Casanare	TAURAMENA	F	85410	40	1	8	49
7	2. CASANARE	Casanare	TAURAMENA	M	85410	26	1	33	60
7	2. CASANARE	Casanare	TRINIDAD	F	85430	15	4	1	20
7	2. CASANARE	Casanare	TRINIDAD	M	85430	6	7	12	25
7	2. CASANARE	Casanare	VILLANUEVA	F	85440	52	4	7	63
7	2. CASANARE	Casanare	VILLANUEVA	M	85440	33	4	65	102
7	2. CASANARE	Casanare	YOPAL	F	85001	958	45	177	1180
7	2. CASANARE	Casanare	YOPAL	M	85001	637	175	1121	1933

COMPORTAMIENTO AUTORIZACIONES

Durante las vigencias 2023 y 2024 se han autorizado los siguientes servicios de odontología especializada en la Unidad Prestadora de Salud Casanare:

CODIGOS CUPS CON MAYOR DEMANDA

Vigencia 2023 y 2024

CUPS (CLASIFICACIÓN ÚNICA POCEDIMIENTOS EN SALUD)			28
SERVICIO_AUTORIZADO	Autorizaciones	%	VALOR_ITEM
890218 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPE..	54	17,88%	3.190.698
890236 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPE..	47	15,56%	2.777.089
890336 -CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIM..	38	12,58%	2.363.030
237303 -TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR E..	30	9,93%	11.291.364
231303 -EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	27	8,94%	13.005.776
249100 -CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL P..	20	6,62%	1.191.380
890221 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPE..	15	4,97%	886.305
890217 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPE..	8	2,65%	472.696
890220 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPE..	7	2,32%	413.609
890318 -CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIM..	6	1,99%	354.522
240300 -ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRAD..	6	1,99%	2.812.043
275201 -ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERID..	5	1,66%	1.086.734
274101 -FRENILLECTOMIA LABIAL VIA ABIERTA	5	1,66%	809.065
242201 -CURETAJE A CAMPO ABIERTO	5	1,66%	2.315.140
890321 -CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIM..	4	1,32%	236.348
237302 -TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR E..	4	1,32%	875.232
237301 -TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR E..	4	1,32%	501.666
893101 -IMPRESION DE ARCO DENTARIO SUPE..	3	0,99%	510.012
243502 -OPERCULECTOMIA	3	0,99%	575.232
890320 -CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIM..	2	0,66%	118.174
243400 -GINGIVECTOMIA SOD	2	0,66%	694.542

SERVICIOS AUTORIZADOS

Vigencia 2023 y 2024

PRESTADOR RED EXTERNA		2
PRESTADOR	Autorizaci..	%
DISEÑAMOS SONRISAS DENTS S.A.S	301	99,67%
SOCIEDAD DE SERVICIOS OCULARES S.A.S - O..	1	0,33%
Total general	302	100,00%

JUSTIFICACIÓN:

En consecuencia, la contratación del servicio de qué trata estos estudios previos se justifica por las siguientes razones:

- La Regional de Aseguramiento en Salud No. 7 en le Unidad Prestadora de Salud Casanare no cuenta con la infraestructura física ni el recurso humano para atender la población con necesidad de los servicios de odontología especializada en la ciudad de Yopal.
- La Regional de Aseguramiento en Salud No. 7 en la Unidad Prestadora de Salud Casanare no cuenta en su planta de personal con recurso humano profesional para la prestación de los servicios solicitados en este estudio.
- La Regional de Aseguramiento en Salud No. 7 en la Unidad Prestadora de Salud Casanare debe tener un plan para la atención integral, de diagnósticos, tratamiento y seguimiento de los afiliados y beneficiarios al Subsistema de Salud de la Policía Nacional en el Departamento de Policía Casanare que puedan requerir el servicio.
- Al prestar estos servicios se garantiza la atención integral de los Usuarios y Beneficiarios del Subsistema de Salud.

Razón por la cual la entidad a contratar debe estar entre las mejores del mercado actual con la experiencia suficiente para ser tenida en cuenta para la prestación de los servicios requeridos por la Unidad Prestadora de Salud Casanare.

I) NECESIDAD

La Unidad Prestadora de Salud Casanare es de baja complejidad y no cuenta con las instalaciones, equipos, insumos y personal necesario para la prestación de estos servicios, por lo tanto, se hace necesaria esta contratación para satisfacer las necesidades en salud de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional en el Departamento de Policía Casanare.

II) CONVENIENCIA

Brindar la atención y tratamiento oportuno y adecuado de los pacientes del Subsistema de Salud de la Policía Nacional en el Departamento de Policía Casanare, que requiere los servicios de odontología especializada.

Además de tener en cuenta lo establecido en el decreto 441 del 28/03/2022, La Regional de Aseguramiento en Salud N°7, debe dar cumplimiento a los parámetros del instructivo 013 “Modelo de regulación para la prestación de los servicios de salud en el Subsistema de salud de la Policía Nacional.” Y el Instructivo Nro. 018/ SUDIR – AGESA, del 26 de agosto de 2012, “Guía para la planificación del servicio en salud de la Policía Nacional”. Con este instructivo se proporciona la información, aspectos y criterios mínimos a tener en cuenta para orientar a los administradores locales de la prestación de servicios de salud (Regionales y Unidades Prestadoras De Salud) y a los prestadores de servicios de salud al momento de planificar el servicio en salud que cada uno presta a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. La Policía Nacional a través de la Dirección de Sanidad debe ofrecer a sus usuarios, servicios asistenciales y de medicina laboral a través de los procesos misionales de Prestación de Servicios en Salud y Calificación de la Capacidad Médico Laboral. El cual tiene como alcance y aplicación para todas las Unidades de Sanidad Policial y Establecimientos de Sanidad Policial del ámbito nacional donde se ejecuten los procesos de Prestación de Servicios en Salud y Calificación de la Capacidad Médico Laboral.

III) OPORTUNIDAD

La contratación de estos servicios que va realizar la Regional de Aseguramiento en Salud No 7, para la Unidad Prestadora de Salud Casanare, se requiere de manera oportuna, con el fin de atender las necesidades que se presentan para la atención a todos los usuarios de la unidad, el plazo de ejecución de

la prestación del servicio será a partir de la carta de inicio previa aprobación de las pólizas hasta el 30 de noviembre de 2024 o hasta agotar presupuesto lo primero que ocurra.

ACUERDO INTERNACIONAL O TRATADO DE LIBRE COMERCIO

En cumplimiento a lo establecido en los términos del título 1, capitulo 2, sección 4, subsección 1 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015, sobre la indicación de si la contratación respectiva esta cobijada por un acuerdo internacional o un tratado de libre comercio vigente para el estado colombiano en los términos de los artículos 2.2.1.2.4.1, 2.2.1.4.4.1.2 y 2.2.1.4.1.3 del citado Decreto, se concluye que el presente proceso de contratación, no está cobijado por los tratados de libre comercio, según la excepción No. 35 grupo 931 "servicios de salud Humana, del anexo 4, "lista de excepciones a la aplicación de los acuerdos comerciales" del *MANUAL PARA EL MANEJO DE LOS ACUERDOS COMERCIALES EN PROCESOS DE CONTRATACIÓN – COLOMBIA COMPRA EFICIENTE*.

2. ANTECEDENTES ADMINISTRATIVOS DEL PROCESO

UNIDAD CONTRATANTE Y CONTRATISTA	NÚMERO DEL CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN	OBJETO	NÚMERO DE PROCESO	ACIERTOS	PROBLEMAS
REGIONAL DE ASEGURAMEINTO EN SALUD N° 7 DISEÑAMOS SONRISAS DENTS S.A.S	084-7-200093-23 del 24/07/2023	Prestación de servicios de odontología especializada, para los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional en el Departamento de Policía Casanare.	PN RASES N. 7 MIC 096 2023	Contrato en ejecución, sin novedad	Contrato en ejecución
REGIONAL DE ASEGURAMEINTO EN SALUD N° 7 DISEÑAMOS SONRISAS DENTS S.A.S	084-7-2000170-22 del 23/12/2022	Prestación de servicios de oftalmología, odontología especializada y el servicio de ambulancia, para los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional en el Departamento de Policía Casanare.	PN RASES N. 7 MIC 174 2022	Contrato en ejecución, sin novedad	No se han presentado inconvenientes
REGIONAL DE ASEGURAMEINTO EN SALUD N° 7 DISEÑAMOS SONRISAS DENTS S.A.S	084-7-200071-22 del 10/08/2022	Prestación de servicios de odontología especializada, para los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional en el Departamento de Policía Casanare.	PN RASES N. 7 MIC 077 2022	Contrato ejecutado sin novedad	No se presentaron inconvenientes

- **Información verificada y aprobada por los funcionarios dueños de la necesidad que firman el presente estudio previo.**

3. FUNDAMENTOS JURÍDICOS QUE SOPORTAN LA MODALIDAD DE SELECCIÓN

CLASE DE CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS
MODALIDAD DE SELECCIÓN: PROCESO DE MINIMA CUANTIA
FUNDAMENTO JURIDICO: Artículo 2.2.1.2.1.5.2 de decreto 1082 de 2015, modificado por el Art. 2 del Decreto 1860 de 2021.

MÍNIMA CUANTÍA Previsto en el Capítulo 2, Sección 1, Subsección 5, Artículo 2.2.1.2.1.5.2 de 2015, modificado por el Art. 2 del Decreto 1860 de 2021, establece el procedimiento para la contratación de mínima cuantía, cuyo valor no exceda del 10% de la menor cuantía de la Entidad Estatal, independientemente de su objeto.

En concordancia con el literal c) del numeral 1.1. Capítulo III de la resolución No. 03049 de 2014, "Por medio de la cual se adopta el manual de contratación de la Policía Nacional"

"Se expresarán las razones que llevan a escoger la modalidad de selección de que se trate, indicando sobre el particular, los aspectos que se consideran determinantes para la aplicación de una u otra modalidad. (Podrán considerarse para los efectos enunciados las características del objeto a contratar, las circunstancias de la contratación, la cuantía o destinación de los bienes, servicios u obra, naturaleza de los contratantes, etc.)".

4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

4.1 ESPECIFICACIONES TECNICAS MINIMAS

Los factores de verificación técnica están descritos en el Anexo Especificaciones Técnicas del presente estudio previo, los cuales se comprobarán como CUMPLE o NO CUMPLE.

4.1.1 EXPERIENCIA PROPONENTE

Están descrita en el Anexo especificaciones técnicas del presente estudio previo.

4.1.2. NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO (En caso que aplique)

No aplica

4.1.3. EXPERIENCIA (En caso que aplique)

No aplica

4.1.4. EXPERIENCIA DEL PERSONAL

No aplica

4.1.5. CAPACIDAD OPERATIVA

La capacidad operativa está descrita en el anexo 2 condiciones técnicas mínimas habilitantes del presente estudio previo, la cual se verificará como cumple o no cumple.

4.1.6 OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES (En caso de que aplique)

No aplica

4.1. CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE CALIFICACIÓN Y SU JUSTIFICACIÓN (Aplica para licitación pública y selección abreviada de menor cuantía):

No aplica

4.2 EVALUACIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA

No aplica

4.3.1 EVALUACIÓN ECONÓMICA

Al momento de la entrega de las propuestas, se determinará el orden de elegibilidad, comenzando por la oferta con la propuesta económica de menor precio hasta la de mayor precio.

La entidad procederá a verificar los requisitos habilitantes y condiciones técnicas de la oferta con el ofrecimiento económico de menor precio, en caso que este no cumpla con los requisitos habilitantes exigidos, vencido el plazo para subsanar los errores e inconsistencias de los documentos aportados, se procederá a verificar la oferta del ofrecimiento económico con el segundo menor precio ofertado y así sucesivamente.

El artículo 2.2.1.2.1.5.2 numeral 5 del Decreto 1082 de 2015, modificado por el Art. 2 del Decreto 1860 de 2021, establece: "La Entidad Estatal debe revisar las ofertas económicas y verificar que la de menor precio cumple con las condiciones de la invitación. Si esta no cumple, la Entidad Estatal debe verificar el cumplimento de los requisitos de la invitación de la oferta con el segundo mejor precio, y así sucesivamente. Lo anterior sin perjuicio de la oportunidad que deberán otorgar las Entidades Estatales para subsanar las ofertas, en los términos del artículo 5 de la Ley 1150 de 2007, para lo cual establecerán un término preclusivo en la invitación para recibir los documentos subsanables, frente a cada uno de los requerimientos. En caso de que no se establezca este término, los proponentes podrán subsanar sus ofertas hasta antes de que finalice el traslado del informe de evaluación".

Si una vez verificadas todas las ofertas presentadas, no se logra la habilitación, el proceso se declarará desierto

4.3.2 FACTORES ADICIONALES DE CALIFICACION Y SU JUSTIFIACION

No aplica

4.3.3. CRITERIOS DE DESEMPATE

En caso de empate, la Entidad Estatal aplicará los criterios de que trata el artículo 35 de la Ley 2069 de 2020, conforme a los medíos de acreditación del artículo 2.2.1.2.4.2.17, del presente Decreto o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

El Decreto 1082 de 2015 en su artículo 2.2.1.2.4.2.17nos habla de los factores de desempate, plasmando así el procedimiento que se debe llevar a cabo en caso de que dos o más propuestas se encuentren en empate. Se ha llegado a presentar que, aunque se utilicen estos factores se continúa persistiendo el empate, por tal motivo el numeral doce (12) del mismo artículo nos habla de lo siguiente:

«Utilizar un método aleatorio para seleccionar el oferente, método que deberá haber sido previsto en los pliegos de condiciones del Proceso de Contratación.»

De acuerdo a lo anterior, las Entidades son autónomas de fijar en el proceso, un método aleatorio que decida la adjudicación de un proceso.

Si persiste el empate, La Regional de Aseguramiento en Salud No.7, utilizará el método de BALOTAS, para la selección se realizará por un sorteo que se efectuará entre los proponentes empatados, el cual se realizará en reunión virtual y a través del sistema de balotas, el cual se desarrollará de la siguiente manera:

1. Se leerá en voz alta las Ofertas que resultaron empatadas
2. Se pondrá a girar la balotera para que le asigne a cada Oferta empatada el número por medio del cual participará en el sorteo.
3. Una vez terminada la asignación de los números de participación, se introducirán en la balotera únicamente las balotas con los números asignados a las Ofertas empatadas.
4. Se procederá a girar la balotera y se sacará una (1) balota, la que corresponderá al oferente seleccionado.

5. CONDICIONES

5.1. LUGAR DE ENTREGA O LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El lugar para la prestación de los servicios será en las instalaciones del contratista, las cuales deben ubicarse en el perímetro urbano del Municipio de Yopal-Casanare

5.2. FORMA DE EJECUCIÓN

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

Los servicios a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional en el Departamento de Policía Casanare de la siguiente forma:

DEMOSTRACIÓN DE DERECHOS Y AUTORIZACIÓN:

- Para acceder al servicio, el usuario se presenta en la IPS o entidad de salud que brinda los servicios a la USP y presenta el carné que acredita los derechos de Sanidad de la Policía Nacional. En caso tal que los usuarios no tengan aún su carné, pueden presentar constancia VIGENTE de que se encuentra en trámite, expedida por la Oficina de Talento Humano del Comando del Departamento de Policía, Comando de la Metropolitana, Caja de Sueldos de Retiro (CASUR) o Caja General de Pensionados de la Policía (CAGEN).
- Acompañando al carné que autoriza los servicios de sanidad, debe presentarse documento de identificación en original según el caso (Registro civil de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad).
- 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).
- Exigir a los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional que soliciten el servicio, el formato de autorización del servicio firmado y sellado por el médico líder de referencia y contra referencia, el cual debe venir acompañado de fotocopia de la cédula de ciudadanía y carne de servicios médicos.
- Todo procedimiento adicional que no haga parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado, y que el proveedor 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 central de referencia, contra-referencia y autorizaciones de la USP (Cabecera Departamental), siempre y cuando ello no se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del paciente.
- Todo 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 tratante debe diligenciar completamente el formato de justificación diseñado para tal fin por parte del SSPN y remitirlo a la central de autorización de la USP, para que ésta adelante el trámite ante el CTC 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 USP con posterioridad, en el formato de justificación ante CTC diseñado para tal fin por parte del SSPN. El no reporte ante el CTC será causal de glosa, más no el concepto favorable o desfavorable del CTC.

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 central de autorizaciones de la USP.
- 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.
- El número habilitado para la oficina de referencia y contra-referencia de la Unidad Prestadora de Salud Casanare es el 350-7113809.
- El correo electrónico habilitado para el envío de las solicitudes de autorización es decas.upres-aut @policia.gov.co

5.3. PLAZO DE EJECUCIÓN

El plazo de ejecución del contrato será a partir de la expedición de la carta de inicio, previa aprobación de la garantía única, hasta el 30 de noviembre de 2024 y/o hasta agotar el presupuesto, lo primero que ocurra.

