Página: 1 de 1 Código: 1LF-FR-0072	ELABORAR ESTUDIOS PREVIOS CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
Fecha: 17/06/2024 Versión: 2	REVISIÓN DE ESTUDIOS PREVIOS	

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8

Fecha recibo estudio: _____. Fecha de aprobación: _____

Lugar: Barranquilla.

No. Consecutiva revisión: _____. Nro. SISCO: _____.

OBJETO: PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP	VALOR: $ 111.100.000,00

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN: Mínima Cuantía

FUNCIONARIO - UNIDAD QUE PRESENTA EL ESTUDIO PREVIO: Intendente JOSE FRANCISCO DE ARMAS CONTRERAS UPRES GUAJIRA

OBSERVACIONES DEL ESTUDIO PREVIO:

FUNCIONARIOS QUE PARTICIPAN EN LA REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ESTUDIO PREVIO

CARGO	GRADO	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
RESPONSABLE PROCESO (UPRES GUAJIRA)	IT	JOSE FRANCISCO DE ARMAS CONTRERAS	
ANALISTA DE CONTRATOS (RASES 8)	SI	YIBIER HUMBERTO ACUÑA MUÑOZ	
GRUPO DE CONTRATOS (RASES 8)	IT	MIGUEL ANGEL RODRIGUEZ ANGARIRA	
JEFE ÁREA Y GRUPO ESTUDIOS PREVIOS DILOF (QUIEN APRUEBA)	N/A	N/A	N/A
ASESOR JURÍDICO (RASES 8)	TE	LIZETH VIVIANA MORENO ALVAREZ	

PROGRAMACIÓN DEL ESTUDIO PREVIO

FECHA:		VALOR:	$ 111.100.000,00
GR.	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FIRMA
SI	DANIA LICETH GOMEZ PINTO	Líder de Referencia y Contra Referencia UPRES GUAJIRA	

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8

Riohacha D.E.T y C, 17 de junio del 2024

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

1.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL OBJETO

"LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP".

CLASIFICACIÓN UNSPSC	SEGMENTO	FAMILIA	CLASE
85121700	Servicios de salud	Práctica médica	Servicios de prestadores especialistas de servicios de salud

1.2 VALOR ESTIMADO

El valor estimado del presente proceso es de **CIENTO ONCE MILLONES CIEN MIL PESOS MONEDA LEGAL ($111.100.000,00)**, correspondientes a las vigencias presupuestal 2024.

ÍTEM Y/O LOTE	RUBRO Y DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	REC	CANT	VALOR 2024
1	020202009	RASES 8	"PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP	16	1	111.100.000,00
VALOR TOTAL ESTIMADO						111.100.000,00

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

No.	Fecha	No. PAA	Unidad	Rec	Descripción	Cant	Valor 2024
1	30/04/2024	307	RASES 8	16	PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP	1	111.100.000,00
VALOR TOTAL ESTIMADO							111.100.000,00

1.4 CLASE DE CONTRATO

PRESTACIÓN DE SERVICIOS

1.5 PERFIL Y CALIDAD DE LOS PROPONENTES

Podrán participar en el presente proceso de Mínima Cuantía todas las personas naturales o jurídicos, nacionales o extranjeros, con representación o sucursal en Colombia, en calidad de prestador de servicios de salud, fabricante, distribuidor o comerciante en forma individual o conjunta (consorcio, unión temporal), que tengan dentro de su objeto social o actividad el objeto de este proceso y cumplan expresamente el objeto del proceso y con todos los requisitos exigidos para el mismo

El presente proceso **SI** aplica para la limitación MiPymes teniendo en cuenta que el presupuesto supera los 125.000 dólares, de conformidad con lo establecido en los artículos 2.2.1.2.4.2.2 a 2.2.1.2.4.2.4 del decreto 1082 de 2015, modificado por el artículo 5 del decreto 1860 de 2021 y Ley 2069 del 31 de diciembre de 2020.

De igual manera podrán presentarse aquellos oferentes que ostenten la participación de productor Nacional de conformidad a lo dispuesto en las leyes 2069 de 2020 y 816 de 2003.

1.6 IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y JUSTIFICACIÓN

La Unidad Prestadora de Servicios de Salud Guajira tiene dentro de sus necesidades la utilización de los **SERVICIO DE ATENCIÓN "LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001, ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIO SERVICIOS, COMO CONSULTA AMBULATORIA, MANEJO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITLIZADOS, SEGÚN EL ACUERSO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP".**

La Unidad Prestadora de Salud Guajira no cuenta en la actualidad con los recursos físicos, tecnológicos, ni humano que le permita prestar este servicio dentro de la red propia y se requiere contar con un equipo humano idóneo, capacitado, entrenado y con experiencia para la prestación de servicio objeto a contratar.

De acuerdo a la normatividad establecida el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional se debe prestar en forma integral el plan de beneficios a sus usuarios en los diferentes niveles de atención en salud, tal como se hallan descritos en el artículo 9° del Acuerdo No 002 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional de Abril 27/2001 en forma oportuna, para así lograr la atención en salud, el diagnóstico y el posterior tratamiento médico.

La Unidad Prestadora De Salud Guajira a través de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 8 tiene la necesidad de contratar el servicio de PSIQUIATRÍA Para el manejo adecuado del paciente en crisis mental, que amerita tratamiento intrahospitalario y ambulatorio en forma oportuna a fin de que el individuo se vincule a su medio laboral y familiar en el menor tiempo posible y el pronóstico de la enfermedad sea favorable.

La contratación actual cuyo número de contrato es 67-7-20345-23, ya se ejecutó en un 100% sin problemas, en la actualidad no se cuenta con un contrato que cubra estas necesidades del presente objeto, motivos por el cual se requiere de una nueva contratación para satisfacer las necesidades de nuestros usuarios y no causar traumatismo en las atenciones en salud, logrando proporcionar estos servicios para el diagnóstico y tratamiento médico.

La Unidad Prestadora de Servicios de Salud Guajira, atendiendo su naturaleza, nivel de complejidad y su razón de ser, requiere continuar ofreciendo la prestación del servicio de salud a los beneficiarios que requieran "**LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001, ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIO SERVICIOS, COMO CONSULTA AMBULATORIA, MANEJO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITLIZADOS, SEGÚN EL ACUERSO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP**"

Con el fin de garantizar la atención oportuna, que contribuyan a mejorar la funcionalidad y calidad de vida, de acuerdo a sus capacidades y habilidades.

Con esta contratación se espera dar continuidad a los servicios que tienen los beneficiarios que asisten actualmente y así mismo poder brindar la posibilidad a otros que puedan requerir de estos servicios, cumpliendo así los objetivos propuestos para cada uno de acuerdo a la evaluación y seguimiento.

Por lo anterior en La Unidad Prestadora de Salud Guajira a través de la Regional de aseguramiento en salud N° 8 requiere contratar los "**LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP"** para los usuarios del Subsistema de salud de la Policía Nacional en el Departamento de La Guajira.