5.4. FORMA DE PAGO

El pago se realizará en moneda legal colombiana, La Regional de Aseguramiento en Salud N° 7 pagará al CONTRATISTA el valor del contrato que resulte del presente proceso, en la ciudad de Villavicencio, por pagos contra entrega, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la radicación y asignación del turno para pago respectivo, previa presentación de la factura acompañada de la constancia de recibo a satisfacción suscrita por el supervisor del contrato, las ordenes de servicio, copia del informe del resultado del estudio de manera impresa o en medio magnético, acreditación del contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en salud , pensiones y riesgos laborales, así como los parafiscales del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, documentos que deben ser tramitados en la Ventanilla Única – Central de Cuentas de La Regional de Aseguramiento en Salud N° 7, donde de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1150 de 2007 “Derecho a Turno” se le asignará un número de radicación. Todas las facturas deben venir acompañadas de los RIPS debidamente diligenciados, los cuales serán validados en el aplicativo SISAP WEB de la Policía Nacional.

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

• Factura (de acuerdo a la normatividad establecida y los requisitos de Ley artículos 616- 1,616-3 617 y 618 E. T; artículos 772, 773, 774 Código de Comercio, Modificado Ley 1231 de 2008), este documento debe estar a nombre de la unidad de Sanidad, con el respectivo NIT y soportes de conformidad con lo establecido en la Resolución 3047 de 2008 MINSALUD, Instructivo 019 - DISAN-PLANE de 29 de mayo de 2020 o la norma que la adicione, modifique o sustituya.

Teniendo en cuenta el Decreto 2242 de 2015 "Por el cual se reglamentan las condiciones de expedición e interoperabilidad de la factura electrónica con fines de masificación y control fiscal" en el Artículo 3, punto 2 - parágrafo I, que a la letra dice:

"El obligado a facturar electrónicamente deberá entregar al adquiriente una representación gráfica de la factura electrónica en formato impreso o en formato digital...", las unidades de la Dirección de Sanidad, deberán verificar si los proveedores están obligados a facturar electrónicamente y cumplan con el protocolo de habilitación como facturador electrónico según indicaciones del Decreto en mención.

- De acuerdo a la ley 594 del 2,000 por la cual se establece la Ley General de Archivo, la cuenta debe llegar en carpeta preferiblemente de las indicaciones de la institución, (carpeta blanca con 4 alas) sin ningún tipo de ganchos, documentos sin ser perforados, foliada en la parte superior derecha con lápiz No. 2 a partir del consecutivo No. 7 máximo hasta 200 folios por carpeta; de igual forma se aclara que cada cuenta debe venir en una carpeta diferente, independientemente si los folios de las misma son una cantidad mínima. Si la cuenta de cobro sobrepasa los 200 folios ésta debe dividirse en varias carpetas y continuar con el consecutivo de foliación del primer tomo, las hojas de menor dimensión al de tamaño carta debe ir pegado en una hoja completo bien sea carta u oficio.

- El oferente a quien se le adjudique el presente proceso deberá cargar la respectiva cuenta de cobro en la PLATAFORMA SECOP ll con el fin de que ésta sea verificada por el- supervisor del contrato: y poder realizar el respectivo pago".

- Adicionalmente, se solicitan los siguientes soportes:
  - Certificación bancaria.
  - Fotocopia del RUT.

NOTA 1: El contratante dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.

NOTA 2:En cumplimiento a la Resolución 05884 del 27-12-2019 "por la cual se expide el Manual para la Administración de los Recursos Logísticos de la Policía Nacional", en su ítem que a letra dice... "2.43.4 Clasificación de las entradas: La entrada de los bienes según la procedencia de los mismos se clasifica entre otras, por: compras, donación, reintegros, recuperación, reposición, transferencia, nacimiento de semovientes, compensación, reconstrucción de equipos, sobrantes, traspasos y comodatos".

En caso que el CONTRATISTA presente los documentos requeridos para el pago después del día cinco (05) del mes los pagos contra entrega se realizarán dentro de los (60) días hábiles siguientes a la fecha de la radicación. En todo caso, los pagos están sujetos a la disponibilidad de PAC y ubicación de los recursos por parte del Nivel Central. Los pagos previstos se acreditarán a la cuenta a favor del CONTRATISTA, o en otro banco o cuenta que éste designe con anterioridad al vencimiento del pago, con sujeción a lo previsto en las disposiciones cambiarias, por medio de aviso escrito con no menos treinta (30) días de anticipación, acompañado de certificación bancaria original con fecha de expedición no superior a treinta (30) días calendario, a nombre de la firma Contratista. Todos los pagos efectuados tendrán los descuentos de ley.

Dando cumplimiento al decreto 2242 de 2015, la Resolución No 000020 de 26-03-2019 expedida por la Dirección de Impuesto y Aduanas Nacionales DIAN y circular CR-016 Proceso de Recepción de Facturas Electrónicas de Venta, Notas Débito y notas Crédito, expedida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION FINANCIERA SIIF NACION).

FACTURAS ELECTRÓNICAS. Dando cumplimiento a la Directiva Presidencial09 de 2020 referente a los lineamientos para el pago a los proveedores del estado, y a la Circular Externa 016 de 09 de marzo 2021 emitida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, donde se refiere al proceso de recepción de facturas electrónicas de ventas, notas crédito y notas débito, y a la implementación del Modelo de Recepción de Facturas de Venta, Notas Débito y/o Notas Crédito, el cual aplica de forma obligatoria a partir del 01 de abril de 2021 para todas las Entidades que hacen parte del Presupuesto General de la Nación, se informa que todos los proveedores y contratistas obligados a facturar electrónicamente (personas jurídicas y personas naturales incluyendo CPS) deben parametrizar con su operador electrónico de facturación los datos del emisor, datos del adquiriente y notas finales; así mismo, establecer, que todas las facturas a nombre de Regional de Aseguramiento en Salud No. 7, se direccionen al buzón dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público al siguiente correo electrónico siifnacion.facturacionelectronica@minhacienda.gov.co, toda

vez que será el Ministerio de Hacienda - SIIF NACION quien centraliza su recepción y gestione el envío a cada supervisor a través del aliado tecnológico Olimpia it.

CIRCULAR EXTERNA N-12 PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE FACTURAS ELECTRÓNICAS PARA ENTIDADES DE SALUD DEL PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACIÓN del 03 de mayo de 2022, emitida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, se informa que "a partir del 15 de mayo del 2022 las entidades de Salud que hacen parte del Presupuesto General de la Nación deberán realizar el siguiente procedimiento para poder registrar obligaciones con personas jurídicas y naturales que tienen la responsabilidad de facturar electrónicamente, con cargo a los objetos de gastos de adquisición de bienes y servicios asociados con tal sector.

LINEAMIENTOS DE LA FACTURACIÓN ELECTRÓNICA

Dando cumplimiento al decreto 2242 de 2015, la Resolución No 000020 de 26-03-2019 expedida por la Dirección de Impuesto y Aduanas Nacionales DIAN y circular CR-016 Proceso de Recepción de Facturas Electrónicas de Venta, Notas Débito y notas Crédito, expedida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION FINANCIERA SIIF NACION).

Se permite informar que las facturas electrónicas emitidas por las entidades prestadoras de bienes y/o servicios deben facturar bien sea por competencia de la RASES No. 7, de acuerdo al contrato que se haya adjudicado, y/o en su defecto si los servicios son denominados urgencia médica, con la unidad que a continuación se relaciona así:
RAZON SOCIAL: Regional de Aseguramiento en Salud No 7
NIT No.: 900.407.224-6
DIRECCION: Calle 15 No. 15ª - 33, Av. los maracos barrio el estero
CORREO ELECTRONICO: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD PCI: 16-01-02-042 (Regional de Aseguramiento en Salud No 7)

- Utiliza el formato electrónico de generación XML estándar establecido por la DIAN.
- Lleva la numeración consecutiva autorizada por la DIAN.
- Cumple con los requisitos del art. 617 del ET y discrimina el impuesto al consumo cuando es el caso.
- Incluye la firma digital o electrónica para garantizar autenticidad integridad y no repudio de la factura electrónica, de acuerdo con la política de firma adoptada por la DIAN.
- Incluye el Código Único de Factura Electrónica CUFE.
- Diligenciar en la sección de la factura Datos del Emisor, en el campo "correo" la dirección electrónica, en donde le será notificado en caso de existir fallas en la validación del correo.
- Registrar en la sección de la factura Datos del Adquiriente en el campo "Correo", el buzón electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co, dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con el fin que, una vez generada la factura electrónica a través del medio seleccionado, éste la envíe automáticamente.
- Generar factura obteniendo el contenedor electrónico -Documento .ZIP (PDF, XML).
- En la sección de la factura NOTA O OBSERVACIONES la entidad debe digitar los siguiente: # luego el código de identificación de la entidad PCI a la cual le va a enviar la factura; número contrato, correo del supervisor, finalizando con #, debidamente separados por punto y coma sin espacios, ejemplo Adjunto:
- Ejemplo(16-01-02-042;Contrato 20/2022;pperez@entidaddesalud.gov.co.la factura inicial más la nota débito)".

Nota importante: De no darse el envío automático por parte del proveedor o contratista desde el operador tecnológico autorizado, solución gratuita de la DIAN o software propio, descrito en el numeral 4, estos podrán remitir la factura al buzón indicado para tal fin.
Generar factura obteniendo el contenedor electrónico - Documento .Zip (PDF, XML).



Desde cualquier correo electrónico, puede enviar al buzón electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el contenedor electrónico -Documento .Zip (PDF, XML), referenciando en el asunto de este correo el código de identificación de la entidad a la cual le va a enviar la factura, datos del contrato, y correo del supervisor, debidamente separados por punto y coma, sin espacios según ej. Adjunto:

16-01-02-054;85-7-20033-22;pepito.perez@correo.policia.gov.co

El contratista o proveedor, una vez haga su factura electrónica de venta tal como se indica, Le llegara una notificación de factura electrónica de la entidad al correo electrónico del supervisor, indicando o notificando que tiene un documento pendiente por aprobar en la plataforma Olimpia, que por obligación el supervisor debe ingresar a la plataforma Olimpia, y es donde el supervisor verifica la factura para que sea rechazada o aprobada la factura, una vez haga el paso por parte del supervisor de rechazo o aprobación, la entidad debe estar atento si le llega notificación de que aprobaron o rechazaron la factura, si la factura es rechazada el supervisor debe justificar el rechazo, pero si es aprobada puede proceder a radicar en físico la factura con todos sus soportes normales como han estado haciendo ante la oficina Central de Cuentas de la RASES No 7.

Una vez radicada la factura por parte del adjudicatario contratista, el supervisor del contrato dentro de los (2) días hábiles siguientes a su recepción, deberá revisar los documentos y soportes para expedir el Recibo a Satisfacción Técnico-Económico y devolver la cuenta junto con los soportes a la Central de Cuentas para continuar con el trámite de pago respectivo.

El recibo a satisfacción, aunque se encuentre suscrito por el supervisor del contrato, no implica el recibo o aprobación definitiva por parte de la POLICIA NACIONAL y, por consiguiente, no exime al CONTRATISTA de su responsabilidad en cuanto a la calidad del bien o de cualquier otra obligación contractual o de responsabilidad civil.

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace claridad a la facturación electrónica, los contratistas prestadores de bienes y/o servicios, una vez envíen la factura electrónica al correo antes mencionado, deberá seguir radicando físicamente como se ha venido haciendo en la oficina de Central de Cuentas RASES No 7, factura original con sus respectivos soportes originales y firmado a que haya lugar.

PROCEDIMIENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA EMISIÓN DEL RAS Una vez radicada la factura por parte del adjudicatario Contratista, el funcionario de la ventanilla única de cuentas remitirá al supervisor del contrato para la revisión de los documentos y soportes, expedirán el recibo a satisfacción técnico-

económico y posteriormente tramitarán la cuenta junto con los soportes al auditor de cuentas para continuar con el trámite de pago respectivo.

PARÁGRAFO 1: AUDITORIA DE CUENTAS. La facturación presentada estará sujeta a la auditoría de cuentas, para lo cual el responsable de la ventanilla única – central de cuentas RASES N° 7, tramitará la cuenta acompañada del recibo a satisfacción técnico, para que se realice la auditoria, según ley 1438 de 2011 articulo 57.

- Autorización.
- Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico.
- Comprobante de recibido del usuario.
- Orden de servicio.

PARÁGRAFO 2: TRAMITE DE GLOSAS. En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad con lo establecido en el ARTÍCULO 57 DE LA LEY 1438 del 19 de enero de 2011.

El Contratista 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).

PARÁGRAFO 3: CONCILIACIÓN DE GLOSAS. En el evento que se presenten glosas a las cuentas presentadas, estas se tramitarán de conformidad con lo establecido en el ARTÍCULO 57 DE LA LEY 1438 del 19 de enero de 2011. Donde se encuentra estipulado que posterior a la notificación de la glosa el contratista tendrá quince (15) días hábiles para indicar aceptación o justificación de la no aceptación. Dentro de los diez (10) días siguientes a la recepción de la respuesta de glosa la auditoría de cuentas decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas, en caso tal de reiterarse la glosa se procederá citar para conciliación de estas al contratista en los siguientes quince (15) días hábiles a la recepción de la misma por el contratante, la cual se hará por escrito.
Si no se llegara a una conciliación efectiva en la Regional de Aseguramiento en Salud No.7, la siguiente instancia es el Grupo de Auditoría Médica de la Dirección de Sanidad.

NOTA: Teniendo en cuenta el oficio No. 092351 ARAFI-AUMED fechado 22/10/2015 en el cual trata el tema sobre la Política de cero papeles en concordancia con la Directiva Presidencial 04 del 2012 **"EFICIENCIA ADMINISTRATIVA Y LINEAMIENTOS DE LA POLITICA DE CERO PAPEL EN LA ADMINISTRACIÓN PUBLICA"** se requiere que el contratista al momento de radicar la factura presente en medio magnético los siguientes documentos:

- Historia clínica
- Autorizaciones
- RIPS

Estos archivos deben venir en CD debidamente marcados y en unidad de conservación plástica en polipropileno u otro polímero químicamente estable. El archivo de medios magnéticos como CD debe cumplir con las características descritas en el Acuerdo 049 del 5 de mayo del 2000 del Archivo General de la Nación. Igualmente, el contratista deberá entregar en medio magnético un archivo en Microsoft Excel que contenga la información que más adelante se relaciona con el fin de darle celeridad al proceso de auditoría de cuentas médicas.

No.	No. FACTURA	FECHA DE FACTURA	FECHA DE ATENCION	NOMBRE PACIENTE	No. DE IDENTIFICACION	EDAD	DIAGNOSTICO	PROCEDIMIENTO	VALOR FACTURADO

REQUISITOS PARA EL PAGO

Darle aplicabilidad a la ley 594 de 2000 Ley General de Archivo; de la siguiente manera: la presentación de las cuentas médicas presentadas a La Regional De Aseguramiento En Salud No.7, cuya actividad es imprescindible en los procesos de organización archivística, y la cual tiene dos finalidades principales: controlar la cantidad de folios de una unidad de conservación dada.
El contratista estará en la obligación de radicar las cuentas generadas en la La Regional De Aseguramiento en Salud N°7, dentro de los 5 primeros días hábiles de cada mes, cumpliendo con los siguientes requisitos:

a. Relación general de pacientes atendidos, detallando el número del contrato, número de la factura por cada uno de ellos discriminada y firmada por el usuario o acudiente. Esta información se debe presentar en físico y medio magnético en Excel. Listado discriminando número de factura, fecha de factura, nombre del paciente, identificación, atención recibida y valor facturado, según modelo anexo:

ÁREA DE SANIDAD	IPS	FECHA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	FECHA DE RADICACIÓN DE LA FACTURA	N°. DE FACTURA INDIVIDUAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRE DEL USUARIO	VALOR DE LA FACTURA	VALOR DE LA GLOSA	VALOR ACEPTADO POR LA IPS	VALOR A PAGAR	CONCILIADO	OBSERVACIÓN	CONTINGENCIA	CONTRATO O URGENCIA
											SI	NO		

b. Factura con el lleno de requisitos establecidos por la DIAN.
c. La factura debe presentarse en original y una copia debidamente firmada por quien la expide en hoja tamaño carta (no se aceptaran facturas que no estén en tamaño carta y/o oficio), en carpeta tipo yute tamaño oficio, debidamente legajadas en gancho plástico, sin gancho de cosedora, foliadas en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja esfero negro hasta un máximo de 240 folios, desde el primer evento hasta el último junto con sus respectivos anexos en estricto orden cronológico de la prestación de los servicios por cada usuario en medio físico y en medio magnético. para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias.
d. Anexar el Original de la autorización del servicio.
e. Comprobantes de recibido del supervisor del contrato.
f. Si el contratista no presenta la factura dentro del término de los cinco (05) primeros días de cada mes, el trámite y el pago de la factura se realizará hasta el mes siguiente.
g. Certificado original suscrito por el representante legal o revisor fiscal (en el evento de estar legalmente obligado a tenerlo) sobre el cumplimiento de sus obligaciones ante el SGSSI y parafiscales del periodo correspondiente.
h. Copia del soporte de liquidación y pago de aportes al SGSSI y parafiscales del periodo correspondiente.
i. Recibido a satisfacción por parte del supervisor del contrato previa verificación del suministro y a los soportes de la facturación.
j. EL CONTRATANTE dará trámite a las facturas que no presenten objeciones
k. La presentación de las facturas por los servicios causados en ningún caso deberá superar los treinta días (30) posteriores a la prestación de los servicios.
l. Factura que no cumpla con los requisitos legales vigentes no será radicada

5.5. SUPERVISOR, INTERVENTOR Y/O COORDINADOR

La Regional de aseguramiento en salud No.7, ejercerá el control sobre la Ejecución del Contrato a través del Jefe de la Unidad Prestadora de Salud Casanare, con el suficiente conocimiento respecto al objeto del contrato, al igual una formación técnica o profesional que le permita emitir juicios sobre el cumplimiento del mismo, o quien sea designado por el ordenador del gasto, conforme a lo establecido en la ley 1474 de 2011 y 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)*.

5.6. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

No aplica

5.7. OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL

No aplica

6. FORMA Y PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN

La forma de adjudicación del proceso de contratación será de forma total, por la totalidad del presupuesto oficial asignado, al oferente que cumpla con los requisitos jurídicos, técnicos y realice el ofrecimiento económico con el menor valor, el cual aplicará a la totalidad de los precios estimados o techo.

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

Como quiera que en la ejecución de los contratos celebrados en los años anteriores no se han presentado inconvenientes en los mismos, la estimación del riesgo corresponde a los porcentajes mínimos indicados dentro de la normatividad vigente, el Manual de Contratación para la Policía Nacional y las necesidades de la Institución, los cuales se relacionan en el Anexo ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS del presente estudio previos, donde se debe tener en cuenta igualmente dentro del plazo de cubrimiento en cumplimiento, seis meses más para efectos de liquidación dentro del Contrato, conforme al numeral 4.3 "proyectos de liquidación" de la resolución 00090 del 15 de enero de 2018, "Por la cual se actualiza, modifica y complementa el manual de contratación de la Policía Nacional".

II. ESTUDIO DEL SECTOR

1. ANÁLISIS DE LA DEMANDA

DESCRIPCIÓN	CONTRATO 084-7-200071-22 del 10/08/2022	CONTRATO 084-7-200170-22 del 23/12/2022	CONTRATO 084-7-200093-23 del 24/07/2023
Modalidad de selección del contratista	Mínima Cuantía	Mínima Cuantía	Mínima Cuantía
Objeto del contrato	Prestación de servicios de odontología especializada, para los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional en el Departamento de Policía Casanare.	Prestación de servicios de oftalmología, odontología especializada y el servicio de ambulancia, para los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional en el Departamento de Policía Casanare.	Prestación de servicios de oftalmología, odontología especializada y el servicio de ambulancia, para los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional en el Departamento de Policía Casanare.
Cantidad del bien, Obra o servicio	1	1	1

Autorizaciones, permisos y licencias requeridas para su ejecución	Habilitación de los servicios por la Secretaría de Salud del Departamento de Casanare.	Habilitación de los servicios por la Secretaría de Salud del Departamento de Casanare.	Habilitación de los servicios por la Secretaría de Salud del Departamento de Casanare.
Valor de los contratos	19.667.667,00	24.600.000,00	56.538.000,00
presupuesto con cargo al cual han sido ejecutados los contratos (inversión o funcionamiento) y si ha habido lugar a vigencias futuras	Funcionamiento y no contó con recursos de vigencias futuras.	Funcionamiento y si contó con recursos de vigencias futuras.	Funcionamiento y si contó con recursos de vigencias futuras.
Oferentes que han participado en los procesos de selección y contratistas	Diseñamos Sonrisas Dents S.A.S	Diseñamos Sonrisas Dents S.A.S	Diseñamos Sonrisas Dents S.A.S
comportamiento de los contratistas e imposición de sanciones	El contrato se ejecutó sin novedad.	El contrato se ejecutó sin novedad.	El contrato se ejecutó sin novedad.
Condiciones de pago establecidas en los contratos.	Clausula 4 – Forma de Pago.	Clausula 4 – Forma de Pago.	Clausula 4 – Forma de Pago.

2. ANÁLISIS DEL MERCADO

DESCRIPCIÓN DEL MERCADO

En el municipio de Yopal existen entidades debidamente creadas y habilitadas para la prestación de los servicios, además cuentan con la posibilidad de garantizar los servicios que requiere la Regional del Aseguramiento en Salud No. 7 - Unidad Prestadora de Salud Casanare.

3. ANÁLISIS DE LA OFERTA

IDENTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR: Dentro de las empresas que se encuentra con la disponibilidad para prestar los servicios solicitados, se encuentran las siguientes, las cuales se encuentran habilitadas y presentaron cotización:

- DISEÑAMOS SONRISAS DENTS S.A.S, NIT 900808333, Representante Legal: Edisson Alberto Vanegas Herrera, correo electrónico dentssonrisas@gmail.com, teléfono: 3112286066.
- CENTRO ODONTOLOGICO & MAXILOFACIAL DR. JUAN DAVID DIAZ B SAS, NIT 900638684, Representante Legal: Juan David Diaz Barrera, correo electrónico centroodontologicomaxilofacial@yahoo.es, teléfono: 6345222.

ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DE COSTO No aplica para este proceso de contratación.

COSTOS DE OPORTUNIDAD: El costo de oportunidad para esta contratación de los servicios de odontología especializada, está determinado por los precios ofertados en las cotizaciones que surgen del mercado actual, presentando una ponderación o estandarización en el precio de cada uno de los y ítems ofertados. Se puede afirmar que existe pluralidad de oferentes para el proceso.

VALORACIÓN DE BENEFICIOS: El beneficio que se obtiene con la contratación de la ***PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA,*** es garantizar el adecuado servicio a los usuarios y beneficiarios del Subsistema de salud de la Policía Nacional en el Departamento del Casanare.

COSTOS INDIRECTOS: Para el presente proceso una vez adjudicado el contrato, la presentación de la póliza de garantía de cubrimiento de los riesgos como lo son: cumplimiento del contrato, calidad del servicio, no pago de salarios y daños a terceros por responsabilidad civil y extracontractual y gastos administrativos en los que se incurre al desarrollar el proceso de contratación y la ejecución del contrato.

4. MONEDA A CONTRATAR

La moneda en la cual se debe presentar la oferta para celebrar el presente contrato es moneda Nacional o sea pesos colombianos.

5. ANÁLISIS DE PRECIOS

Para realizar el análisis de precios es necesario tener en cuenta los precios referencia de los siguientes aspectos:

- Precios referencia SECOP
- Precios históricos
- Precios de catálogo o portales web
- Precios del mercado

5.1. PRECIOS REFERENCIA SECOP (OTRAS ENTIDADES)

ENTIDAD CONTRATANTE Y CONTRATISTA	OBJETO	NÚMERO DEL CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NÚMERO DE PROCESO	VALOR
DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO DISPENSARIO MEDICO YOPAL Y GEMA TATIANA ARENAS CÁRDENAS	La prestación de servicios médicos de odontología especializada para los usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, del Departamento de Casanare (Yopal) y el Departamento de Arauca (Tame).	213 DIGSA/CENACYOPAL-2021 DE FECHA 19/08/2021	239-DIGSA-CENACYOPAL 2021	20.000.000,00

Realizada la verificación en la página de contratación estatal SECOP II, COLOMBIA COMPRA EFICIENTE, la Dirección de Sanidad Ejercito Dispensario Médico Yopal ha contratado servicios de odontología especializada, pero sin embargo no comparten las mismas condiciones técnicas de la necesidad de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº7 – Unidad Prestadora de Salud Casanare, por tal motivo no se tendrá en cuenta para determinar el valor estimado.

- **Información verificada y aprobada por los funcionarios dueños de la necesidad que firman el presente estudio previo.**

5.2. PRECIOS HISTÓRICOS

ITEM	CUPS	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	VALOR UNITARIO PROYECTADO CON IPC	VALOR UNITARIO	VALOR UNITARIO PROYECTADO CON IPC	VALOR UNITARIO	VALOR UNITARIO PROYECTADO CON IPC	VALOR HISTÓRICO PROYECTADO A TOMAR
ENTIDAD CONTRATANTE Y CONTRATISTA			RASES N° 7 - DISEÑAMOS SONRISAS DENTS S.A.S		RASES N° 7 - DISEÑAMOS SONRISAS DENTS S.A.S		RASES N° 7 - DISEÑAMOS SONRISAS DENTS S.A.S		
NÚMERO DE CONTRATO			84-7-200071-22		84-7-200170-22		084-7-200093-23		
1	40705	NEURECTOMIA DE NERVIO PERIFERICO EN CABEZA O CUELLO Incluye: NERVIOS INFRAORBITARIO, OPTICO CILIAR, BUCAL, LINGUAL, MAXILAR SUPERIOR, MENTONERO; POR TUMOR U OTRA LESION	324.976	**379.236**	356.490	**401.052**	320.105	**337.592**	372.627
2	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	17.207	**20.080**	30.482	**34.292**	37.590	**39.643**	31.338
3	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	21.057	**24.572**	45.598	**51.297**	56.972	**60.084**	45.318
4	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	9.715	**11.337**	26.811	**30.162**	33.915	**35.767**	25.755
5	231100	EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR SOD	47.950	**55.956**	102.876	**115.735**	128.467	**135.485**	102.392
6	231200	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR SOD	79.605	**92.896**	136.027	**153.030**	167.300	**176.439**	140.788
7	231303	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	203.298	**237.242**	209.866	**236.100**	245.392	**258.797**	244.046
8	234101	COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES)	29.351	**34.251**	30.214	**33.990**	35.337	**37.267**	35.169
9	234102	COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)	29.435	**34.349**	30.256	**34.038**	35.361	**37.292**	35.226
10	235100	REIMPLANTE DE DIENTE SOD	113.427	**132.365**	116.702	**131.290**	136.402	**143.853**	135.836
11	236100	IMPLANTE ALOPLASTICO CERAMICO SOD	179.566	**209.547**	219.087	**246.473**	254.616	**268.525**	241.515
12	236200	IMPLANTE ALOPLASTICO METALICO SOD	183.023	**213.582**	186.113	**209.377**	217.067	**228.925**	217.295
13	236300	IMPLANTE DENTAL ALOPLASTICO (OSEOINTEGRACION) SOD	343.936	**401.362**	389.744	**438.463**	466.799	**492.300**	444.042
14	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	63.526	**74.132**	70.818	**79.670**	83.611	**88.178**	80.660
15	237302	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	81.094	**94.634**	92.656	**104.238**	109.404	**115.380**	104.751
16	237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	95.817	**111.815**	113.101	**127.239**	134.421	**141.764**	126.939
17	237305	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	31.838	**37.153**	81.751	**91.970**	103.069	**108.699**	79.274

18	237401	CURETAJE APICAL CON APICECTOMIA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGIA PERIRRADICULAR)	143.266	**167.186**	193.680	**217.890**	233.479	**246.234**	210.437
19	237702	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR) MULTIPLE	96.284	**112.360**	157.429	**177.108**	112.965	**119.136**	136.201
20	237902	EXPLORACION Y MOVILIZACION DE NERVIO DENTARIO INFERIOR	236.868	**276.417**	276.287	**310.823**	226.790	**239.179**	275.473
21	240300	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD	80.671	**94.140**	82.968	**93.339**	96.967	**102.264**	96.581
22	242101	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)	80.671	**94.140**	82.968	**93.339**	96.967	**102.264**	96.581
23	242102	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE	80.671	**94.140**	82.968	**93.339**	96.967	**102.264**	96.581
24	242201	CURETAJE A CAMPO ABIERTO	96.284	**112.360**	99.041	**111.421**	115.757	**122.080**	115.287
25	243103	ESCISION DE LESION BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCIA HASTA DE TRES CENTIMETROS	203.298	**237.242**	212.635	**239.215**	249.052	**262.657**	246.371
26	243104	ESCISION DE LESION BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCIA DE MAS DE TRES CENTIMETROS	235.857	**275.237**	246.669	**277.503**	288.916	**304.699**	285.813
27	243105	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCION DE ESTRUCTURAS VECINAS U OSEAS	64.658	**75.453**	85.781	**96.503**	102.947	**108.571**	93.509
28	243106	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO	301.153	**351.436**	394.045	**443.302**	372.221	**392.555**	395.764
29	243301	ENUCLEACION DE QUISTE EPIDERMOIDE, VIA INTRAORAL	203.298	**237.242**	212.855	**239.462**	249.344	**262.965**	246.556
30	243302	ENUCLEACION DE QUISTE EPIDERMOIDE, VIA EXTRAORAL	220.394	**257.192**	224.115	**252.130**	315.400	**332.630**	280.651
31	243400	GINGIVECTOMIA SOD	96.284	**112.360**	99.041	**111.421**	115.757	**122.080**	115.287
32	243502	OPERCULECTOMIA	60.595	**70.712**	69.382	**78.055**	82.716	**87.234**	78.667
33	244101	ENUCLEACION DE QUISTE ODONTOGENICO HASTA DE TRES CENTIMETROS DE DIAMETRO	203.298	**237.242**	212.635	**239.215**	249.052	**262.657**	246.371
34	244103	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGENICO	288.237	**336.363**	301.458	**339.141**	353.086	**372.375**	349.293
35	244104	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGENICO Y RECONSTRUCCION INMEDIATA CON INJERTO OSEO LIBRE	354.939	**414.202**	371.172	**417.569**	433.746	**457.441**	429.737
36	244108	MARSUPIALIZACION DE QUISTE ODONTOGENICO	132.388	**154.492**	138.448	**155.754**	162.157	**171.015**	160.420

37	245100	REGULARIZACION DE REBORDES SOD	91.957	**107.310**	94.398	**106.198**	110.370	**116.399**	109.969
38	247401	FERULIZACION RIGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	80.623	**94.084**	82.944	**93.312**	96.453	**101.722**	96.373
39	249100	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRURGICA SOD	49.559	**57.833**	50.965	**57.335**	59.569	**62.823**	59.330
40	252001	RESECCION DE LENGUA EN CUÑA	102.677	**119.820**	104.410	**117.461**	122.672	**129.373**	122.218
41	254001	GLOSECTOMIA RADICAL SOD	203.367	**237.322**	296.902	**334.015**	147.643	**155.708**	242.348
42	255101	SUTURA DE LACERACION DE LENGUA (GLOSORRAFIA) VIA ABIERTA	132.437	**154.549**	334.614	**376.441**	421.549	**444.578**	325.189
43	255001	GLOSOPLASTIA CON INJERTO CUTANEO O MUCOSO	139.646	**162.962**	142.004	**159.755**	166.842	**175.956**	166.224
44	255002	GLOSOPEXIA	107.488	**125.435**	249.921	**281.162**	212.990	**224.625**	210.407
45	255003	GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ABIERTA	135.408	**158.016**	139.927	**157.418**	162.564	**171.444**	162.293
46	255004	GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ENDOSCOPICA	147.145	**171.713**	149.629	**168.333**	112.530	**118.677**	152.908
47	260101	SIALOLITOTOMIA VIA ABIERTA	192.585	**224.740**	207.385	**233.308**	142.442	**150.223**	202.757
48	260201	EXPLORACION DE GLANDULA SALIVAL VIA ABIERTA	137.621	**160.599**	163.866	**184.349**	193.980	**204.577**	183.175
49	260301	DRENAJE DE GLANDULA SALIVAL VIA ABIERTA	97.412	**113.676**	106.826	**120.179**	125.598	**132.459**	122.105
50	262001	MARSUPIALIZACION DE LA RANULA	132.437	**154.549**	138.472	**155.781**	161.813	**170.652**	160.327
51	262002	RESECCION DE MUCOCELE DE GLANDULA SALIVAL	135.263	**157.847**	139.857	**157.339**	162.606	**171.489**	162.225
52	263102	SIALOADENECTOMIA PARCIAL	203.298	**237.242**	244.705	**275.294**	190.895	**201.323**	237.953
53	263201	PAROTIDECTOMIA TOTAL Incluye: AQUELLA POR RECIDIVA TUMORAL, ENTRE OTRAS	289.590	**337.942**	411.664	**463.123**	278.081	**293.272**	364.779
54	263206	SIALOADENECTOMIA DE GLANDULAS SALIVALES MENORES	327.938	**382.693**	407.170	**458.067**	260.871	**275.122**	371.961
55	264001	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO VIA ABIERTA	173.540	**202.515**	181.467	**204.151**	111.971	**118.088**	174.918
56	264002	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO VIA ENDOSCOPICA	204.228	**238.327**	213.090	**239.727**	148.662	**156.783**	211.612
57	264003	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL SIN INJERTO VIA ABIERTA	198.143	**231.226**	210.108	**236.372**	146.976	**155.005**	207.534
58	264004	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL SIN INJERTO VIA ENDOSCOPICA	203.781	**237.806**	212.871	**239.480**	148.538	**156.652**	211.313
59	264201	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO	209.479	**244.455**	215.663	**242.621**	151.333	**159.600**	215.559
60	264007	SIALOPLASTIA (REPARACION DEL CONDUCTO) VIA ABIERTA	203.298	**237.242**	212.635	**239.215**	248.488	**262.062**	246.173