La Unidad Prestadora de Salud Guajira no cuenta con los medios necesarios, ni con el personal profesional suficiente para poder suplir esta necesidad.

No se considera ni se tiene conocimiento que esta información esté cobijada por un Acuerdo Internacional o un Tratado de Libre Comercio vigente para el Estado Colombiano y por esta razón se hace necesario contratar el servicio de atención en psiquiatría con el fin de satisfacer las necesidades de los pacientes que así lo requieran.

IMPACTO AMBIENTAL

Debido a la dinámica de su actividad y su relación causal con elementos externos, las instituciones hospitalarias en su condición de prestadoras de servicios pueden provocar efectos en el entorno circundante y generar desequilibrios en los ambientes físico, químico y biológico al igual que cualquier industria (1). El impacto ambiental del sector salud es muy significativo, debido en su mayoría al consumo intensivo de agua (2) y energía (3) y a la generación de residuos tanto biológicos como de material y equipo médico

PRINCIPALES RECOMENDACIONES QUE SE PUEDEN IMPLEMENTAR EN LAS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS PARA REDUCIR SU HUELLA DE CARBONO.

SUSTANCIAS QUÍMICAS

• Buscar alternativas de sustitución para sustancias como mercurio, glutaraldehído, retardantes de llama, policloruro de vinilo PVC y bisfenol A BPA, entre otros; también para aquellas sustancias que se identifiquen como cancerígenas, mutagénicas o bioacumulativas.
• Establecer políticas que requieran que se brinde información sobre los ingredientes químicos de productos y materiales y aseguren que por lo menos hayan sido sometidos a una prueba de toxicidad básica.

ENERGÍA

• Realizar auditorías energéticas que permitan encontrar puntos de desperdicio y alternativas eficientes de ahorro.
• Iniciar programas de sustitución de energía por fuentes renovables como solar o viento.
• Sustituir los combustibles actuales por otros más limpios.
• Establecer programas de capacitación para reducir el consumo de energía en las actividades desarrolladas.

AGUA

• Establecer un marco de acción que tenga como objetivo un "consumo neto de agua igual a cero" dentro de un sistema hospitalario.
• Reducir consumos instalando grifos e inodoros eficientes y realizando mantenimiento para prevenir pérdidas.
• Eliminar agua en refrigeración y sellado de bombas de vacío.
• Pasar a equipos radiológicos con imágenes digitales.
• Recoger aguas lluvia y reciclar aguas grises para su uso en distintos procesos.
• Implementar tecnologías de tratamiento de aguas residuales in situ.

ALIMENTOS

• Fomentar la adquisición de productos orgánicos locales.
• Eliminar comidas rápidas y refrescos azucarados.
• Promover entre agricultores y distribuidores que se provea de alimentos producidos sin plaguicidas, hormonas o antibióticos.
• Establecer mecanismos de comunicación entre empleados, pacientes y comunidad para inculcar prácticas y procedimientos alimentarios que fomenten la nutrición, la igualdad social y la sustentabilidad ambiental.
• Minimizar los residuos alimentarios.
• Establecer opciones de reutilización de sobras: abonos, comida para animales, etc.
• Promover en los predios del hospital el desarrollo de huertas comunitarias.

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

• Prescribir cantidades pequeñas al recetar un nuevo medicamento.
• No proporcionar muestras de medicamentos a los pacientes (terminan dispuestos de manera inadecuada).
• Informar sobre los métodos de disposición segura de medicamentos (vencidos o no utilizados).
• Desarrollar programas de capacitación a los médicos con el fin de optimizar la prescripción de medicamentos.
• Celebrar contratos que garanticen la devolución de los fármacos sobrantes al fabricante.
• Promover programas de recuperación de medicamentos no utilizados para evitar que sean arrojados a desagües o junto con los residuos domésticos.

RESIDUOS

• Implementar procedimientos de compras que eviten materiales tóxicos y productos descartables innecesarios.
• Separar los residuos en origen, de manera que a cada tipo se le dé el manejo adecuado.
• Reducir el uso de medicamentos inyectables cuando los tratamientos por vía oral tengan la misma eficacia.
• Establecer programas de Basura Cero y de capacitación sobre el manejo de residuos a todo el personal.
• Introducir tecnologías de tratamiento de residuos alternativas a la incineración.

2. ANTECEDENTES ADMINISTRATIVOS DEL PROCESO

UNIDAD CONTRATANTE Y CONTRATISTA	NÚMERO DEL CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN	OBJETO	NÚMERO DE PROCESO	ACIERTOS	PROBLEMAS
RASES 8 UPRES GUAJIRA / CLINICA DE SALUD MENTAL MEDICAR S.A.S.	67-7-200568-21	PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA AMBULATORIA, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, Y REHABILITACION PARA FARMACODEPENDENCIA PARA LA POBLACION USUARIA DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL, SERVICIOS ESTOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001, ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC, Y TUTELAS	PN RASES 8 UPRES GUAJIRA SA MC 118 2021	Se ejecutó sin problemas	Ninguno

		QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS, IGUALMENTE EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP.			
RASES 8 UPRES GUAJIRA / CLINICA DE SALUD MENTAL MEDICAR S.A.S.	67-7-200216-22	PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA AMBULATORIA, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, Y REHABILITACION PARA FARMACODEPENDENCIA PARA LA POBLACION USUARIA DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL, SERVICIOS ESTOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001, ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC, Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS, IGUALMENTE EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP.	PN RASES 8 UPRES GUAJIRA SA MC 094 2022	Se ejecutó sin problemas	Ninguno
RASES 8 UPRES GUAJIRA / CLINICA DE SALUD MENTAL MEDICAR S.A.S.	67-7-200395-23	PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA AMBULATORIA, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, Y REHABILITACION PARA FARMACODEPENDENCIA PARA LA POBLACION USUARIA DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL, SERVICIOS ESTOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001, ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC, Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS, IGUALMENTE EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP.	PN RASES 8 UPRES GUAJIRA SA MC 133 2023	Se ejecutó sin problemas	Ninguno

3. FUNDAMENTOS JURÍDICOS QUE SOPORTAN LA MODALIDAD DE SELECCIÓN

Teniendo en cuenta que el valor estimado del presente proceso no supera el 10% de la Menor Cuantía para la Entidad, el proceso de selección se debe adelantar bajo la modalidad de mínima cuantía, de conformidad con lo previsto en el Artículo 94 de la Ley 1474 de 2011 y numeral 5 del Artículo 2 de la ley 1150 de 2007, modificado por el Articulo 30 ley 2069 del 2020 y los Artículos 2.2.1.2.1.5.1, 2.2.1.2.1.5.2 y 2.2.1.2.1.5.4 del decreto 1082 del 26 de mayo de 2015,modificadas por el Articulo 2 Decreto 1860 de 2021 y su numeral 5 capitulo II Resolución 3049 del 30 de julio de 2014 por el cual se adopta el manual de contratación de la Policía Nacional modificada, actualizada y complementada por la Resolución 00090 del 15 de Enero de 2018.

4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

4.1. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS

Los factores de verificación técnicas están descritos en el anexo ESPECIFICACIONES TECNICAS MINIMA del presente estudio previo, los cuales se comprobarán como CUMPLE o NO CUMPLE..

4.1.1. EXPERIENCIA PROPONENTE

Los factores de verificación técnicas están descritos en el anexo ESPECIFICACIONES TECNICAS MINIMA del presente estudio previo, los cuales se comprobarán como CUMPLE o NO CUMPLE.

4.1.2 NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO (NO APLICA)

4.1.3 EXPERIENCIA (NO APLICA)

4.1.4 EXPERIENCIA DEL PERSONAL

Los factores de verificación técnicas están descritos en el anexo ESPECIFICACIONES TECNICAS MINIMA del presente estudio previo, los cuales se comprobarán como CUMPLE o NO CUMPLE

4.1.5 CAPACIDAD OPERATIVA

Verificar cuadro de condiciones Técnicas - Diligenciar formulario anexo.

4.1.6 OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES

Los factores de verificación técnicas están descritos en el anexo ESPECIFICACIONES TECNICAS MINIMA del presente estudio previo, los cuales se comprobarán como CUMPLE o NO CUMPLE.

4.1. CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE CALIFICACIÓN Y SU JUSTIFICACIÓN (NO APLICA):

4.2. EVALUACIÓN ECONÓMICA Y (FINANCIERA-NO APLICA)

4.3.1. EVALUACIÓN ECONÓMICA

El precio es el factor de selección del proponente. Por lo anterior, la Regional de Aseguramiento en Salud N°8, adjudicará el futuro contrato al oferente que cumpla con todas las condiciones exigidas en los documentos del proceso (estudios previos e invitación pública a participar), y que ofrezca el mayor porcentaje de descuento. La Regional de Aseguramiento en Salud N°8, revisará las ofertas económicas y verificará que el mayor porcentaje de descuento cumpla con las condiciones de la invitación. Si esta no cumple con las condiciones de la invitación, se verificará el cumplimento de los requisitos de la invitación de la oferta con el segundo mayor porcentaje de descuento y asi sucesivamente.

Atendiendo lo dispuesto en el Artículo 94 de la Ley 1474, Artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015 y que el presupuesto no sobrepasa el 10% de la menor cuantía para la Policía Nacional, la escogencia recaerá sobre aquella oferta con el mayor porcentaje de descuento, siempre que se encuentre en condiciones de mercado y satisfaga las necesidades de la Entidad. Si ésta no cumple con las condiciones de la invitación, la Entidad Estatal debe verificar el cumplimento de los requisitos de la invitación de la oferta con el segundo mayor porcentaje de descuento, y así sucesivamente, de acuerdo con lo establecido en el Numeral 5 del Artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015 en concordancia con lo contenido en el Sub numeral 8, Numeral 2.2.5.4 "Procedimiento" de la Resolución 03049 del 30 de Julio de 2014 "Por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional.

Si el oferente no discrimina el impuesto al valor agregado – IVA y el bien o servicio, causa dicho impuesto, la Unidad Prestadora de Salud Guajira lo considerará incluido en el valor total de la oferta y así lo aceptará el proponente.

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 en su Unidad Prestadora de Salud guajira, no reconocerá ningún reajuste de tarifas o precios durante la vigencia del contrato, por lo tanto, el oferente debe proyectar el valor de la oferta por el tiempo de ejecución del contrato respectivo, estos valores no estarán sujetos a modificaciones por concepto de inflación y por ningún motivo se considerará costos adicionales.

Para efectos de la evaluación económica, se considerará que la propuesta es hábil siempre que cumpla con la totalidad de los requisitos de orden jurídico y técnico, y cuando la misma no supere el precio techo unitario asignado a cada ítem.

El oferente presentará su oferta económica en la plataforma del SECOP II de acuerdo con los criterios establecidos por la entidad.

Nota 1: Para establecer el orden de elegibilidad se tendrá en cuenta la oferta cuyo **MAYOR PORCENTAJE ÚNICO DE DESCUENTO** oferten a todos los servicios contenidos en el presente proceso.

Nota 2: La oferta económica será diligenciada en la plataforma del SECOP II bajo los siguientes parámetros y/o condiciones:

- Es de obligatorio cumplimiento el ofrecimiento del cien por ciento (100%) de los servicios solicitados, si no se cumple con este requisito, no será tenida en cuenta la oferta.
- El oferente no podrá superar el valor estimado de ningún servicio en referencia ya que de lo contrario se rechazará la oferta.

Nota 3: El proceso será adjudicado por la totalidad del presupuesto oficial establecido por la entidad.

Nota 4: Para los precios artificialmente bajos, se dará aplicabilidad a lo señalado en el Artículo. 2.2.1.1.2.2.4. Del Decreto 1082 de 2015, el cual indica si de acuerdo con la información obtenida por la Entidad Estatal en su deber de análisis de que trata el artículo 2.2.1.1.1.6.1. Del presente decreto, el valor de una oferta parece artificialmente bajo, la Entidad Estatal debe requerir al oferente para que explique las razones que sustentan el valor ofrecido. Analizadas las explicaciones, el comité evaluador de que trata el artículo anterior, o quien haga la evaluación de las ofertas, debe recomendar rechazar la oferta o continuar con el análisis de la misma en la evaluación de las ofertas.

Cuando el valor de la oferta sobre la cual la Entidad Estatal tuvo dudas sobre su valor, responde a circunstancias objetivas del oferente y de su oferta que no ponen en riesgo el cumplimiento del contrato si éste es adjudicado a tal oferta, la Entidad Estatal debe continuar con su análisis en el proceso de evaluación de ofertas.

4.3.2 FACTORES ADICIONALES DE CALIFICACIÓN Y SU JUSTIFICACIÓN:

NO APLICA

4.3.3 CRITERIOS DE DESEMPATE

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 aplicara lo contemplado en el artículo 2.2.1.2.4.2.17 del Decreto 1082 de 2015, de conformidad por lo dispuesto en la Ley 2069 del 31 de diciembre de 2020, reglamentada por el Decreto 1860 de diciembre de 2021, siempre y cuando se surtan todas las evaluaciones y se evidencie el empate para los oferentes.

NOTA: en caso de no lograrse el desempate se dará aplicabilidad al numeral 12, **artículo 35, factores de desempate, del Decreto 1860 de diciembre de 2021.** Cuando persiste el empate, la entidad tiene a bien desempatar entre las entidades empatadas el método de BALOTAS, con las cuales realizara de la siguiente forma así:

- La Administración dispondrá de balotas debidamente numeradas.
- La numeración de las balotas iniciará en el número 1 y continuarán numeradas en orden ascendente.
- El delegado, en presencia de todos los oferentes que se encuentren empatados en puntos, introducirá las balotas numeradas en una bolsa de color negro.
- El número de balotas introducidas será el doble al número de oferentes empatados en puntos.
- Al momento de esta diligencia los oferentes deberán acreditar la facultad legal para participar en el mismo, ya sea por ser el proponente, su representante legal, por estar debidamente autorizado por éste último mediante poder para actuar a su nombre.
- La participación para tomar la balota de la bolsa se hará en orden alfabético, teniendo en cuenta la primera letra del primer apellido o de la razón social del oferente, sea éste persona natural, jurídica, consorcio o unión temporal.