61	270101	INCISION Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	132.437	**154.549**	138.472	**155.781**	162.186	**171.046**	160.459
62	270102	INCISION Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	203.298	**237.242**	212.635	**239.215**	249.052	**262.657**	246.371
63	273105	ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION SUPERFICIAL DE PALADAR OSEO	99.455	**116.060**	102.831	**115.685**	119.556	**126.087**	119.277
64	273201	ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION PROFUNDA DE PALADAR OSEO	97.364	**113.620**	144.140	**162.158**	162.000	**170.850**	148.876
65	274101	FRENILLECTOMIA LABIAL VIA ABIERTA	132.437	**154.549**	138.472	**155.781**	161.813	**170.652**	160.327
66	274305	ESCISION DE LESION EN MUCOSA ORAL SOD	101.500	**118.447**	180.835	**203.440**	166.501	**175.597**	165.828
67	274901	REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA	60.046	**70.071**	69.363	**78.033**	91.479	**96.476**	81.527
68	275201	ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MENOS DE CINCO CENTIMETROS	80.623	**94.084**	84.347	**94.890**	98.794	**104.191**	97.722
69	275301	RESECCION INTRAORAL DE FISTULA DE BOCA	97.364	**113.620**	101.807	**114.533**	119.239	**125.753**	117.969
70	275302	RESECCION EXTRAORAL DE FISTULA DE BOCA	173.521	**202.493**	181.457	**204.139**	212.533	**224.143**	210.258
71	275303	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL	235.857	**275.237**	1.426.562	**1.604.887**	297.277	**313.517**	731.214
72	275304	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL CON SINUSOTOMIA, CON O SIN REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO O COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL	288.237	**336.363**	301.458	**339.141**	353.086	**372.375**	349.293
73	275802	PROFUNDIZACION DE PISO DE BOCA	173.521	**202.493**	181.457	**204.139**	211.048	**222.577**	209.736
74	275903	PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR	173.521	**202.493**	181.457	**204.139**	212.048	**223.632**	210.088
75	275902	PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR CON INJERTO CUTANEO	203.298	**237.242**	212.635	**239.215**	148.488	**156.599**	211.019
76	276209	CORRECCION DE PALADAR FISURADO	373.843	**436.263**	404.398	**454.949**	359.850	**379.508**	423.573
77	276206	INJERTO OSEO DE PALADAR O ALVEOLAR	443.471	**517.516**	463.781	**521.755**	543.209	**572.884**	537.385
78	277201	RESECCION PARCIAL DE UVULA	80.623	**94.084**	84.347	**94.890**	98.794	**104.191**	97.722
79	277301	UVULORRAFIA	80.623	**94.084**	84.347	**94.890**	98.794	**104.191**	97.722
80	295101	FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARINGEO	245.221	**286.165**	341.373	**384.045**	298.531	**314.839**	328.350
81	760103	SECUESTRECTOMIA INTRAORAL O EXTRAORAL	203.298	**237.242**	212.635	**239.215**	248.488	**262.062**	246.173
82	760102	SECUESTRECTOMIA EXTRAORAL CON FIJACION INTERNA	209.250	**244.188**	233.632	**262.836**	161.652	**170.483**	225.836
83	760901	OSTEOTOMIA MAXILAR PARA EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO	209.250	**244.188**	233.632	**262.836**	261.652	**275.946**	260.990
84	760902	DECORTICACION O CURETAJE OSEO EN HUESO FACIAL	235.857	**275.237**	246.669	**277.503**	188.916	**199.236**	250.659

85	761201	ARTROCENTESIS DIAGNOSTICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	210.430	**245.565**	216.129	**243.145**	253.257	**267.092**	251.934
86	762101	ENUCLEACION, RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MENOS DE TRES CMS, VIA TRANSMUCOSA	235.857	**275.237**	245.669	**276.378**	288.727	**304.500**	285.372
87	762105	ELIMINACION DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR	203.298	**237.242**	212.635	**239.215**	248.488	**262.062**	246.173
88	762201	RESECCION DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR	260.184	**303.626**	348.706	**392.295**	205.750	**216.990**	304.304
89	763101	MANDIBULECTOMIA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL	260.184	**303.626**	348.706	**392.295**	205.750	**216.990**	304.304
90	763901	RESECCION PARCIAL MAXILAR SIN RECONSTRUCCION	260.184	**303.626**	348.706	**392.295**	205.750	**216.990**	304.304
91	763902	CONDILECTOMIA DE LA MANDIBULA	260.184	**303.626**	348.706	**392.295**	205.750	**216.990**	304.304
92	764302	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO	198.960	**232.180**	228.590	**257.164**	269.390	**284.106**	257.817
93	764401	RESECCION PARCIAL MAXILAR CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA	304.669	**355.539**	419.008	**471.385**	491.549	**518.402**	448.442
94	765202	MENISECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR CON COLGAJO	260.184	**303.626**	348.706	**392.295**	405.750	**427.916**	374.612
95	765301	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR, CON INJERTO	350.230	**408.707**	490.900	**552.264**	579.271	**610.916**	523.962
96	766203	OSTEOTOMIA DE RAMA MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA O VIA TRANSCUTANEA	281.320	**328.291**	384.328	**432.370**	448.635	**473.144**	411.268
97	766201	OSTEOTOMIA DE RAMA MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA CON FIJACION INTERNA	350.230	**408.707**	490.900	**552.264**	579.271	**610.916**	523.962
98	766205	CORONOIDECTOMIA	260.184	**303.626**	348.706	**392.295**	405.750	**427.916**	374.612
99	766301	OSTEOTOMIA DE CUERPO MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA CON FIJACION INTERNA	212.345	**247.799**	325.264	**365.923**	377.260	**397.869**	337.197
100	766403	OSTEOTOMIA DE MENTON CON FIJACION INTERNA	238.175	**277.942**	313.911	**353.151**	363.340	**383.189**	338.094
101	766501	OSTEOTOMIA LEFORT I SEGMENTARIA, CON FIJACION INTERNA	274.743	**320.616**	404.344	**454.888**	377.110	**397.711**	391.072
102	766602	OSTEOTOMIA SUBAPICAL CON FIJACION INTERNA	248.461	**289.946**	368.226	**414.255**	333.607	**351.832**	352.011
103	766603	OSTEOTOMIA LEFORT II CON FIJACION INTERNA	269.756	**314.796**	401.901	**452.140**	374.703	**395.173**	387.370
104	766604	OSTEOTOMIA LEFORT III CON FIJACION INTERNA	270.254	**315.377**	402.145	**452.414**	374.944	**395.427**	387.739

105	766605	CORTICOTOMIA TIPO LEFORT I (DISYUNCION PALATINA)	354.939	**414.202**	371.172	**417.569**	334.738	**353.024**	394.932
106	766902	OSTEOTOMIA DESLIZANTE (VISERA)	203.262	**237.200**	296.850	**333.957**	346.503	**365.432**	312.196
107	766903	OSTEOPLASTIA SIMULTANEA DE VARIOS HUESOS FACIALES	218.667	**255.177**	353.627	**397.831**	225.238	**237.542**	296.850
108	767202	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO	201.621	**235.285**	296.048	**333.055**	245.050	**258.437**	275.592
109	767203	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MALAR, CON REDUCCION PISO DE ORBITA INJERTO O FIJACION INTERNA	203.262	**237.200**	296.850	**333.957**	246.503	**259.969**	277.042
110	767301	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION	166.009	**193.727**	194.362	**218.657**	230.968	**243.585**	218.656
111	767304	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION	138.437	**161.551**	198.933	**223.800**	215.806	**227.595**	204.315
112	767402	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERNA	238.175	**277.942**	313.958	**353.203**	363.348	**383.197**	338.114
113	767403	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERNA	283.374	**330.688**	385.334	**433.502**	450.453	**475.061**	413.084
114	767502	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR	210.144	**245.231**	234.070	**263.329**	275.272	**290.310**	266.290
115	767603	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACION INTERNA	238.175	**277.942**	313.958	**353.203**	363.348	**383.197**	338.114
116	767702	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE HASTA TRES DIENTES, CON FIJACION	238.175	**277.942**	313.958	**353.203**	363.348	**383.197**	338.114
117	767802	REDUCCION CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES, CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACION	170.217	**198.637**	214.505	**241.318**	243.942	**257.268**	232.408
118	767908	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS MULTIPLES DE HUESOS FACIALES, CON IMPLANTE O INJERTO DEL PISO ORBITARIO	283.374	**330.688**	385.334	**433.502**	450.453	**475.061**	413.084
119	768110	INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO POR REBORDE ALVEOLAR	226.893	**264.776**	271.399	**305.324**	321.977	**339.566**	303.222
120	768301	REDUCCION CERRADA DE LUXACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR	107.471	**125.415**	126.239	**142.019**	149.439	**157.602**	141.679
121	768302	REDUCCION CERRADA DE LUXACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR	195.935	**228.649**	209.026	**235.155**	245.408	**258.814**	240.873

		CON FIJACION INTERMAXILAR							
122	768801	ARTRECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR	398.071	**464.536**	416.270	**468.305**	487.557	**514.192**	482.344
123	830231	MIOTOMIA DEL TEMPORAL	167.426	**195.380**	213.138	**239.781**	241.471	**254.662**	229.941
124	830232	MIOTOMIA PTERIGOIDEO	167.426	**195.380**	213.138	**239.781**	141.471	**149.199**	194.787
125	830233	MIOTOMIA DE MASETERO	167.426	**195.380**	213.138	**239.781**	141.446	**149.173**	194.778
126	890217	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL	28.840	**33.655**	49.412	**55.588**	59.087	**62.314**	50.519
127	890218	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	28.840	**33.655**	49.412	**55.588**	59.087	**62.314**	50.519
128	890220	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA	28.840	**33.655**	49.412	**55.588**	59.087	**62.314**	50.519
129	890221	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	28.840	**33.655**	49.412	**55.588**	59.087	**62.314**	50.519
130	890236	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	28.840	**33.655**	49.412	**55.588**	59.087	**62.314**	50.519
131	890317	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL	28.840	**33.655**	49.412	**55.588**	59.087	**62.314**	50.519
132	890318	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	28.840	**33.655**	49.412	**55.588**	59.087	**62.314**	50.519
133	890320	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA	28.840	**33.655**	49.412	**55.588**	59.087	**62.314**	50.519
134	890321	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	28.840	**33.655**	49.412	**55.588**	59.087	**62.314**	50.519
135	890336	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	31.886	**37.209**	50.904	**57.267**	62.185	**65.582**	53.353
136	893101	IMPRESION DE ARCO DENTARIO SUPERIOR O INFERIOR, CON MODELO DE ESTUDIO Y CONCEPTO	56.641	**66.098**	72.595	**81.669**	85.002	**89.645**	79.137
137	893105	MASCARA FACIAL DIAGNOSTICA	97.364	**113.620**	101.807	**114.533**	119.239	**125.753**	117.969
138	997105	APLICACION DE RESINA PREVENTIVA	9.960	**11.623**	10.128	**11.394**	11.766	**12.408**	11.808
139	240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL	No registra	**No registra**	No registra	**No registra**	No registra	**No registra**	No registra

Realizado el análisis de los precios históricos de los contratos celebrados por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 7, debidamente actualizados con el IPC, se estima conveniente tomar para el análisis del precio estimado el promedio de los mencionados precios, en atención a que cumplen con las especificaciones técnicas y es el más conveniente para la Entidad.

- **Información verificada y aprobada por los funcionarios dueños de la necesidad que firman el presente estudio previo.**

5.3. PRECIOS DE CATÁLOGO O PORTALES WEB

Se realiza la verificación en la Tienda Virtual del Estado Colombiano y los sitios o portales web de las empresas que puedan ofrecer los o servicios, de igual o similar objeto al que se pretende contratar, sin encontrar resultados.

BIEN O SERVICIO	FECHA	EMPRESA	VALOR
-	-	-	-

Información verificada y aprobada por los funcionarios dueños de la necesidad que firman el presente estudio previo.

5.4. PRECIOS DE MERCADO

ANÁLISIS DE PRECIOS DE MERCADO					
ITEM	CUPS	DESCRIPCION	COTIZACIÓN No. 1 DISEÑAMOS SONRISAS	COTIZACIÓN No. 2 CENTRO ODONTOLOGICO MAXILOFACIAL	MENOR VALOR COTIZADO
1	40705	NEURECTOMIA DE NERVIO PERIFERICO EN CABEZA O CUELLO Incluye: NERVIOS INFRAORBITARIO, OPTICO CILIAR, BUCAL, LINGUAL, MAXILAR SUPERIOR, MENTONERO; POR TUMOR U OTRA LESION	531.371	253.900	253.900
2	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	59.400	230.000	59.400
3	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	95.040	260.000	95.040
4	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	59.400	120.000	59.400
5	231100	EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR SOD	213.840	290.000	213.840
6	231200	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR SOD	261.360	320.000	261.360
7	231303	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	297.000	390.000	297.000
8	234101	COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES)	42.649	56.300	42.649
9	234102	COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)	42.649	56.300	42.649
10	235100	REIMPLANTE DE DIENTE SOD	164.657	217.500	164.657
11	236100	IMPLANTE ALOPLASTICO CERAMICO SOD	353.165	184.600	184.600
12	236200	IMPLANTE ALOPLASTICO METALICO SOD	259.776	452.400	259.776
13	236300	IMPLANTE DENTAL ALOPLASTICO (OSEOINTEGRACION) SOD	595.926	552.900	552.900
14	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	106.920	480.000	106.920
15	237302	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	142.560	680.000	142.560
16	237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	178.200	750.000	178.200
17	237305	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	178.200	550.000	178.200
18	237401	CURETAJE APICAL CON APICECTOMIA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGIA PERIRRADICULAR)	332.640	340.000	332.640
19	237702	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR) MULTIPLE	297.000	553.800	297.000

20	237902	EXPLORACION Y MOVILIZACION DE NERVIO DENTARIO INFERIOR	431.617	552.900	431.617
21	240300	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD	117.018	250.000	117.018
22	242101	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)	117.018	154.700	117.018
23	242102	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE	117.018	154.700	117.018
24	242201	CURETAJE A CAMPO ABIERTO	139.709	340.000	139.709
25	243103	ESCISION DE LESION BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCIA HASTA DE TRES CENTIMETROS	304.457	390.000	304.457
26	243104	ESCISION DE LESION BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCIA DE MAS DE TRES CENTIMETROS	353.165	452.400	353.165
27	243105	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCION DE ESTRUCTURAS VECINAS U OSEAS	145.734	186.800	145.734
28	243106	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO	663.987	850.600	663.987
29	243301	ENUCLEACION DE QUISTE EPIDERMOIDE, VIA INTRAORAL	305.051	540.000	305.051
30	243302	ENUCLEACION DE QUISTE EPIDERMOIDE, VIA EXTRAORAL	431.617	540.000	431.617
31	243400	GINGIVECTOMIA SOD	139.709	250.000	139.709
32	243502	OPERCULECTOMIA	106.920	116.100	106.920
33	244101	ENUCLEACION DE QUISTE ODONTOGENICO HASTA DE TRES CENTIMETROS DE DIAMETRO	304.457	390.000	304.457
34	244103	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGENICO	431.617	552.900	431.617
35	244104	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGENICO Y RECONSTRUCCION INMEDIATA CON INJERTO OSEO LIBRE	531.371	680.800	531.371
36	244108	MARSUPIALIZACION DE QUISTE ODONTOGENICO	198.208	253.900	198.208
37	245100	REGULARIZACION DE REBORDES SOD	133.175	175.900	133.175
38	247401	FERULIZACION RIGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	117.018	154.700	117.018
39	249100	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRURGICA SOD	70.767	94.900	70.767
40	252001	RESECCION DE LENGUA EN CUÑA	145.734	680.800	145.734
41	254001	GLOSECTOMIA RADICAL SOD	531.371	930.800	531.371
42	255101	SUTURA DE LACERACION DE LENGUA (GLOSORRAFIA) VIA ABIERTA	726.593	253.900	253.900
43	255001	GLOSOPLASTIA CON INJERTO CUTANEO O MUCOSO	198.208	680.800	198.208
44	255002	GLOSOPEXIA ANTERIOR	531.371	253.900	253.900
45	255003	GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ABIERTA	198.208	253.900	198.208
46	255004	GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ENDOSCOPICA	208.850	253.900	208.850
47	260101	SIALOLITOTOMIA VIA ABIERTA	304.457	390.000	304.457
48	260201	EXPLORACION DE GLANDULA SALIVAL VIA ABIERTA	259.776	332.800	259.776
49	260301	DRENAJE DE GLANDULA SALIVAL VIA ABIERTA	159.192	253.900	159.192
50	262001	MARSUPIALIZACION DE LA RANULA	198.208	253.900	198.208
51	262002	RESECCION DE MUCOCELE DE GLANDULA SALIVAL	198.208	253.900	198.208
52	263102	SIALOADENECTOMIA PARCIAL	390.852	390.000	390.000
53	263201	PAROTIDECTOMIA TOTAL Incluye: AQUELLA POR RECIDIVA TUMORAL, ENTRE OTRAS	726.711	930.800	726.711
54	263206	SIALOADENECTOMIA DE GLANDULAS SALIVALES MENORES	663.987	850.600	663.987
55	264001	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO VIA ABIERTA	259.776	390.000	259.776
56	264002	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO VIA ENDOSCOPICA	304.457	390.000	304.457
57	264003	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL SIN INJERTO VIA ABIERTA	304.457	390.000	304.457