- Una vez el oferente tome la balota de la bolsa la tendrá en su poder sin hacer público el número sacado, hasta tanto no hayan tomado la balota todos los participantes.
- Posterior a esto, se hará pública la numeración de las balotas que los oferentes tienen en su poder.
- El empate se resolverá a favor del proponente que haya sacado la balota marcada con el mayor número.

De la presente diligencia se levantará la respectiva acta, con la firma de todos los participantes

5. CONDICIONES DEL CONTRATO

Se tomarán como base del contrato que resulte del presente proceso, las condiciones establecidas en el presente estudio y las que deriven de la invitación publica y modificaciones que surjan durante el proceso contractual.

5.1. LUGAR DE ENTREGA O LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

La entidad proponente que le sea adjudicada la contratación objeto del presente estudio, deberá prestar los servicios en la sede o sedes en cuya dirección ofertó en su propuesta Las cuales deben encontrarse debidamente habilitados por el Ministerio de Salud y Protección Social y La cual debe estar ubicada en la ciudad de Riohacha.

5.2. FORMA DE EJECUCIÓN

La ejecución de presente contrato se requiere bajo la modalidad de TRACTO SUCESIVO, en las condiciones, presentaciones y con las garantías exigidas, hasta agotar el presupuesto asignado al presente proceso. Para cumplir con el objeto del contrato el oferente que resulte seleccionado en la evaluación de las propuestas, deberá ejecutarlo cumpliendo estrictamente las condiciones y especificaciones solicitadas por la parte contratante.Por lo tanto, la prestación de los servicios de salud se hará dentro de los parámetros de la oportunidad de atención médica

5.3. PLAZO DE EJECUCIÓN

Para el desarrollo de la ejecución del contrato que se suscriba como resultado de la definición del proceso, el CONTRATISTA cuenta con un plazo hasta el 31 de diciembre de 2024 o hasta agotar el presupuesto, lo primero que ocurra, para dar cumplimiento cabal a las prestaciones a que se obliga; dicho plazo iniciará a partir de la aprobación de la Garantía Única y entrega de la Carta de Iniciación de Ejecución del Contrato.

5.4. FORMA DE PAGO

Los pagos se realizarán en mensualidades vencidas, dentro de los 60 días calendario siguientes a la radicación de la factura, (SEGÚN GUÍA F-DI-14 MANUAL DE USUARIO – MODULO RECECCION FACTURA ELECTRÓNICA-MINHACIENDA, Las publicaciones realizadas, con la constancia de recibo a satisfacción del servicio, suscrita por el supervisor del contrato, previa presentación de los documentos más adelante relacionados a la central de cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Guajira, de acuerdo al turno y a la programación del Plan Anual de caja (PAC).

La factura electrónica debe ser presentada de acuerdo a la resolución 0042 del 05 de mayo del 2021, por la cual se desarrollan los sistemas de facturación electrónica de venta como título valor y CIRCULAR EXTERNA 016 del 9 de marzo de 2021, que al a letra dice:

"La Administración del SIIF Nación implementó el "Modelo de Recepción de Facturas de Venta, Notas Débito y/o Notas Crédito", el cual aplica de forma obligatoria a partir del 01 de abril de 2021 para todas las Entidades que hacen parte del Presupuesto General de la Nación (PGN), de conformidad con lo establecido en la Directiva Presidencial 09 de septiembre del 2020. Aquellos Proveedores o Contratistas que tengan identificado en el RUT la responsabilidad 52 – Facturador electrónico (emisor), deberán entregar factura electrónica de venta por los bienes y/o servicios ofrecidos a las entidades del ámbito SIIF Nación, como también las notas débito y/o notas crédito, a través del buzón dispuesto para el efecto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, para lo cual la información

tributaria de los terceros creados en el SIIF Nación se actualizará con base en los datos de la DIAN mediante un Servicio Web. Así las cosas, las entidades ejecutoras del PGN, al realizar el registro de la obligación o del egreso de una caja menor, el sistema identificará si el tercero beneficiario de la misma es sujeto a facturar electrónicamente, y al verificarlo solicitará la consulta y vinculación de la(s) factura(s) electrónica(s) de venta en estado "Aprobada" (s) por el supervisor y/o tácitamente, según lo define la norma, para continuar con el proceso de pago.

ACTIVIDADES Y ROLES QUE SE DEBEN CONSIDERAR EN EL PROCESO DE RECECPCIÓN

A continuación, se describen las actividades de cada uno de los roles que intervienen en el proceso:

A) Contratista o proveedor (emisor).

1. Elaborar factura electrónica mediante operador tecnológico autorizado, solución gratuita de la DIAN o software propio, previa habilitación ante la DIAN.

2. Diligenciar en la sección de la factura Datos del Emisor, en el campo "correo" la dirección electrónica, en donde le será notificado en caso de existir fallas en la validación del correo.

3. Diligenciar en el asunto o en la sección de la factura Notas, lo siguiente: #$ luego el código de identificación de la entidad a la cual le va a enviar la factura, datos del contrato, y correo del supervisor o cuentadante de caja menor, finalizando con #$, debidamente separados por punto y coma, según ej. Adjunto.

#$15-03-00; Contrato; Pedro Pérez@ entidadpgn.gov.co #$ ó #$02-01-01; Contrato; centralizada@entidadpgn.gov.co #$

4. Registrar en la sección de la factura Datos del Adquiriente en el campo "Correo", el buzón electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con el fin que, una vez generada la factura electrónica a través del medio seleccionado, éste la envíe automáticamente.

5. Generar factura obteniendo el contenedor electrónico -Documento zip (PDF, XML).

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

#$15-03-00; Contrato; Pedro Pérez@ entidadpgn.gov.co #$ ó #$02-01-01; Contrato; centralizada@entidadpgn.gov.co #$

Nota importante: De no darse el envío automático por parte del proveedor o contratista desde el operador tecnológico autorizado, solución gratuita de la DIAN o software propio, descrito en el numeral 4, estos podrán remitir la factura al buzón indicado para tal fin. 7. La factura se puede direccionar a la entidad del PGN o al supervisor del contrato, según el esquema que la entidad establezca para la recepción de la factura electrónica, siempre y cuando se diligencien los datos requeridos en el numeral 3 o en el numeral 6 o en los dos, y, de no registrarse dicha información en alguna de estas dos opciones, la factura será devuelta al correo registrado en el numeral 2, es decir, al correo electrónico registrado en los datos del emisor en el documento electrónico.