58	264004	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL SIN INJERTO VIA ENDOSCOPICA	304.457	390.000	304.457
59	264201	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO	304.457	390.000	304.457
60	264007	SIALOPLASTIA (REPARACION DEL CONDUCTO) VIA ABIERTA	304.457	390.000	304.457
61	270101	INCISION Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	198.208	253.900	198.208
62	270102	INCISION Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	304.457	390.000	304.457
63	273105	ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION SUPERFICIAL DE PALADAR OSEO	145.734	332.800	145.734
64	273201	ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION PROFUNDA DE PALADAR OSEO	194.400	332.800	194.400
65	274101	FRENILLECTOMIA LABIAL VIA ABIERTA	198.208	520.000	198.208
66	274305	RESECCION DE LESION EN MUCOSA ORAL	214.256	253.900	214.256
67	274901	REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA	120.796	154.700	120.796
68	275201	ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MENOS DE CINCO CENTIMETROS	120.796	154.700	120.796
69	275301	RESECCION INTRAORAL DE FISTULA DE BOCA	145.734	186.800	145.734
70	275302	RESECCION EXTRAORAL DE FISTULA DE BOCA	259.776	253.900	253.900
71	275303	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL	353.165	452.400	353.165
72	275304	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL CON SINUSOTOMIA, CON O SIN REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO O COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL	431.617	552.900	431.617
73	275802	PROFUNDIZACION DE PISO DE BOCA	257.400	332.800	257.400
74	275903	PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR	259.776	332.800	259.776
75	275902	PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR CON INJERTO CUTANEO	304.457	390.000	304.457
76	276209	CORRECCION DE PALADAR FISURADO	595.926	763.500	595.926
77	276206	INJERTO OSEO DE PALADAR O ALVEOLAR	663.987	850.600	663.987
78	277201	RESECCION PARCIAL DE UVULA	120.796	154.700	120.796
79	277301	UVULORRAFIA	120.796	154.700	120.796
80	295101	FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARINGEO	595.926	753.500	595.926
81	760103	SECUESTRECTOMIA INTRAORAL O EXTRAORAL	304.457	452.400	304.457
82	760102	SECUESTRECTOMIA EXTRAORAL CON FIJACION INTERNA	353.165	452.400	353.165
83	760901	OSTEOTOMIA MAXILAR PARA EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO	353.165	452.400	353.165
84	760902	DECORTICACION O CURETAJE OSEO EN HUESO FACIAL	353.165	452.400	353.165
85	761201	ARTROCENTESIS DIAGNOSTICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	304.457	390.000	304.457
86	762101	ENUCLEACION, RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MENOS DE TRES CMS, VIA TRANSMUCOSA	353.165	452.400	353.165
87	762105	ELIMINACION DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR	304.457	390.000	304.457
88	762201	RESECCION DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR	595.926	763.500	595.926
89	763101	MANDIBULECTOMIA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL	595.926	763.500	595.926
90	763901	RESECCION PARCIAL MAXILAR SIN RECONSTRUCCION	595.926	763.500	595.926
91	763902	CONDILECTOMIA DE LA MANDIBULA	595.926	763.500	595.926
92	764302	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO	353.165	452.400	353.165

93	764401	RESECCION PARCIAL MAXILAR CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA	726.593	930.800	726.593
94	765202	MENISECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR CON COLGAJO	595.926	763.500	595.926
95	765301	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR, CON INJERTO	860.118	1.102.000	860.118
96	766203	OSTEOTOMIA DE RAMA MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA O VIA TRANSCUTANEA	663.987	1.102.000	663.987
97	766201	OSTEOTOMIA DE RAMA MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA CON FIJACION INTERNA	860.118	1.102.000	860.118
98	766205	CORONOIDECTOMIA	595.926	763.500	595.926
99	766301	OSTEOTOMIA DE CUERPO MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA CON FIJACION INTERNA	595.926	763.500	595.926
100	766403	OSTEOTOMIA DE MENTON CON FIJACION INTERNA	531.371	680.800	531.371
101	766501	OSTEOTOMIA LEFORT I SEGMENTARIA, CON FIJACION INTERNA	726.593	930.800	726.593
102	766602	OSTEOTOMIA SUBAPICAL CON FIJACION INTERNA	663.987	850.600	663.987
103	766603	OSTEOTOMIA LEFORT II CON FIJACION INTERNA	726.593	930.800	726.593
104	766604	OSTEOTOMIA LEFORT III CON FIJACION INTERNA	726.593	930.800	726.593
105	766605	CORTICOTOMIA TIPO LEFORT I (DISYUNCION PALATINA)	531.371	680.800	531.371
106	766902	OSTEOTOMIA DESLIZANTE (VISERA)	531.371	680.800	531.371
107	766903	OSTEOPLASTIA SIMULTANEA DE VARIOS HUESOS FACIALES	663.987	680.800	663.987
108	767202	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO	531.371	680.800	531.371
109	767203	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MALAR, CON REDUCCION PISO DE ORBITA INJERTO O FIJACION INTERNA	531.371	680.800	531.371
110	767301	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION	304.457	390.000	304.457
111	767304	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION	353.165	452.400	353.165
112	767402	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERNA	531.371	680.800	531.371
113	767403	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERNA	663.987	850.600	663.987
114	767502	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR	353.165	452.400	353.165
115	767603	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACION INTERNA	531.371	680.800	531.371
116	767702	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE HASTA TRES DIENTES, CON FIJACION	531.371	680.800	531.371
117	767802	REDUCCION CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES, CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACION	353.165	452.400	353.165
118	767908	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS MULTIPLES DE HUESOS FACIALES, CON IMPLANTE O INJERTO DEL PISO ORBITARIO	663.987	850.600	663.987
119	768110	INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO POR REBORDE ALVEOLAR	431.617	452.400	431.617
120	768301	REDUCCION CERRADA DE LUXACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR	198.208	253.900	198.208
121	768302	REDUCCION CERRADA DE LUXACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR CON FIJACION INTERMAXILAR	304.457	390.000	304.457
122	768801	ARTRECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR	595.926	763.500	595.926
123	830231	MIOTOMIA DEL TEMPORAL	353.165	452.400	353.165

124	830232	MIOTOMIA PTERIGOIDEO	353.165	452.400	353.165
125	830233	MIOTOMIA DE MASETERO	353.106	452.400	353.106
126	890217	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL	95.040	140.000	95.040
127	890218	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	95.040	80.000	80.000
128	890220	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA	95.040	80.000	80.000
129	890221	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	95.040	80.000	80.000
130	890236	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	95.040	140.000	95.040
131	890317	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL	95.040	80.000	80.000
132	890318	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	95.040	80.000	80.000
133	890320	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA	95.040	80.000	80.000
134	890321	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	95.040	80.000	80.000
135	890336	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	95.040	140.000	95.040
136	893101	IMPRESION DE ARCO DENTARIO SUPERIOR O INFERIOR, CON MODELO DE ESTUDIO Y CONCEPTO	120.796	70.000	70.000
137	893105	MASCARA FACIAL DIAGNOSTICA	145.734	850.600	145.734
138	997105	APLICACION DE RESINA PREVENTIVA	14.137	18.600	14.137
139	240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL	125.400	150.000	125.400
VALOR TOTAL			**46.559.636**	**62.274.800**	**45.157.606**

Nota: Las cotizaciones relacionadas en el análisis de mercado se obtuvieron a través de invitación a cotizar, enviada cada uno de los posibles oferentes.

Realizado del análisis de los precios del mercado, Se determino conveniente tomar como referencia el menor valor cotizado de las dos cotizaciones recibidas.

- **Información verificada y aprobada por los funcionarios que presentan la necesidad y que firman el presente estudio previo.**

5.5 ANÁLISIS DEL VALOR ESTIMADO

ANÁLISIS VALOR ESTIMADO							
ITEM	**CUPS**	**DESCRIPCION**	**PRECIO SECOP**	**PRECIOS DE CATÁLOGO**	**PRECIOS HISTÓRICOS PROYECTADOS**	**PRECIOS DE MERCADO**	**VALOR ESTIMADO**
1	40705	NEURECTOMIA DE NERVIO PERIFERICO EN CABEZA O CUELLO Incluye: NERVIOS INFRAORBITARIO, OPTICO CILIAR, BUCAL, LINGUAL, MAXILAR SUPERIOR, MENTONERO; POR TUMOR U OTRA LESION	No aplica	No aplica	372.627	253.900	313.264
2	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	No aplica	No aplica	31.338	59.400	45.369
3	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	No aplica	No aplica	45.318	95.040	70.179
4	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	No aplica	No aplica	25.755	59.400	42.578
5	231100	EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR SOD	No aplica	No aplica	102.392	213.840	158.116

6	231200	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR SOD	No aplica	No aplica	140.788	261.360	201.074
7	231303	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	No aplica	No aplica	244.046	297.000	270.523
8	234101	COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES)	No aplica	No aplica	35.169	42.649	38.909
9	234102	COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)	No aplica	No aplica	35.226	42.649	38.938
10	235100	REIMPLANTE DE DIENTE SOD	No aplica	No aplica	135.836	164.657	150.247
11	236100	IMPLANTE ALOPLASTICO CERAMICO SOD	No aplica	No aplica	241.515	184.600	213.058
12	236200	IMPLANTE ALOPLASTICO METALICO SOD	No aplica	No aplica	217.295	259.776	238.536
13	236300	IMPLANTE DENTAL ALOPLASTICO (OSEOINTEGRACION) SOD	No aplica	No aplica	444.042	552.900	498.471
14	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	No aplica	No aplica	80.660	106.920	93.790
15	237302	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	No aplica	No aplica	104.751	142.560	123.656
16	237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	No aplica	No aplica	126.939	178.200	152.570
17	237305	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	No aplica	No aplica	79.274	178.200	128.737
18	237401	CURETAJE APICAL CON APICECTOMIA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGIA PERIRRADICULAR)	No aplica	No aplica	210.437	332.640	271.539
19	237702	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR) MULTIPLE	No aplica	No aplica	136.201	297.000	216.601
20	237902	EXPLORACION Y MOVILIZACION DE NERVIO DENTARIO INFERIOR	No aplica	No aplica	275.473	431.617	353.545
21	240300	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD	No aplica	No aplica	96.581	117.018	106.800
22	242101	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)	No aplica	No aplica	96.581	117.018	106.800
23	242102	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE	No aplica	No aplica	96.581	117.018	106.800
24	242201	CURETAJE A CAMPO ABIERTO	No aplica	No aplica	115.287	139.709	127.498
25	243103	ESCISION DE LESION BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCIA HASTA DE TRES CENTIMETROS	No aplica	No aplica	246.371	304.457	275.414
26	243104	ESCISION DE LESION BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCIA DE MAS DE TRES CENTIMETROS	No aplica	No aplica	285.813	353.165	319.489
27	243105	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCION DE ESTRUCTURAS VECINAS U OSEAS	No aplica	No aplica	93.509	145.734	119.622
28	243106	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO	No aplica	No aplica	395.764	663.987	529.876
29	243301	ENUCLEACION DE QUISTE EPIDERMOIDE, VIA INTRAORAL	No aplica	No aplica	246.556	305.051	275.804

30	243302	ENUCLEACION DE QUISTE EPIDERMOIDE, VIA EXTRAORAL	No aplica	No aplica	280.651	431.617	356.134
31	243400	GINGIVECTOMIA SOD	No aplica	No aplica	115.287	139.709	127.498
32	243502	OPERCULECTOMIA	No aplica	No aplica	78.667	106.920	92.794
33	244101	ENUCLEACION DE QUISTE ODONTOGENICO HASTA DE TRES CENTIMETROS DE DIAMETRO	No aplica	No aplica	246.371	304.457	275.414
34	244103	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGENICO	No aplica	No aplica	349.293	431.617	390.455
35	244104	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGENICO Y RECONSTRUCCION INMEDIATA CON INJERTO OSEO LIBRE	No aplica	No aplica	429.737	531.371	480.554
36	244108	MARSUPIALIZACION DE QUISTE ODONTOGENICO	No aplica	No aplica	160.420	198.208	179.314
37	245100	REGULARIZACION DE REBORDES SOD	No aplica	No aplica	109.969	133.175	121.572
38	247401	FERULIZACION RIGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	No aplica	No aplica	96.373	117.018	106.696
39	249100	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRURGICA SOD	No aplica	No aplica	59.330	70.767	65.049
40	252001	RESECCION DE LENGUA EN CUÑA	No aplica	No aplica	122.218	145.734	133.976
41	254001	GLOSECTOMIA RADICAL SOD	No aplica	No aplica	242.348	531.371	386.860
42	255101	SUTURA DE LACERACION DE LENGUA (GLOSORRAFIA) VIA ABIERTA	No aplica	No aplica	325.189	253.900	289.545
43	255001	GLOSOPLASTIA CON INJERTO CUTANEO O MUCOSO	No aplica	No aplica	166.224	198.208	182.216
44	255002	GLOSOPEXIA ANTERIOR	No aplica	No aplica	210.407	253.900	232.154
45	255003	GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ABIERTA	No aplica	No aplica	162.293	198.208	180.251
46	255004	GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ENDOSCOPICA	No aplica	No aplica	152.908	208.850	180.879
47	260101	SIALOLITOTOMIA VIA ABIERTA	No aplica	No aplica	202.757	304.457	253.607
48	260201	EXPLORACION DE GLANDULA SALIVAL VIA ABIERTA	No aplica	No aplica	183.175	259.776	221.476
49	260301	DRENAJE DE GLANDULA SALIVAL VIA ABIERTA	No aplica	No aplica	122.105	159.192	140.649
50	262001	MARSUPIALIZACION DE LA RANULA	No aplica	No aplica	160.327	198.208	179.268
51	262002	RESECCION DE MUCOCELE DE GLANDULA SALIVAL	No aplica	No aplica	162.225	198.208	180.217
52	263102	SIALOADENECTOMIA PARCIAL	No aplica	No aplica	237.953	390.000	313.977
53	263201	PAROTIDECTOMIA TOTAL Incluye: AQUELLA POR RECIDIVA TUMORAL, ENTRE OTRAS	No aplica	No aplica	364.779	726.711	545.745
54	263206	SIALOADENECTOMIA DE GLANDULAS SALIVALES MENORES	No aplica	No aplica	371.961	663.987	517.974
55	264001	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO VIA ABIERTA	No aplica	No aplica	174.918	259.776	217.347
56	264002	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO VIA ENDOSCOPICA	No aplica	No aplica	211.612	304.457	258.035

57	264003	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL SIN INJERTO VIA ABIERTA	No aplica	No aplica	207.534	304.457	255.996
58	264004	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL SIN INJERTO VIA ENDOSCOPICA	No aplica	No aplica	211.313	304.457	257.885
59	264201	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO	No aplica	No aplica	215.559	304.457	260.008
60	264007	SIALOPLASTIA (REPARACION DEL CONDUCTO) VIA ABIERTA	No aplica	No aplica	246.173	304.457	275.315
61	270101	INCISION Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	No aplica	No aplica	160.459	198.208	179.334
62	270102	INCISION Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	No aplica	No aplica	246.371	304.457	275.414
63	273105	ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION SUPERFICIAL DE PALADAR OSEO	No aplica	No aplica	119.277	145.734	132.506
64	273201	ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION PROFUNDA DE PALADAR OSEO	No aplica	No aplica	148.876	194.400	171.638
65	274101	FRENILLECTOMIA LABIAL VIA ABIERTA	No aplica	No aplica	160.327	198.208	179.268
66	274305	RESECCION DE LESION EN MUCOSA ORAL	No aplica	No aplica	165.828	214.256	190.042
67	274901	REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA	No aplica	No aplica	81.527	120.796	101.162
68	275201	ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MENOS DE CINCO CENTIMETROS	No aplica	No aplica	97.722	120.796	109.259
69	275301	RESECCION INTRAORAL DE FISTULA DE BOCA	No aplica	No aplica	117.969	145.734	131.852
70	275302	RESECCION EXTRAORAL DE FISTULA DE BOCA	No aplica	No aplica	210.258	253.900	232.079
71	275303	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL	No aplica	No aplica	731.214	353.165	542.190
72	275304	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL CON SINUSOTOMIA, CON O SIN REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO O COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL	No aplica	No aplica	349.293	431.617	390.455
73	275802	PROFUNDIZACION DE PISO DE BOCA	No aplica	No aplica	209.736	257.400	233.568
74	275903	PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR	No aplica	No aplica	210.088	259.776	234.932
75	275902	PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR CON INJERTO CUTANEO	No aplica	No aplica	211.019	304.457	257.738
76	276209	CORRECCION DE PALADAR FISURADO	No aplica	No aplica	423.573	595.926	509.750
77	276206	INJERTO OSEO DE PALADAR O ALVEOLAR	No aplica	No aplica	537.385	663.987	600.686
78	277201	RESECCION PARCIAL DE UVULA	No aplica	No aplica	97.722	120.796	109.259
79	277301	UVULORRAFIA	No aplica	No aplica	97.722	120.796	109.259
80	295101	FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARINGEO	No aplica	No aplica	328.350	595.926	462.138
81	760103	SECUESTRECTOMIA INTRAORAL O EXTRAORAL	No aplica	No aplica	246.173	304.457	275.315
82	760102	SECUESTRECTOMIA EXTRAORAL CON FIJACION INTERNA	No aplica	No aplica	225.836	353.165	289.501

83	760901	OSTEOTOMIA MAXILAR PARA EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO	No aplica	No aplica	260.990	353.165	307.078
84	760902	DECORTICACION O CURETAJE OSEO EN HUESO FACIAL	No aplica	No aplica	250.659	353.165	301.912
85	761201	ARTROCENTESIS DIAGNOSTICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	No aplica	No aplica	251.934	304.457	278.196
86	762101	ENUCLEACION, RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MENOS DE TRES CMS, VIA TRANSMUCOSA	No aplica	No aplica	285.372	353.165	319.269
87	762105	ELIMINACION DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR	No aplica	No aplica	246.173	304.457	275.315
88	762201	RESECCION DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR	No aplica	No aplica	304.304	595.926	450.115
89	763101	MANDIBULECTOMIA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL	No aplica	No aplica	304.304	595.926	450.115
90	763901	RESECCION PARCIAL MAXILAR SIN RECONSTRUCCION	No aplica	No aplica	304.304	595.926	450.115
91	763902	CONDILECTOMIA DE LA MANDIBULA	No aplica	No aplica	304.304	595.926	450.115
92	764302	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO	No aplica	No aplica	257.817	353.165	305.491
93	764401	RESECCION PARCIAL MAXILAR CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA	No aplica	No aplica	448.442	726.593	587.518
94	765202	MENISECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR CON COLGAJO	No aplica	No aplica	374.612	595.926	485.269
95	765301	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR, CON INJERTO	No aplica	No aplica	523.962	860.118	692.040
96	766203	OSTEOTOMIA DE RAMA MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA O VIA TRANSCUTANEA	No aplica	No aplica	411.268	663.987	537.628
97	766201	OSTEOTOMIA DE RAMA MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA CON FIJACION INTERNA	No aplica	No aplica	523.962	860.118	692.040
98	766205	CORONOIDECTOMIA	No aplica	No aplica	374.612	595.926	485.269
99	766301	OSTEOTOMIA DE CUERPO MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA CON FIJACION INTERNA	No aplica	No aplica	337.197	595.926	466.562
100	766403	OSTEOTOMIA DE MENTON CON FIJACION INTERNA	No aplica	No aplica	338.094	531.371	434.733
101	766501	OSTEOTOMIA LEFORT I SEGMENTARIA, CON FIJACION INTERNA	No aplica	No aplica	391.072	726.593	558.833
102	766602	OSTEOTOMIA SUBAPICAL CON FIJACION INTERNA	No aplica	No aplica	352.011	663.987	507.999
103	766603	OSTEOTOMIA LEFORT II CON FIJACION INTERNA	No aplica	No aplica	387.370	726.593	556.982
104	766604	OSTEOTOMIA LEFORT III CON FIJACION INTERNA	No aplica	No aplica	387.739	726.593	557.166
105	766605	CORTICOTOMIA TIPO LEFORT I (DISYUNCION PALATINA)	No aplica	No aplica	394.932	531.371	463.152

106	766902	OSTEOTOMIA DESLIZANTE (VISERA)	No aplica	No aplica	312.196	531.371	421.784
107	766903	OSTEOPLASTIA SIMULTANEA DE VARIOS HUESOS FACIALES	No aplica	No aplica	296.850	663.987	480.419
108	767202	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO	No aplica	No aplica	275.592	531.371	403.482
109	767203	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MALAR, CON REDUCCION PISO DE ORBITA INJERTO O FIJACION INTERNA	No aplica	No aplica	277.042	531.371	404.207
110	767301	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION	No aplica	No aplica	218.656	304.457	261.557
111	767304	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION	No aplica	No aplica	204.315	353.165	278.740
112	767402	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERNA	No aplica	No aplica	338.114	531.371	434.743
113	767403	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERNA	No aplica	No aplica	413.084	663.987	538.536
114	767502	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR	No aplica	No aplica	266.290	353.165	309.728
115	767603	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACION INTERNA	No aplica	No aplica	338.114	531.371	434.743
116	767702	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE HASTA TRES DIENTES, CON FIJACION	No aplica	No aplica	338.114	531.371	434.743
117	767802	REDUCCION CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES, CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACION	No aplica	No aplica	232.408	353.165	292.787
118	767908	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS MULTIPLES DE HUESOS FACIALES, CON IMPLANTE O INJERTO DEL PISO ORBITARIO	No aplica	No aplica	413.084	663.987	538.536
119	768110	INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO POR REBORDE ALVEOLAR	No aplica	No aplica	303.222	431.617	367.420
120	768301	REDUCCION CERRADA DE LUXACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR	No aplica	No aplica	141.679	198.208	169.944
121	768302	REDUCCION CERRADA DE LUXACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR CON FIJACION INTERMAXILAR	No aplica	No aplica	240.873	304.457	272.665
122	768801	ARTRECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR	No aplica	No aplica	482.344	595.926	539.135
123	830231	MIOTOMIA DEL TEMPORAL	No aplica	No aplica	229.941	353.165	291.553
124	830232	MIOTOMIA PTERIGOIDEO	No aplica	No aplica	194.787	353.165	273.976
125	830233	MIOTOMIA DE MASETERO	No aplica	No aplica	194.778	353.106	273.942
126	890217	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL	No aplica	No aplica	50.519	95.040	72.780

127	890218	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	No aplica	No aplica	50.519	80.000	65.260
128	890220	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA	No aplica	No aplica	50.519	80.000	65.260
129	890221	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	No aplica	No aplica	50.519	80.000	65.260
130	890236	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	No aplica	No aplica	50.519	95.040	72.780
131	890317	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL	No aplica	No aplica	50.519	80.000	65.260
132	890318	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	No aplica	No aplica	50.519	80.000	65.260
133	890320	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA	No aplica	No aplica	50.519	80.000	65.260
134	890321	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	No aplica	No aplica	50.519	80.000	65.260
135	890336	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	No aplica	No aplica	53.353	95.040	74.197
136	893101	IMPRESION DE ARCO DENTARIO SUPERIOR O INFERIOR, CON MODELO DE ESTUDIO Y CONCEPTO	No aplica	No aplica	79.137	70.000	74.569
137	893105	MASCARA FACIAL DIAGNOSTICA	No aplica	No aplica	117.969	145.734	131.852
138	997105	APLICACION DE RESINA PREVENTIVA	No aplica	No aplica	11.808	14.137	12.973
139	240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL	No aplica	No aplica	No registra	125.400	125.400
VALOR TOTAL			**0**	**0**	**30.758.781**	**45.157.606**	**38.020.894**

Realizado el análisis de los precios de mercado e históricos, se estimó conveniente tomar como precio estimado o techo unitario, el promedio entre el histórico y el mercado, en atención a que cumplen con las especificaciones técnicas del presente estudio previo y son los más convenientes para la entidad estatal.

- **Información verificada y aprobada por los funcionarios dueños de la necesidad que firman el presente estudio previo**

5.6 VALOR ESTIMADO DE LA CONTRATACIÓN

Valor Estimado para el presente proceso corresponde a ***VEINTICUATRO MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($24.900.000,00) MCTE.***

ITEM	RUBRO Y DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	RECURSO	CANT	VALOR UNITARIO ESTIMADO, INLCUIDO IVA, EXENTO DE IVA O EXCLUIDO DE IVA SEGÚN CORRESPONDA	VALOR TOTAL ESTIMADO INLCUIDO IVA, EXENTO DE IVA O EXCLUIDO DE IVA SEGÚN CORRESPONDA
1	02-02-02-009-03-01 SERVICIOS DE SALUD HUMANA	RASES No.7	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE.	16	1	24.900.000	24.900.000
						VALOR TOTAL ESTIMADO	24.900.000

Patrullero **ALEXANDER AURELIO MESA MESA**
Oficina de Referencia y Contra referencia UPRES Casanare

Teniente **CRISTIAN DAVID ROBLES GUERRERO**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Casanare

Documentos Anexos al Estudio Previo:

Los documentos seleccionados en la siguiente lista, aplican para el proceso de Seleccionar modalidad de contratación cuyo objeto es PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE

Aplica

Anexos

(Los anexos se imprimen junto con el estudio previo)

- X Certificación de la necesidad
- X Especificaciones técnicas mínimas
- ☐ Constancia de idoneidad y experiencia (aplica para prestación de servicios profesionales)
- X Estimación, tipificación, asignación de riesgos y determinación de garantías
- X Análisis del riesgo y forma de mitigarlo.
- ☐ Ficha técnica
- ☐ Obligaciones de la policía nacional (no aplica para mínima cuantía)
- ☐ Obligaciones del contratista (no aplica para mínima cuantía)

Aplica

Formularios adjuntos al estudio previo

(Seleccionar los formatos que aplican para el proceso de selección)

- ☐ Factores de verificación y ponderación.
- ☐ Apoyo a la industria nacional
- ☐ Indicación de trato nacional
- ☐ Experiencia del proponente
- ☐ Certificación de contratos para acreditación de experiencia proponente extranjero sin sucursal o domicilio en Colombia
- ☐ Clasificación proponente extranjero
- X Acuerdo de confidencialidad (obligatorio)
- X Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (obligatorio)
- X Compromiso anticorrupción (obligatorio)
- ☐ Capacidad financiera
- ☐ Certificación de compromiso del fabricante y/o oferente
- ☐ Certificación de la capacidad técnica
- ☐ Personal, experiencia y tiempos de dedicación mínimos
- ☐ Carta de compromiso postventa

Otros documentos adjuntos al Estudio Previo

- ☒ Certificado plan de compras
- ☒ Formato solicitud cotizaciones
- x Cotizaciones

Para obrar como parte en el respectivo estudio previo, en mi calidad de Líder de la Central de Referencia, Contra-referencia y Autorizaciones de la Unidad Prestadora de Salud Casanare, manifiesto con la suscripción de la presente CERTIFICACIÓN, que una vez consultado el portafolio de servicios de la red propia y contratada, y el número de solicitudes de autorizaciones radicadas y gestionadas por esta central, que en el momento no se cuenta con la oferta o es insuficiente en términos de oportunidad, continuidad o accesibilidad, para los siguientes servicios:

***PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE*.**



Patrullero **ALEXANDER AURELIO MESA MESA**
Oficina de Referencia y Contra referencia UPRES Casanare

ÍTEM	CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Experiencia Proponente en producir o comercializar el bien y/o ofrecer el servicio Con el fin de garantizar la calidad de los servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere que el proponente acredite experiencia en proyectos con objetos iguales o similares al presente proceso ***PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE***, tal acreditación será avalada con la presentación de los documentos que acrediten la realización de proyectos cuya sumatoria sea igual o mayor al 70% del presupuesto asignado al presente proceso, con entidades públicas o privadas, para lo cual el oferente deberá presentar máximo tres (3) certificaciones. Las certificaciones deberán acreditar los siguientes aspectos: Nombre o Razón Social del Contratante Nombre o Razón Social del Contratista Objeto Contractual Fecha de Inicio Fecha de Terminación Valor del Contrato Nombre y datos de contacto de quien expide la certificación Fecha de expedición En caso de no contar con las certificaciones de los contratos ejecutados, el proponente podrá presentar copia del contrato acompañada del acta terminación y/o de liquidación con el fin de que la entidad pueda verificar la información relacionada anteriormente. Cuando se certifiquen contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o de Unión Temporal, la Regional de Aseguramiento en Salud N° 7 tomará para efectos de la verificación de este requisito habilitante, el porcentaje de participación del oferente en la ejecución del contrato. De acuerdo con lo anterior, el proponente deberá presentar el documento de conformación del Consorcio o de la Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes de la figura plural en la ejecución del contrato. Además, debe tenerse en cuenta que: - No se admiten certificaciones de subcontrataciones o convenios. - No se acepta ningún otro documento diferente a los enunciados para soportar la experiencia. - No se tendrán en cuenta contratos en ejecución. - No se aceptan certificaciones con enmendaduras y que no contengan como mínimo la información solicitada o que presenten inconsistencias. Justificación: La experiencia específica del proponente es importante por cuanto le asegura a la entidad que el contrato será ejecutado por una firma con la suficiente experiencia en contratos de similares características, que garantice la calidad final de los bienes del contrato y el cumplimiento del tiempo de ejecución establecido para el mismo.		
2	**CAPACIDAD INSTALADA DEL PRESTADOR:** Se requiere que el proponente cuente con la siguiente capacidad: **GRUPO** | **CONCEPTO** | **CANTIDAD** Consultorios | Consulta Externa | 2		
3	Certificado de Inscripción o Habilitación. El oferente debe adjuntar la certificación de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Salud de Acuerdo a lo estipulado en el Decreto 780 del 06 de Mayo de 2016 y Resolución No. 2003 de 2014; la cual debera tener relacion de habilitados de los servicios medicos de baja mediana y alta complejidad con que cuenta para prestar los servicios, así: **Consulta Externa** Endodoncia Periodoncia Cirugía oral Odontopediatría Cirugía maxilofacial		

<table>
<tr><td></td><td>De acuerdo con lo anterior debe presentar el certificado de Registro en el Sistema Único de Habilitación vigente expedido por la secretaria de Salud del Departamento del Casanare para cada servicio ofertado los cuales deben estar inscritos y habilitados al momento de presentar la propuesta y mantener dicha habilitación vigente durante la ejecución del contrato que se llegase a celebrar.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>4</td><td>Recurso humano: El Oferente mediante certificación suscrita por el representante legal deberá acreditar que cuenta como mínimo con el siguiente personal asistencial durante toda la presentación de la propuesta y ejecución del contrato, para lo cual deberá diligenciar el anexo de Idoneidad del Recurso Humano, establecido por la Regional de Aseguramiento en Salud No.7.

<table>
<tr><th>ITEM</th><th>PERFIL</th><th>CANT</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Odontólogo especializado en Endodoncia</td><td>1</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Odontólogo especializado en Periodoncia</td><td>1</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Odontólogo especializado en Cirugía Oral</td><td>1</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Odontólogo especializado en Odontopediatría</td><td>1</td></tr>
<tr><td>5</td><td>Odontólogo especializado en Cirugía Maxilofacial</td><td>1</td></tr>
<tr><td>6</td><td>Auxiliar de Odontología</td><td>1</td></tr>
</table></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>5</td><td>Disponibilidad para la atención:

Se requiere que las entidades de salud oferentes, certifiquen mediante escrito que cuentan con la capacidad administrativa y operacional propia o contratada, necesaria para prestar los servicios ofertados en el portafolio de servicios en los siguientes horarios:

• Lunes a viernes de 08:00 horas hasta las 12:00 horas y de las 14:00 horas hasta las 18:00 horas.
• Sábado de 08:00 horas hasta las 12:00 horas.