En cuanto a la presentación y validación de los códigos RIPS, después de adjudicado el contrato la entidad debe enviar al correo jeniffer.ortega@correo.policia.gov.co , con los siguientes datos:

1. Código Habilitación
2. Nit
3. Razón Social
4. Nombre funcionario que cargara los rips
5. Cedula
6. Teléfono
7. Celular

8. Fecha Inicio Contrato
9. Fecha Final Contrato
10. Correo Electrónico

Para crearle un usuario y contraseña y poder acceder al sistema RECUM (Registro de Cuentas medicas), para el cargue de los rips. Al finalizar el proceso el prestador del servicio debe "Generar el soporte de Pre radicado generado por el sistema al cual será entregado junto con la factura, en la oficina de central de cuentas de la unidad.

La factura junto con los documentos soporte, pre radicado, planilla y constancia de aportes parafiscales, deben ser presentados en paquetes de 200 folios, según manual de archivo y correspondencia.

La RASES No.8 efectuará el pago del valor del contrato en los términos establecidos por la ley siempre y cuando EL CONTRATISTA presente los documentos requeridos por la RASES No 8 para efectuar el pago, previo cumplimiento de los trámites administrativos y fiscales vigentes y conforme con los cupos de PAC autorizados por la Dirección del Tesoro Nacional, y de acuerdo al derecho de turno señalado en el artículo 19 de la ley 1150 de 2007. En ningún momento la aprobación de cupos de PAC será impedimento para la ejecución del contrato.

Todos los pagos a que se compromete la RASES No.8 serán cancelados dentro de los sesenta (60) días calendario siguiente a aquel en que haya sido presentada la respectiva factura y previo situado de los dineros correspondientes por parte de la Dirección de Sanidad.

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

Enviar la facturación los 5 (cinco) primeros días del mes siguiente a la prestación del servicio a la ventanilla Única de Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Servicios de Salud Guajira, ubicada en la calle 15 carrera 7 esquina, con los siguientes soportes:

INSTRUCTIVO DE FACTURACION ELECTRONICA

a. Factura comercial en original y copia, donde se estipule cada servicio prestado con su respectivo código (CUPS), individual por cada paciente.
b. Recibo a satisfacción de la prestación de servicio expedido por el **SUPERVISOR DEL CONTRATO**.
c. **Original de la boleta de autorización (orden de servicio externo) expedida por los funcionarios de la Oficina de Referencia y Contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Servicios de Salud Guajira, adicionando los siguientes documentos:** a) RIPS en medio magnético correspondientes a la facturación presentada. b) Fotocopia de los resultados de exámenes paraclínicos y demás ayudas diagnósticas, incluidas las lecturas correspondientes. c) Facturas con soportes: orden de servicio externo, con la firma del usuario del servicio recibido a satisfacción, anexando copia de documentos de identidad del usuario (carné en copia por ambas caras o constancia vigente, cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad o registro civil). d) Factura que cumpla con los requisitos legales vigentes establecidos por la DIAN
d. Facturar los servicios médicos, diagnósticos y terapéuticos según la tarifa presentada por la entidad en la oferta económica aprobada.
e. Los servicios de **ALTO COSTO** deben ser facturados de manera individual y separados de los demás servicios incluidos en el Plan de Beneficios, identificando la factura con el servicio prestado según corresponda. Dicha factura deberá traer los respectivos soportes establecidos en la presente cláusula, incluida la lectura de las ayudas diagnósticas.
f. Anexar los documentos soportes de acuerdo al anexo No. 5 de la Resolución 4331 del 19 de Diciembre del 2012 que modificó parcialmente la Resolución 3047 del 2008 y demás soportes que requiera la RASES No 8 Sanidad Atlántico para realizar la auditoria respectiva.
g. En lo referente a los RIPS, el CONTRATISTA debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 MINSALUD de 2000 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen. Los RIPS deberán ser presentados en medio magnético mensualmente y deben corresponder a la facturación que se está radicando.
h. **Allegar con la correspondiente factura, el recibo de pago de aportes parafiscales y de seguridad social actualizado** según corresponda de acuerdo a la ley 1607 de 2012, donde se especifique el mes de pago del mismo, de igual manera anexar en los casos que apliquen la planilla pila.
i. Fotocopia de la hoja del contrato en donde se encuentra el registro presupuestal.

j. Las cuentas que sean radicadas deben corresponder a la facturación de los servicios que fueron prestados en el mes inmediatamente anterior a la fecha en que se entrega la facturación.

DOCUMENTOS REQUERIDOS Y/O CONDICIONES PARA PRESENTAR LA FACTURA:

- La radicación de la facturación (Impresa y en medio magnética) de los servicios prestados se debe hacer dentro de los cinco (05) primeros días calendarios del mes siguiente a la prestación, la cual como mínimo debe cumplir con:
- Relación general de pacientes atendidos, detallando la pre-factura por cada uno de ellos discriminada y firmada por el usuario o acudiente.
- Requisitos establecidos por la DIAN.
- Soportes de ley para la auditoría de cuentas definidos en el Decreto 4747 de 2007, Anexo 5 de la Resolución 3047 MINISTERIO DE PROTECCIÓN de 2008 y demás normas que las aclaren o modifiquen.
- La factura debe venir debidamente firmada por quien la expide, con datos del paciente y valor, legajada tamaño oficio, con gancho totalmente plástico, foliada en forma consecutiva en la parte superior derecha de cada hoja con lapicero negro máximo hasta 200 folios, hoja de control debidamente diligenciada de código 1GD-FR-0007, en carpetas cuatro aletas de color blanco y caja de cartón para archivar No. 12 -200 con medidas de (21 cm de ancho x 40.5 cm de largo y 26 cm de alto), para evitar pérdida de soportes individuales y hacer el seguimiento de los mismos en caso de inconsistencias,
- La organización de los documentos en la carpeta cuatro aletas de color blanco será la siguiente: hoja de control, Factura, si es única debe traer costo por paciente y servicio, listado en Excel de usuarios atendidos, unidades documentales, (unidad documental corresponde a autorización por referencia, orden médica, documento de identidad e historia clínica), certificación de pagos parafiscales, cuadro de relación de facturas y CD con los RIPS en sobre y marcado, esto corresponde a la unidad documental.
- Información de prestaciones de servicios de salud - RIPS. El RIPS debe cumplir con lo estipulado en la Resolución 3374 MINSALUD de 2000 y demás normas que lo reglamenten o modifiquen. El sistema que genere el RIPS deberá adicionar en una última columna para las prestaciones "Consulta Médica Especializada primera vez (890202)" y "Consulta Médica Especializada control (890302)" el detalle sobre qué tipo de consulta es. (Ej.: Otorrinolaringología, Cirugía General, Dermatología, Oftalmología)
- 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 realizarán hasta el mes siguiente.
- 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.
- El Contratante dará trámite a las facturas que no presenten objeciones.
- Se debe adjuntar la hoja de gastos de administración de medicamentos, materiales o insumos especiales y costos, en caso de requerirse para el examen o procedimiento, y se adjuntará a la factura de venta de aquellos dispositivos, materiales e insumos que se utilicen.
- Certificado de aportes parafiscales expedido por el representante legal o Revisor Fiscal y/o planilla de consulta de autoliquidación de los aportes diligenciada escribiendo los datos denominada unidad documental y demás documentos que correspondan (listado en Excel, CD, factura, certificación de pagos para fiscales, certificación bancaria)
- Aprobación de garantía, esta debe amparar el total de la fecha de ejecución del contrato.
- Registro presupuestal vigente al contrato.