<u>Oportunidad</u>

• Oportunidad para la asignación de citas: de 1 a 8 días
• Oportunidad para la programación de procedimientos: de 1 a 8 días</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>6</td><td>SUPERVISOR POR PARTE DEL CONTRATISTA:
El proponente informará con su propuesta los datos de contacto del supervisor del contrato por parte del contratista (Empleado) con capacidad de toma de decisiones, quien tendrá contacto permanente vía telefónica directa, con el supervisor designado por la Unidad Prestadora de Salud Casanare, con el fin de favorecer el cumplimiento del objeto del contrato. Este supervisor por parte del contratista tiene la finalidad de comunicación y solución de problemas, en el mínimo de tiempo. Por lo tanto, <u>se deberá diligenciar el formato de idoneidad del personal</u> y en caso de cambio se deberá dar previo aviso al supervisor de UPRES CASANARE y garantizar la actualización de este formato.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>7</td><td>MANUALES:
El oferente debe tener el manual de bioseguridad, manual de limpieza y desinfección y manual de manejo de desechos, esta documentación será verificada por el médico de garantía de la calidad de la Unidad Prestadora de Salud Casanare antes de adjudicar el contrato, ya que el no tener estos procesos prioritarios, representa un riesgo en la atención de los usuarios.
SÍ, el proponente, es una I.P.S deberá tener el PAMEC, este documento será verificado por el médico de garantía de la calidad de la Unidad Prestadora de Salud Casanare antes de adjudicar el contrato, ya que el no tenerlo, representa un riesgo en la atención de los usuarios. (ESTA INFORMACION SE DEBE SUBIR AL SECOP II PARA QUE EL AUDITOR MEDICO DE CALIDAD LA PUEDA REVISAR)</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>8</td><td>EL SERVICIO DEBE SER PROPORCIONADO BAJO RESPONSABILIDAD DEL PRESTADOR CONTRATADO, con cumplimiento de Requisitos según lo contemplado por el Ministerio de la Protección Social, en el Decreto 1011 del 2006; Resolución 3100 del 2019 y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares de calidad en prestación de servicios de salud. Estos pueden ser verificados en cualquier momento por parte de grupo de Auditores de la Unidad Prestadora de Salud Casanare, incluyendo “<u>LA ATENCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS GENERADOS DURANTE EL MANEJO DEL PACIENTE ENTENDIDO COMO “EL DAÑO NO INTENCIONAL CONSECUENCIA DEL CUIDADO MÉDICO O TODO AQUEL DERIVADO DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y NO DE LA ENFERMEDAD MISMA DEL PACIENTE, SITUACIÓN QUE CORRERÁ POR CUENTA DEL CONTRATISTA PREVIO ANALISIS DEL CASO ENTRE AUDITORIA DE ENTIDADES, SE ACLARA QUE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA SERA ASUMIDA BAJO ORDEN JUDICIAL QUE ASI LO DETERMINE”,</u> dicho reporte se debe consignar en el formato 3SS-</td><td></td><td></td></tr>
</table>

	FR-006 REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS. Que se adjunta al presente estudio previo.		
9	El OFERENTE 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”. El OFERENTE deberá entregar junto con la propuesta el registro de la autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) del año inmediatamente anterior, realizado en aplicativo de la página del Sistema General de Riesgos Laborales del Ministerio del Trabajo, donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración “Aceptable”, es decir un puntaje mayor a 85% (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el registro de la autoevaluación por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). Así mismo, se deberá mantener la calificación y evidencias de la autoevaluación del SGSST a disposición, las cuales serán objeto de verificación durante la ejecución del contrato.		
10	El oferente deberá diligenciar el anexo *SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO*, firmado por el representante legal de la entidad.		
11	El oferente deberá diligenciar el anexo *SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL* firmado por el representante legal de la entidad.		

ITEM	CODIGO C.U.P.S	CONDICIONES TECNICAS MINIMAS	CUMPLE	NO CUMPLE
1	40705	NEURECTOMIA DE NERVIO PERIFERICO EN CABEZA O CUELLO Incluye: NERVIOS INFRAORBITARIO, OPTICO CILIAR, BUCAL, LINGUAL, MAXILAR SUPERIOR, MENTONERO; POR TUMOR U OTRA LESION		
2	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR		
3	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR		
4	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR		
5	231100	EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR SOD		
6	231200	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR SOD		
7	231303	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO		
8	234101	COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES)		
9	234102	COLOCACION O APLICACION DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)		
10	235100	REIMPLANTE DE DIENTE SOD		
11	236100	IMPLANTE ALOPLASTICO CERAMICO SOD		
12	236200	IMPLANTE ALOPLASTICO METALICO SOD		
13	236300	IMPLANTE DENTAL ALOPLASTICO (OSEOINTEGRACION) SOD		
14	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR		
15	237302	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR		
16	237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR		
17	237305	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR		
18	237401	CURETAJE APICAL CON APICECTOMIA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGIA PERIRRADICULAR)		
19	237702	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR) MULTIPLE		
20	237902	EXPLORACION Y MOVILIZACION DE NERVIO DENTARIO INFERIOR		
21	240300	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD		
22	242101	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)		
23	242102	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE		
24	242201	CURETAJE A CAMPO ABIERTO		
25	243103	ESCISION DE LESION BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCIA HASTA DE TRES CENTIMETROS		
26	243104	ESCISION DE LESION BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCIA DE MAS DE TRES CENTIMETROS		
27	243105	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCION DE ESTRUCTURAS VECINAS U OSEAS		
28	243106	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO		
29	243301	ENUCLEACION DE QUISTE EPIDERMOIDE, VIA INTRAORAL		
30	243302	ENUCLEACION DE QUISTE EPIDERMOIDE, VIA EXTRAORAL		

31	243400	GINGIVECTOMIA SOD		
32	243502	OPERCULECTOMIA		
33	244101	ENUCLEACION DE QUISTE ODONTOGENICO HASTA DE TRES CENTIMETROS DE DIAMETRO		
34	244103	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGENICO		
35	244104	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGENICO Y RECONSTRUCCION INMEDIATA CON INJERTO OSEO LIBRE		
36	244108	MARSUPIALIZACION DE QUISTE ODONTOGENICO		
37	245100	REGULARIZACION DE REBORDES SOD		
38	247401	FERULIZACION RIGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)		
39	249100	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRURGICA SOD		
40	252001	RESECCION DE LENGUA EN CUÑA		
41	254001	GLOSECTOMIA RADICAL SOD		
42	255101	SUTURA DE LACERACION DE LENGUA (GLOSORRAFIA) VIA ABIERTA		
43	255001	GLOSOPLASTIA CON INJERTO CUTANEO O MUCOSO		
44	255002	GLOSOPEXIA ANTERIOR		
45	255003	GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ABIERTA		
46	255004	GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ENDOSCOPICA		
47	260101	SIALOLITOTOMIA VIA ABIERTA		
48	260201	EXPLORACION DE GLANDULA SALIVAL VIA ABIERTA		
49	260301	DRENAJE DE GLANDULA SALIVAL VIA ABIERTA		
50	262001	MARSUPIALIZACION DE LA RANULA		
51	262002	RESECCION DE MUCOCELE DE GLANDULA SALIVAL		
52	263102	SIALOADENECTOMIA PARCIAL		
53	263201	PAROTIDECTOMIA TOTAL Incluye: AQUELLA POR RECIDIVA TUMORAL, ENTRE OTRAS		
54	263206	SIALOADENECTOMIA DE GLANDULAS SALIVALES MENORES		
55	264001	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO VIA ABIERTA		
56	264002	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO VIA ENDOSCOPICA		
57	264003	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL SIN INJERTO VIA ABIERTA		
58	264004	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL SIN INJERTO VIA ENDOSCOPICA		
59	264201	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO		
60	264007	SIALOPLASTIA (REPARACION DEL CONDUCTO) VIA ABIERTA		
61	270101	INCISION Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL		
62	270102	INCISION Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL		
63	273105	ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION SUPERFICIAL DE PALADAR OSEO		
64	273201	ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION PROFUNDA DE PALADAR OSEO		
65	274101	FRENILLECTOMIA LABIAL VIA ABIERTA		
66	274305	RESECCION DE LESION EN MUCOSA ORAL		
67	274901	REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA		
68	275201	ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MENOS DE CINCO CENTIMETROS		
69	275301	RESECCION INTRAORAL DE FISTULA DE BOCA		
70	275302	RESECCION EXTRAORAL DE FISTULA DE BOCA		
71	275303	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL		
72	275304	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL CON SINUSOTOMIA, CON O SIN REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO O COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL		
73	275802	PROFUNDIZACION DE PISO DE BOCA		
74	275903	PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR		
75	275902	PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR CON INJERTO CUTANEO		
76	276209	CORRECCION DE PALADAR FISURADO		
77	276206	INJERTO OSEO DE PALADAR O ALVEOLAR		
78	277201	RESECCION PARCIAL DE UVULA		
79	277301	UVULORRAFIA		
80	295101	FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARINGEO		
81	760103	SECUESTRECTOMIA INTRAORAL O EXTRAORAL		
82	760102	SECUESTRECTOMIA EXTRAORAL CON FIJACION INTERNA		
83	760901	OSTEOTOMIA MAXILAR PARA EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO		
84	760902	DECORTICACION O CURETAJE OSEO EN HUESO FACIAL		
85	761201	ARTROCENTESIS DIAGNOSTICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR		

86	762101	ENUCLEACION, RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MENOS DE TRES CMS, VIA TRANSMUCOSA		
87	762105	ELIMINACION DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR		
88	762201	RESECCION DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR		
89	763101	MANDIBULECTOMIA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL		
90	763901	RESECCION PARCIAL MAXILAR SIN RECONSTRUCCION		
91	763902	CONDILECTOMIA DE LA MANDIBULA		
92	764302	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO		
93	764401	RESECCION PARCIAL MAXILAR CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA		
94	765202	MENISECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR CON COLGAJO		
95	765301	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR, CON INJERTO		
96	766203	OSTEOTOMIA DE RAMA MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA O VIA TRANSCUTANEA		
97	766201	OSTEOTOMIA DE RAMA MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA CON FIJACION INTERNA		
98	766205	CORONOIDECTOMIA		
99	766301	OSTEOTOMIA DE CUERPO MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA CON FIJACION INTERNA		
100	766403	OSTEOTOMIA DE MENTON CON FIJACION INTERNA		
101	766501	OSTEOTOMIA LEFORT I SEGMENTARIA, CON FIJACION INTERNA		
102	766602	OSTEOTOMIA SUBAPICAL CON FIJACION INTERNA		
103	766603	OSTEOTOMIA LEFORT II CON FIJACION INTERNA		
104	766604	OSTEOTOMIA LEFORT III CON FIJACION INTERNA		
105	766605	CORTICOTOMIA TIPO LEFORT I (DISYUNCION PALATINA)		
106	766902	OSTEOTOMIA DESLIZANTE (VISERA)		
107	766903	OSTEOPLASTIA SIMULTANEA DE VARIOS HUESOS FACIALES		
108	767202	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO		
109	767203	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MALAR, CON REDUCCION PISO DE ORBITA INJERTO O FIJACION INTERNA		
110	767301	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION		
111	767304	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION		
112	767402	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERNA		
113	767403	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERNA		
114	767502	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR		
115	767603	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACION INTERNA		
116	767702	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE HASTA TRES DIENTES, CON FIJACION		
117	767802	REDUCCION CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES, CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACION		
118	767908	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS MULTIPLES DE HUESOS FACIALES, CON IMPLANTE O INJERTO DEL PISO ORBITARIO		
119	768110	INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO POR REBORDE ALVEOLAR		
120	768301	REDUCCION CERRADA DE LUXACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR		
121	768302	REDUCCION CERRADA DE LUXACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR CON FIJACION INTERMAXILAR		
122	768801	ARTRECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR		
123	830231	MIOTOMIA DEL TEMPORAL		
124	830232	MIOTOMIA PTERIGOIDEO		
125	830233	MIOTOMIA DE MASETERO		
126	890217	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL		
127	890218	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA		
128	890220	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA		
129	890221	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA		
130	890236	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL		
131	890317	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL		
132	890318	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA		

133	890320	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA		
134	890321	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA		
135	890336	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL		
136	893101	IMPRESION DE ARCO DENTARIO SUPERIOR O INFERIOR, CON MODELO DE ESTUDIO Y CONCEPTO		
137	893105	MASCARA FACIAL DIAGNOSTICA		
138	997105	APLICACION DE RESINA PREVENTIVA		
139	240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL		

Patrullero **ALEXANDER AURELIO MESA MESA**
Oficina de Referencia y Contra referencia UPRES Casanare

Teniente **CRISTIAN DAVID ROBLES GUERRERO**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Casanare

En la definición de los parámetros de mecanismos de cobertura de los riesgos deberán efectuarse dentro de los términos definidos en la Parte 2 – Titulo 1 – Capitulo 1 – Sección 1 – Subsección 6 del Decreto 1082 de 2015.

GARANTÍAS DEL PROCESO

ETAPA CONTRACTUAL

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA
GARANTIA UNICA	RIESGO JURIDICO	INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y SEIS (6) MESES MAS.	AMPARA EL RIESGO DE INCUMPLIMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN Y LIQUIDACION DEL CONTRATO LA ESTIMACION DEL RIESGO CUBRE EL 20% DEL VALOR DEL CONTRATO COMO QUIERA QUE SE PRETENDE EL PAGO PARCIAL O DEFINITIVO DE LOS PERJUICIOS QUE CAUSE A LA ENTIDAD EN LOS MISMOS TERMINOS DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA.
GARANTIA UNICA	RIESGO OPERATIVO	CALIDAD DEL SERVICIO	CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR DEL CONTRATO.	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y UN 1 AÑO MÁS.	AMPARA EL RIESGO DE MALA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOLICITADOS.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO FINANCIERO	DAÑOS A TERCEROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA-CONTRACTUAL	NO PODRÁ SER INFERIOR AL CINCO POR CIENTO (5%) DEL VALOR DEL CONTRATO, Y EN NINGÚN CASO INFERIOR A DOSCIENTOS SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES (200 SMLMV) AL MOMENTO DE LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO	AMPARA LOS DAÑOS PRODUCIDOS POR EL CONTRATISTA CON OCASIÓN DE LA EJECUCIÓN DE CONTRATO AMPARADO, Y SERÁN BENEFICIARIOS TANTO LA ENTIDAD CONTRATANTE COMO LOS TERCEROS QUE PUEDAN RESULTAR AFECTADOS POR LA RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL DEL CONTRATISTA.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO JURIDICO	NO PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES LABORALES	5% DEL VALOR TOTAL DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TÉRMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y TRES (3) AÑOS MAS.	AMPARA A LA ENTIDAD DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONE COMO CONSECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTE OBLIGADO EL CONTRATISTA DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADOS PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.

CLAUSULAS SANCIONATORIAS

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

Patrullero **ALEXANDER AURELIO MESA MESA**
Oficina de Referencia y Contra referencia UPRES Casanare

Teniente **CRISTIAN DAVID ROBLES GUERRERO**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Casanare

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS

ANÁLISIS DEL RIESGO Y LA FORMA DE MITIGARLO

POLICÍA NACIONAL

No.	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción	Consecuencia de la Ocurrencia del Evento	Probabilidad	Impacto	Calificación Total	Prioridad	¿A quién se le asigna el riesgo?	Tratamiento controles a ser implementados	Impacto después del tratamiento				Afecta la ejecución del contrato	¿Afecta el equilibrio económico del contrato?	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se complementa el tratamiento	Monitoreo y Revisión	
													Probabilidad	Impacto	Calificación	Calificación total						¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?
1	Especifico	Externo	Ejecución	Operacional	Incumplimiento en la prestación de los servicios contratados	Incumplimiento objeto contractual	3	2	5	Medio	Contratista	Transferencia del riesgo, a través de las aseguradoras, reducir las consecuencias o el impacto de riesgo a través de planes de contingencia	3	2	5	Medio	SI	SI	Supervisor del Contrato.	Desde el inicio de ejecución del contrato	Termino de ejecución del contrato	A través de seguimiento en la ejecución d contrato.	Mensual
2	Especifico	Externo	Ejecución	Operacional	Mala calidad en la prestación de los servicios.	Exámenes que no cumplan con el tiempo requerido para cada uno, al igual que no utilizar los equipos necesarios para así lograr un diagnóstico veraz.	3	2	5	Medio	Contratista	Transferencia del riesgo, a través de las aseguradoras, reducir las consecuencias o el impacto de riesgo a través de planes de contingencia	3	2	5	Medio	SI	SI	Supervisor del Contrato – Auditora de Calidad	Desde el inicio de ejecución del contrato	Termino de ejecución del contrato	A través del seguimiento en la ejecución del contrato	Cada vez que un usuario interponga una queja por mala prestación del servicio
3	Especifico	Externo	Ejecución	Operacional	Daños a terceros producidos por el contratista con ocasión	Procedimientos mal realizados o diagnósticos	3	2	5	Medio	Contratista	Transferencia del riesgo, a través de las aseguradoras, reducir	3	2	5	Medio	SI	Supervisor del Contrato – Auditora	Desde el inicio de ejecució	Termino de ejecución del	A través del seguimiento en la ejecución	Mensual	3

					de la ejecución de contrato.	mal emitidos.						las consecuencias o el impacto de riesgo a través de planes de contingencia						de Calidad	n del contrato	contrato	del contrato.		
4	Especifico	Externo	Ejecución	Operacional	No pago de salarios, prestaciones e indemnizaciones laborales	Ausencia del personal profesional para la adecuada prestación del servicio.	3	2	5	Medio	Contratista	Transferencia del riesgo, a través de las aseguradoras, reducir las consecuencias o el impacto de riesgo a través de planes de contingencia	3	2	5	Medio	SI	SI	Supervisor del Contrato	Desde el inicio de ejecución del contrato	Termino de ejecución del contrato	A través del seguimiento en la ejecución del contrato.	Mensual
5	Especifico	Externo	Contratación	Operacional	La no constitución dentro del término y en la forma prevista en el contrato, o en alguno de sus modificatorios, la póliza de garantía única y/o alguno de los requisitos de legalización	La No ejecución del Contrato. Caducidad.	3	2	5	Medio	Contratista	Transferencia del riesgo, a través de las aseguradoras, reducir las consecuencias o el impacto de riesgo a través de planes de contingencia	3	2	5	Medio	SI	SI	Supervisor del Contrato	Desde el inicio de ejecución del contrato	Termino de ejecución del contrato	Una vez se solicita una modificación y/o adición a un contrato en ejecución, se debe realizar seguimiento para que traigan las pólizas dentro del término establecido.	Cada vez que se solicite una modificación y/o adición al contrato en ejecución.
6	Especifico	Externo	Ejecución	Operacional	No asistencia del profesional a la toma de los exámenes programados	Deterioro en el estado de salud de los usuarios del Subsistema de Salud por la no realización	3	2	5	Medio	Contratista	Transferencia del riesgo, a través de las aseguradoras, reducir las consecuenc	3	2	5	Medio	SI	SI	Supervisor del Contrato	Desde el inicio de ejecución del contrato	Termino de ejecución del contrato	A través del seguimiento en la ejecución del contrato	Cada vez que un usuario interponga una queja por mala prestació

						de los exámenes programados.						ias o el impacto de riesgo a través de planes de contingencia										n del servicio
7	Especifico	Externo	Ejecución	Operacional	Incumplimiento total al objeto contractual	Incumplimiento objeto contractual.	3	2	5	Medio	Contratista	Transferencia del riesgo, a través de las aseguradoras, reducir las consecuencias o el impacto de riesgo a través de planes de contingencia	3	2	5	Medio	SI	SI	Supervisor del Contrato	Desde el inicio de ejecución del contrato	Termino de ejecución del contrato	A través del seguimiento en la ejecución del contrato.	Mensual

Patrullero **ALEXANDER AURELIO MESA MESA**
Oficina de Referencia y Contra referencia UPRES Casanare

Teniente **CRISTIAN DAVID ROBLES GUERRERO**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Casanare

FIRMA (firma del dueño de la necesidad y de quien o quienes realizan el análisis del riesgo y la forma de mitigarlo)

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA
Ciudad.

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de Elegir la modalidad de contratación., Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: Transcribir el objeto del proceso

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

Primero: que la Policía Nacional adelanta un proceso de contratación a través de la modalidad de Elegir la modalidad de contratación, para la celebración de un contrato estatal para. Transcribir el objeto del proceso.

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

Cláusula primera. Compromisos asumidos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El proponente:

_____

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

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA
Ciudad.

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Elegir la modalidad de contratación. Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: Transcribir el objeto del proceso

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

La Policía Nacional, mediante la Resolución 03843 del 09/09/2019, prevé en el Artículo 2º, lo relacionado con la ***"Política del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional"***, en lo siguiente:

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

PERSONA JURÍDICA

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

PERSONA NATURAL

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

Nota: seleccionar, según corresponda.

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

- Cumplir con las obligaciones del SGSST, que las normas legales vigentes y/o la Policía Nacional haya considerado en el contrato y acorde a la exposición del contratista o subcontratista a los riesgos encontrados en el centro de trabajo donde desarrolla la actividad.

- Participar en las actividades que la Policía Nacional desarrolle en materia de promoción y prevención de riesgos laborales.
- Cumplir con el uso continuo y permanente de los elementos de protección personal, durante la ejecución contractual, acorde a los peligros y riesgos relacionados la tarea contratada.
- Conocer y participar en todas las actividades del plan de emergencia que se programen por parte de la Policía Nacional y los brigadistas de los centros de trabajo en donde desarrollará las actividades.
- Notificar a la mayor brevedad, al supervisor del contrato, la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo o el diagnóstico de enfermedades laborales, así como las condiciones de peligro que detecte durante la ejecución de la actividad contratada.
- Practicarse o practicar a sus trabajadores (según sea el caso), los exámenes médico ocupacionales y complementarios que correspondan, de acuerdo a la actividad contratada y objeto del contrato.
- Diligenciar los formatos del SGSST de la Policía Nacional o el contratante, que le sean aplicables a la ejecución de la tarea contratada.
- Entregar los documentos que evidencien objetivamente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, según los requisitos legales y las obligaciones como contratista, efectuando los pagos a la ARL de acuerdo a la clase de riesgo de la actividad desarrollada.

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

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

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

El proponente:

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

Nota: Este formulario se actualizará por parte de las unidades dueñas de la necesidad en coordinación con el responsable del Sistema de Gestión de SST de la unidad, cada vez que se requiera, de acuerdo con la actualización de la normatividad, política y objetivos del SG-SST de la Policía Nacional

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA
Ciudad.

Referencia: Compromiso anticorrupción del proceso de Elegir la modalidad de contratación., Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: Transcribir el objeto del proceso

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

PRIMERO: que la POLICÍA NACIONAL - DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA, adelanta un proceso de selección para la celebración de un contrato estatal.
SEGUNDO: que es interés del proponente apoyar la acción del estado colombiano, y de la POLICÍA NACIONAL - DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;
TERCERO: que siendo del interés del proponente participar en el proceso de selección aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se regirá por los siguientes compromisos:

COMPROMISOS ASUMIDOS.

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

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

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

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

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

Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

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

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

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

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

No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de la POLICÍA NACIONAL - UNIDAD EJECUTORA durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

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

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

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

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

El proponente:

_____

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

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

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

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
DECLARACIÓN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES	

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA
Ciudad.

Yo……, identificado con la cedula de ciudadanía No……. de……, certifico que:

Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las entidades estatales (publicas), mixtas y privadas de conformidad con lo establecido en la Constitución Nacional, así como en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, adicionado por el artículo 18 de la ley 1150 de 2007, los articulos1,2 y 4 de la ley 1474 de 2011 y demás normas concordantes; de las sanciones por trasgresión a las mismas establecidas en los artículos 26 numeral 7 de la ley 80 de 1993,asi como los efectos legales consagrados en el artículo 44 numeral 1 de la norma precitada, y declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que los representantes legales, miembros de junta directiva, accionistas, socios fundadores, contador público y revisoría fiscal no se encuentran incursos en ninguna de ellas.

Dada en la ciudad de ……a los …… días del mes de ……de 2024.

Cordialmente,

_____

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

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA
Ciudad.

El suscrito ……..identificado con cédula de ciudadanía No……. actuando como representante legal de la sociedad …… con NIT. …….. me comprometo a sostener los precios ofertados dentro del proceso de selección de Mínima Cuantía**,** cuyo objeto es la ***PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE*****,** durante la vigencia, adiciones y en caso de que se llegara a sustituir los recursos.

_____

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

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA
Ciudad.

Yo, _____ me comprometo a contribuir con la protección del medio ambiente a través de la prevención de la contaminación, el cumplimiento de la legislación y las diferentes regulaciones ambientales y el control de los impactos ambientales adversos, así como al mejoramiento continuo del desempeño ambiental, de tal forma que el bien que suministrare cumple los parámetros exigidos por el Sistema de Gestión Ambiental.

Declara mediante esta certificación que conozco la Legislación Colombiana sobre protección a la salud humana, los recursos naturales y el medio ambiente y me obligo a cumplirla, en especial los principios constitucionales, la Ley 1252 del 27/11/2008, Decreto 4741 del 30/12/2005, Resolución 372 del 26/02/2009, Resolución 1446 del 02/09/2005, Resolución 1488 del 02/09/2005, y otras que establezca el Ministerio del Medio Ambiente y las del Ministerio de Salud y demás normas concordantes y complementarias normatividad.

La aplicación de buenas prácticas ambientales y las normas ambientales.

Que los artículos 79 y 80 de la Constitución Política consagran el derecho colectivo a gozar de un ambiente sano y el deber del estado de proteger la diversidad e integridad del ambiente, planificar el manejo y aprovechamiento de los recursos naturales a fin de garantizar su desarrollo sostenible, su conservación, restauración o sustitución y prevenir los factores de deterioro ambiental.

Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 38 del Decreto Ley 2811 de 1974, por razón del volumen o de la cantidad de los residuos o desechos, se podrá imponer a quien los produce la obligación de recolectores, tratarlos o disponer de ellos, señalando los medios para cada caso.

Qué así mismo, conforme lo dispone el numeral 14 del artículo 5 de la Ley 99 de 1993, el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial tiene entre sus funciones definir y regular los instrumentos administrativos y mecanismos necesarios para la prevención y el control de los factores de deterioro ambiental y determinarlos criterios de evaluación, seguimiento y manejo ambiental de las actividades económicas.

Resolución 00090 de 15 de enero de 2018, Por la cual se actualiza el Manual de contratación de la Policía Nacional, adoptado mediante resolución 03049 de 2014.

Por lo anterior cumpliré con toda la normatividad descrita anteriormente y seré el único responsable por el cumplimiento de las normas ambientales, de recursos naturales y salud humana.

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

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
CERTIFICADO DE NO ESTAR REPORTADO EN LA PÁGINA DE REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS	

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA
Ciudad.

El(la) suscrito(a) _____ identificado con C.C./ C.E./ P.P No. _____ expedida en _____, manifiesto que no me encuentro incurso de dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad legal establecidas en el artículo No. 6 de la ley 2079 del 2021 y tampoco me hallo en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales establecidas para contratar con el Estado (La Regional de Aseguramiento en Salud No. 7). En especial, que no aparezco reportado en la página de Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM) reglamentado por la Ley 2097 de 2021, Por medio de la cual se crea el registro de deudores alimentarios morosos (redam) y se dictan otras disposiciones".

Se suscribe en la ciudad de _____, el día _____ (__) de _____ de 2024

El proponente:

_____

Firma del representante legal del proponente

Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES	

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA
Ciudad.

El(la) suscrito(a) _____ identificado con C.C./ C.E./ P.P No. _____ expedida en _____, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 7, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.icbf.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de _____, el día _____ (__) de _____ de 2024.

_____

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

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO
Ciudad y Fecha
Nombres y Apellidos
Cédula de Ciudadanía
Fecha de Nacimiento
Nacionalidad
Profesión
Universidad
No Registro Profesional
Titulo Obtenido
Especializaciones
Tiempo de Experiencia en el desempeñado de funciones como las requeridas en la contratación:
Tiempo de Servicio en la Institución (para aquellos con dos o más contratos):
_____ Firma del Profesional

Código: 2GS-FR-0003 Fecha: 07/01/2023 Versión: 4	**GESTIÓN PRESTACIÓN SERVICIOS DE SALUD** **REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS**	POLICÍA NACIONAL

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

ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD POLICIAL:					
FECHA DE NOTIFICACIÓN	DD	MM	AA	**CÓDIGO DE REPORTE:**	

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

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

1. NOMBRES Y APELLIDOS	•	**2. HISTORIA CLÍNICA**	•

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

7. MÉDICO TRATANTE:	

II. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

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

11. NOMBRE DEL SERVICIO:	

12. DESCRIPCIÓN

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

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

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

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

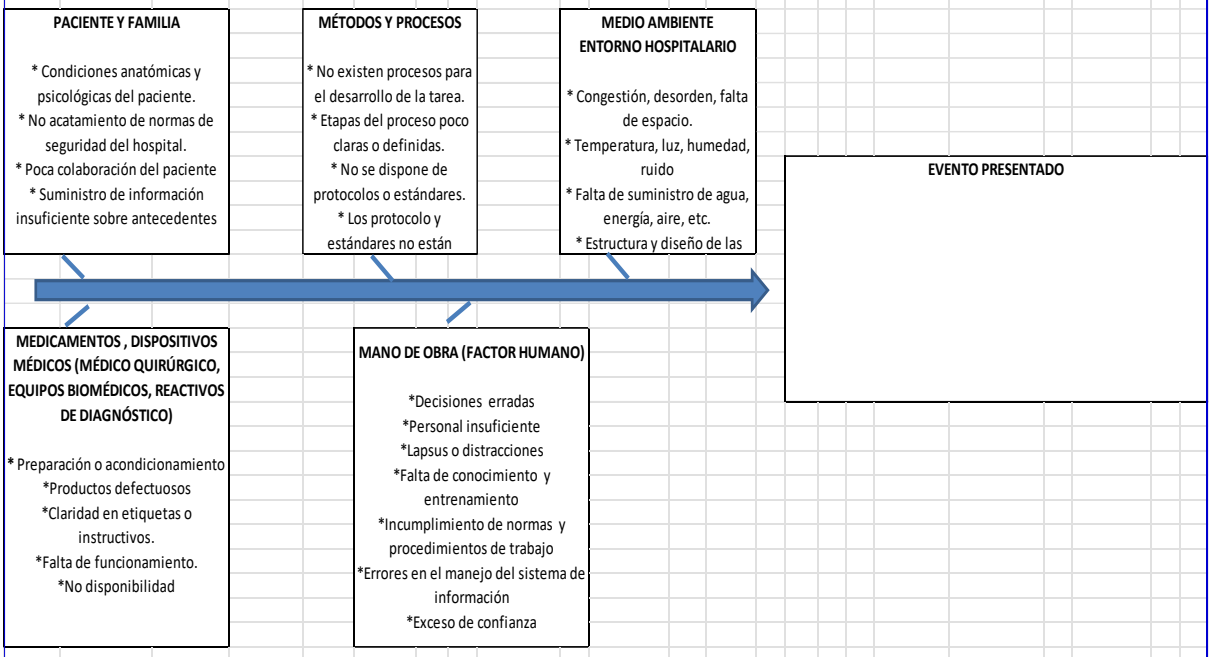
III. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS: (Diligencie este campo cuando el evento este relacionado con los medicamentos o dispositivos médicos. Marque **M** para el caso de Medicamentos y **DM** para el caso de dispositivo médico)

M	**DM**	**15. NOMBRE**	•	**16. DOSIS/RÉGIMEN/VÍA**	**17. LOTE**	**18. REFERENCIA/MODE**	**19. SERIE**	**20. FABRICANTE**

IV. INFORMACIÓN DEL REPORTANTE

21. NOMBRES Y APELLIDOS	**22. CARGO**	**23. SERVICIO**

V. ANÁLISIS DE CAUSAS



OTRAS CAUSAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

VI. PLAN DE INTERVENCIÓN

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

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

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

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO
2GS-FR-0003 "REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS"

Ocurrencia o presencia de un error en la atención en salud dentro del ámbito hospitalario.

Se debe diligenciar formato y registrar en historia clínica que se "reporta en formato".

Debe diligenciarse en letra legible preferiblemente.

Registre de manera completa el nombre del Establecimiento de Sanidad Policial en el cual ocurrió el evento.

Registre el día, mes y año en que se notifica el evento.

No registre nada en Código de reporte (este código lo asignará el equipo de seguridad del paciente del ESP o de la USP)

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

1. Escribir completos nombre y apellidos del paciente
2. Número de historia clínica
3. Registre el código de diagnostico principal que registra el paciente
4. Registre la edad en años del paciente
5. Marque con una X el sexo del paciente
6. Registre el número de la habilitación donde se encuentra hospitalizado el paciente (cuando aplique)
7. Registre el nombre completo de médico tratante.

II. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

8. Registrar fecha de ocurrencia en formato día, mes y año
9. Registrar la hora de ocurrencia del evento y marcar con una X si el evento fue en la mañana (am) o si fue en la tarde (pm)
10. Seleccione y marque con X el Ámbito de ocurrencia del evento según corresponda: ambulatorio, hospitalario, urgencias y procedimientos diagnósticos.
11. Nombre del servicio donde ocurrió el evento
12. Descripción: en forma sucinta exponer lo sucedido.

Los ítems.13 y 14 se diligencian posterior al análisis del evento realizado por el equipo de seguridad del paciente con personal convocado para esto.

III. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS: Espacio exclusivo para registrar este tipo de eventos, marque con X si corresponde M = medicamento y DM= dispositivo médico.

Del ítem 15 al 20 Registrar nombre del medicamento o dispositivo médico, dosis, régimen y vía, lote, referencia, modelo, serie y fabricante (Aplica para dispositivos médicos)

IV. INFORMACIÓN DEL REPORTANTE: Del ítem 21 al 23 registrar nombres y apellidos, cargo y servicio donde labora

V. CON EL PROPÓSITO DE CREAR CONCIENCIA EN LOS SERVICIOS ES IMPORTANTE, realizar el análisis causa raíz como insumo para el análisis del Protocolo de Londres que realizará el Grupo de Seguridad del Paciente y para inducir al respectivo plan de mejoramiento.

En el análisis causa raíz se preseleccionaron las siguientes variables: Paciente y Familia, Métodos y procesos, Medio ambiente – entorno hospitalario, Medicamentos o dispositivos y mano de obra, en cada uno de estos hay unos factores contemplados para seleccionar el que corresponda en cada situación. En caso de no encontrar el ítem, registrar la causa en "OTRAS CAUSAS" que consideren contribuyó a generar el evento.

VI. PLAN DE INTERVENCIÓN

Registrar la causa o causas identificadas que condujeron a la presencia del evento. Que se va hacer (TAREA) y quien lo va hacer (RESPONSABLE) con las fechas de cumplimiento y de verificación.

Esta parte nos ayudará para el seguimiento al cumplimiento de la mejora de los mismos.

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

Fecha de verificación, debe firmar el jefe del Área o Servicio y el Responsable de Seguridad del Paciente.

El formato debe ser remitido al Grupo de Seguridad del Paciente, para su respectiva intervención, quienes se encargan de la verificación de datos y análisis respectivo.

Retroalimentación con el servicio respectivo.

Tener presente que deben ser reportados en un término de 24 horas los eventos, esto con el objeto de cumplir con el aprendizaje organizacional.

Es responsabilidad de reportar de quien le ocurre, o quien observa. Evitemos que sean los familiares los que lo den a conocer a través de quejas o demandas.

Tenga presente que un oportuno reporte le protege ante una demanda.