AUDITORIA DE CUENTAS

La facturación presentada estará sujeta a la auditoría de cuentas, para lo cual el responsable de la Ventanilla Única – Central de cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Guajira, tramitará la cuenta acompañada del recibo a satisfacción, para que se realice la auditoria, como se indica en el Artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

OBJECIONES Y GLOSAS

Para los conceptos de facturación que no tengan objeción, se dará trámite para pago. En el evento que se presenten glosas en las cuentas presentadas, estas se tramitaran de conformidad en lo establecido en el Artículo 57 de la Ley 1438 del 19 de enero de 2011.

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 proceder a citar para conciliación de estas al contratista en los siguientes quince (15) días hábiles a la recepción de la misma por el contratante, la cual se hará por escrito.
- Si no se llegara a una conciliación efectiva en la Unidad Prestadora de Salud Guajira se realizará en segunda instancia apoyándose en el Grupo de Auditoría Médica de la Regional de aseguramiento en salud No.8 y posteriormente en tercera instancia con el grupo de auditoría médica de la DISAN.
- El contratista asistirá a las conciliaciones en las fechas establecidas por auditoria y ese día se cumplirá ley de archivo para el caso de facturas que continúen para pago como glosas conciliadas.

PARA EL PAGO

- Mecanismos y forma pago de los servicios prestados por la IPS. (De conformidad con la normatividad vigente para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional). Tener en cuenta los cupos de PAC autorizados por el Tesoro Nacional y que en ningún momento la aprobación de cupos de PAC no será impedimento para la ejecución del contrato.
- Formato de Beneficiario Cuenta vigente (Declaración de la cuenta bancaria activa) con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.

NOTA: La entidad contratada podrá prestar los servicios médicos autorizados por comité técnico científico "CTC", por parte de nivel central, así mismo los servicios autorizados por TUTELAS, siempre y cuando estos servicios estén autorizados por la oficina de referencia y contrareferencia o la Jefatura de la Unidad Prestadora de Salud Guajira y el supervisor del contrato y serán cancelados con recurso propios del contrato.

- En el caso de generarse glosas, el contratista deberá aportar la carpeta cuatro aletas de color blanco, para dar trámite a los pagos de glosas y a esto se aplicará ley de archivo como está establecido en la FORMA DE PAGO.

Causales de no pago:

- Todo servicio ambulatorio (primera vez o control) que no cuente con formato de autorización por parte de la oficina de las autorizaciones del Unidad Prestadora de Salud Guajira.
- Toda urgencia, que no cuente con código de notificación por parte de la central de autorización de la Unidad de Salud Policial, salvo que se hayan agotado los procedimientos de notificación establecidos en el Decreto 4747 MINISTERIO DE PROTECCIÓN de 2007 y Resolución 3047 MINISTERIO DE PROTECCIÓN de 2008.
- Prestaciones en los servicios de urgencias más allá del servicio de clasificación de triage y de la consulta médica de urgencias, siempre y cuando no superen las pautas de auditoría de pertinencia dadas para ser consideradas como una urgencia, conforme a la normatividad vigente.
- Atención más allá de la atención inicial de urgencias, si no se han surtido los trámites de notificación previstos en el Decreto 4747/2007.
- Todo procedimiento adicional no autorizado, salvo que se haya prestado atendiendo un riesgo inminente para la vida del paciente.
- La atención del evento adverso, entendido como "el daño o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente" corre por cuenta del prestador, no será cancelado por el Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
- Bien o servicio electivo, fuera del plan de beneficio del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, que no haya sido diligenciado en el formato del Comité Técnico Científico "CTC" DISAN y aprobado por esa instancia del nivel central.
- Bien o servicio para administración urgente o tutela, que esté fuera del plan de beneficio del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, cuando luego de haberse prestado la atención con la inmediatez requerida, no haya sido

reportado en el formato del Comité Técnico Científico "CTC" DISAN (El concepto de favorabilidad para estos casos que emita el Comité Técnico Científico "CTC", obrará como herramienta de mejoramiento y supervisión, más no como causal de no pago)

Las contempladas en la Resolución 3047 MINISTERIO DE PROTECCIÓN de 2008, Resolución 416 MINISTERIO DE PROTECCIÓN de 2009 y demás normas que las modifiquen o adicionen.

5.5. SUPERVISOR, INTERVENTOR Y/O COORDINADOR

La supervisión y seguimiento del contrato estará a cargo del LIDER DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE LA UPRES - DEGUA, o quien con posterioridad designe el ordenador del gasto para tal fin a través del Jefe de la unidad prestadora de salud Bolívar. Será la persona responsable de la supervisión, vigilancia y control de ejecución del contrato según corresponda, para ello deberá cumplir con lo dispuesto en la Resolución No.00090 del 15 de enero del 2018, por medio de la cual se reglamenta las funciones de los supervisores de contratos en la Policía Nacional y las demás que se originen del presente contrato tendientes a exigir su debida ejecución por parte del CONTRATISTA.

5.6. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Las obligaciones del contratista están descritas en el Anexo OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA del presente estudio previo. Material ambiental.

5.7. OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL

Las obligaciones del contratista están descritas en el Anexo OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA del presente estudio previo. Material ambiental.

6. FORMA Y PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN

7. LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 8 realizará la adjudicación de **FORMA TOTAL**, mediante aceptación de la oferta, el cual será notificado siguiendo el procedimiento establecido en el decreto 1082 de 2015, a aquel oferente u oferentes que cumplan con los requisitos exigidos en la invitación y que obtengan la mejor calificación en la evaluación.

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

SE ENCEUNTRAN DESCRITA EN EL ANEXO ESTIMACIÓN, TIPIFICACIÓN, ASIGNACIÓN DE RIESGOS Y DETERMINACIÓN DE GARANTÍAS.

II. ESTUDIO DEL SECTOR

1. ANÁLISIS DE LA DEMANDA

La Unidad Prestadora De Salud Guajira a través de la Regional de Aseguramiento en Salud Nº 8 tiene la necesidad de contratar el servicio integral de PSIQUIATRÍA para el manejo adecuado del paciente en crisis de salud mental, que amerita tratamiento intrahospitalario y ambulatorio en forma oportuna a fin de que el individuo se vincule a su medio laboral y familiar en el menor tiempo posible y el pronóstico de la enfermedad sea favorable.

La población de usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional tiene el riesgo de padecer de enfermedad mental en un momento determinado, especialmente el personal Uniformado que, por las características de su actividad, en particular en lo relacionado con orden público, determinan un mayor porcentaje de sufrir patologías mentales como consecuencia de dicha labor, a esto se suma el factor familiar.

CUPS (CLASIFICACIÓN ÚNICA POCEDIMIENTOS EN SALUD) 9

SERVICIO_AUTORIZADO	Autorizaciones	%	VALOR_ITEM
890384 -CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIM..	42	32,31%	4.072.944
890284 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPE..	30	23,08%	2.155.322
890208 -CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSIC..	23	17,69%	1.461.000
512710 -INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD M..	16	12,31%	144.888.410
512802 -INTERNACION PARCIAL EN HOSPITAL (..	8	6,15%	33.800.000
890308 -CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIM..	8	6,15%	476.534
943102 -PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICO..	1	0,77%	389
940201 -ADMINISTRACION [APLICACION] DE PR..	1	0,77%	203
502T01 -TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZAD..	1	0,77%	1.632.096
Total general	130	100,00%	188.486.898

La enfermedad mental en sus formas graves (esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno esquizo-afectivo, depresión mayor, trastorno de estrés postraumático), presenta en su historia natural, crisis de salud mental o episodios de agudización, en los cuales se puede comprometer la capacidad de autodeterminación del paciente, con cambios de comportamiento de tal severidad que pueden poner en riesgo la integridad o la vida de otros o del paciente mismo; en estos casos se requiere de un tratamiento intrahospitalario que minimice dichos riesgos, para lo cual se requiere de una unidad o infraestructura específicamente diseñada para tal fin.

RASES AUTORIZADOR

REGIONAL	Autorizacio..	%
RASES 8	130	100,00%
Total general	130	100,00%

UPRES AUTORIZADOR

UPRES	Autorizaciones	%
GUAJIRA	130	100,00%
Total general	130	100,00%

CENTRO AUTORIZADOR 1

CENTRO_AUTORIZADOR	Autorizaciones	VALOR_ITEM
ESPRI COMANDO GUAJIRA	130	$ 188.486.898
Total general	130	$ 188.486.898

© 2024 Mapbox © OpenStreetMap

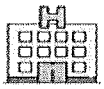
AMBITO

AMBULATO..



105
81%

HOSPITALA..



24
18%

URGENCIAS



1
1%

MOMENTO CURSO VIDA

MOMENTO CURS..	Autoriz..	%
Adultez (29 - 59)	77	59,23%
Juventud (18 - 28)	24	18,46%
Adolescencia (12 - 17)	22	16,92%
Vejez (>60)	5	3,85%
Infancia (6 - 11)	2	1,54%
Total general	130	100,00%

USUARIO AUTORIZADOR

FUNCIONARIO_AUTORIZADOR	Autorizaci..	%
KENDY ROSA SPROCKEL ALMAZO	54	41,54%
WILSON RAFAEL PIMIENTA COTES	29	22,31%
NORHOR LLEY RESTREPO LOPEZ	28	21,54%
DANIA LICETH GOMEZ PINTO	13	10,00%
ARLEY ANDRES CONTRERAS GOM..	5	3,85%
JOCELIN GISEL ZUQIGA ALARCON	1	0,77%
Total general	130	100,00%

ESTADO AUTORIZACIÓN

ANULADA	1	0,77%
APROBADA	129	99,23%
Total general	130	100,00%

ESTADO USUARIO

ESTADO_USUA..	Autorizaciones	%
ACTIVO	28	21,54%
BENEFICIARIO	54	41,54%
PENSIONADO	48	36,92%

Con esta contratación se beneficiará toda la población del Subsistema de Salud de la Policía Nacional especialmente la población adscrita al Departamento de Policía Guajira en edades de mayor riesgo a sufrir patologías que ameriten atención psiquiátrica.

2. ANÁLISIS DEL MERCADO

En el mercado local existen Instituciones, entidades prestadoras de servicios de psiquiatría jurídicamente constituidos para prestar los servicios del objeto a contratar, teniendo en cuenta que la unidad prestadora de salud Guajira no cuenta con la infraestructura ni equipos ni personal adecuada para "LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP" siendo beneficiosa la tercerización para la prestación de estos servicios.

se pudo constatar que la **CLINICA DE SALUD MENTAL MEDICAR, I.P.S. SANA Y VIVE S.A.S** que de acuerdo al análisis del mercado pueden ofrecer los servicios objeto de este proceso y lo pueden prestar debidamente justificado, garantizando la atención oportuna de acuerdo a la justificación por georreferenciación a nuestros usuarios del subsistema de salud de la policía en jurisdicción del departamento de Policía Guajira, de la misma forma al encontrar pluralidad de oferentes redundaría en buenos costos y beneficios porque los usuario podría tener una atención oportuna a una tarifa razonable para la Dirección de sanidad – Unidad prestadora de salud Guajira.

De acuerdo al estudio de mercado realizado con las cotizaciones allegadas, en Riohacha existen entidades que pueden ofrecer los servicios, lo que permitiría que con alguna de estas entidades se puedan contratar la prestación de estos servicios, toda vez que cuentan con el recurso humano idóneo e infraestructura vehículos para llevar a cabo el objeto del contrato, y por ende garantizar la continuidad en la prestación de servicios.

DESCRIPCIÓN DEL MERCADO

En la ciudad de Riohacha se encuentran entidades prestadoras de servicios de salud Psiquiátricas con internación.

3. ANÁLISIS DE LA OFERTA

IDENTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR:

NOMBRE	DIRECCIÓN
CLINICA DE SALUD MENTAL MEDICAR	CALLE 20 # 1 – 118 Riohacha – La Guajira
I.P.S. SANA Y VIVE S.A.S	Calle 19 No. 7A-169 Riohacha – La Guajira

NOTA: la solicitud de cotización se realizó por medio de plataforma Colombia compra eficiente bajo la referencia PN-RASES8-SIP-066-2024, donde no se obtuvo respuestas de proveedores, por tal motivo se enviar en físico, es de anotar que solo una empresa presento respuesta a esta solicitud.

ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DE COSTO: Los servicios ya han sido contratados y se tienen bases de tarifas.

COSTOS DE OPORTUNIDAD: Por ser este un departamento con limitaciones de oferentes para el servicio objeto del presente estudio, las tarifas tienen variaciones consideratívas y más por la dificultad de acceso donde se requiere el servicio.

VALORACIÓN DE BENEFICIOS: La Regional de Aseguramiento en Salud Nº 8 al adquirir el servicio de Psiquiatría para el manejo adecuado del paciente en crisis de salud mental, que amerita tratamiento intrahospitalario y ambulatorio en forma oportuna a fin de que el individuo se vincule a su medio laboral y familiar en el menor tiempo posible y el pronóstico de la enfermedad sea favorable.

COSTOS INDIRECTOS: : El oferente deberá sufragar con las pólizas, certificaciones, costo de intermediación, gastos administrativos en los que se incurra al desarrollar el proceso de contratación y la ejecución del contrato; de igual manera el oferente debe asumir los mantenimientos preventivos y correctivos de los equipos y vehículos como es también que se le asigna la responsabilidad con la constitución de pólizas que amparen el riesgo del contrato en que caso que sea necesario deben ser asumidas por el adjudicatario, los salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones del personal que el oferente requiera para el cumplimiento del objeto contractual.

4. MONEDA A CONTRATAR

La moneda a contratar será pesos colombianos, en la cual se debe presentar la oferta y se celebrará el contrato

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 (otras entidades)
- Precios históricos (anteriores contrataciones: Policía Nacional).
- Precios de catálogo o portales web.
- Precios del mercado (cotizaciones).

5.1. PRECIOS REFERENCIA SECOP II

Se consultó la página www.colombiacompra.com, y se deja constancia de contratos de similar objeto al que se pretende contratar llevados a cabo en otras entidades, con objeto relacionado al del presente proceso y se encontraron los siguientes contratos con un objeto similar.

ENTIDAD CONTRATANTE Y CONTRATISTA	OBJETO	NÚMERO DEL CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NÚMERO DE PROCESO	VALOR
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – INVERSIONES NUEVO SER	PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN PSIQUIATRIA (ATENCIÓN ESPECIALIZADA AMBULATORIA, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, Y TRATAMIENTO PARA CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS) PARA TODA LA POBLACION USUARIA DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL ADULTA Y PEDIATRICA , PERTENECIENTE AL DEPARTAMENTO DE POLICIA ATLANTICO, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL, SERVICIOS ESTOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001, ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC, Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE	67-7-200299-23 del 24-08-2023	PN RASES 8 – MIC 040 - 2023	$ 116.000.000

Nota: Según la consulta realizada en el Portal de Contratación Estatal, se encuentran varios procesos con objeto similar del presente proceso, pero varían en los servicios que pretende contratar Unidad Prestadora de Salud

5.2. PRECIOS HISTÓRICOS

ÍTEM	ENTIDAD CONTRATANTE Y CONTRATISTA	NÚMERO DE CONTRATO	DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR UNITARIO PROYECTADO CON IPC
1	RASES 8 UPRES GUAJIRA / CLINICA DE SALUD MENTAL MEDICAR S A S	67-7-20568-21	PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA AMBULATORIA, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, Y REHABILITACIÓN PARA FARMACODEPENDENCIA PARA LA POBLACIÓN USUARIA DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, QUE PRESENTEN PATOLOGÍAS DE SALUD MENTAL, SERVICIOS ESTOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001, ASÍ COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC, Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS, IGUALMENTE EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSMP	135.000.000	5.62%

2	RASES 8 UPRES GUAJIRA / CLINICA DE SALUD MENTAL MEDICAR S A S	67-7-200216-22	PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA AMBULATORIA, URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, Y REHABILITACIÓN PARA FARMACODEPENDENCIA PARA LA POBLACIÓN USUARIA DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, QUE PRESENTEN PATOLOGÍAS DE SALUD MENTAL, SERVICIOS ESTOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001, ASÍ COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC, Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS, IGUALMENTE EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSMP	120.000.000,00	13,12%
3	RASES 8 UPRES GUAJIRA / CLINICA DE SALUD MENTAL MEDICAR S.A.S..	67-7-200395-23	PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP	$115.000.000,00	9,28%

ITEM	DESCRIPCIÓN SERVICIOS	CONTRATO 67-7-20568-21	CONTRATO 67-7-20568-21 +IPC 2021+IPC 2022+IPC 2023	CONTRATO 67-7-200216-22	CONTRATO 67-7-200216-22+IPC 2022+IPC 2023	CONTRATO 67-7-200395 – 23	CONTRATO 67-7-200395 – 23 + IPC 2023	PRECIO HISTÓRICO
1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	59.500,00	$ 77.686,08	95.228,00	$ 117.718,51	95.456,00	$ 104.314,32	$99.906
2	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	39.500,00	$ 51.573,11	50.067,00	$ 61.891,59	74.017,00	$ 80.885,78	$64.783
ATENCION DE URGENCIAS EN UNIDAD DE SALUD MENTAL PARA PACIENTES ADULTOS Y MENORES DE EDAD CON PATOLOGIA MENTAL AGUDA								
3	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA	56.283,00	$ 73.485,81	93.594,00	$ 115.698,60	108.186,00	$ 118.225,66	$ 102.470
4	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	36.665,00	$ 47.871,60	48.627,00	$ 60.111,50	63.642,00	$ 69.547,98	$ 59.177
5	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	56.161,00	$ 73.326,52	183.532,00	$ 226.877,74	201.561,00	$ 220.265,86	$ 173.490
6	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	42.000,00	$ 54.837,23	101.338,00	$ 125.271,54	88.116,00	$ 96.293,16	$ 92.134
7	EVALUACIÓN EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	42.000,00	$ 54.837,23	71.338,00	$ 88.186,28	84.876,00	$ 92.752,49	$ 78.592
8	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA EN ALTERACIONES EMOCIONALES	34.500,00	$ 45.044,87	97.527,00	$ 120.560,47	89.922,00	$ 98.266,76	$ 87.957

	(AFECTIVAS) O DE CONDUCTA							
9	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	32.000,00	$ 41.780,75	116.257,00	$ 143.714,04	94.233,00	$ 102.977,82	$ 96.158
10	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGÍA	38.000,00	$ 49.614,64	49.305,00	$ 60.949,63	92.049,00	$ 100.591,15	$ 70.385
11	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRÍA	70.500,00	$ 92.048,21	100.817,00	$ 124.627,49	113.577,00	$ 124.116,95	$ 113.598
ATENCION EN HOSPITALIZACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL PARA PACIENTES ADULTOS Y MENORES DE EDAD CON PATOLOGIA MENTAL AGUDA								
12	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	59.500,00	$ 77.686,08	95.228,00	$ 117.718,51	95.456,00	$ 104.314,32	$ 99.906
13	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	38.250,00	$ 49.941,05	49.432,00	$ 61.106,62	73.543,00	$ 80.367,79	$ 63.805
14	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA	56.283,00	$ 73.485,81	93.594,00	$ 115.698,60	108.186,00	$ 118.225,66	$ 102.470
15	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	35.415,00	$ 46.239,54	47.992,00	$ 59.326,53	77.118,00	$ 84.274,55	$ 63.280
16	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	93.661,00	$ 122.288,34	202.548,00	$ 250.384,85	215.770,00	$ 235.793,46	$ 202.822
17	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL Incluye: AQUELLA REALIZADA AL INDIVIDUO, A LA PAREJA O A LA FAMILIA; MÉTODOS O TÉCNICAS TERAPÉUTICAS APLICADAS COMO LA TERAPIA FAMILIAR ENTRE OTRAS	18.355,00	$ 23.965,18	64.325,00	$ 79.516,98	63.274,00	$ 69.145,83	$ 57.543
18	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	42.000,00	$ 54.837,23	101.338,00	$ 125.271,54	106.716,00	$ 116.619,24	$ 98.909
19	EVALUACIÓN EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	42.000,00	$ 54.837,23	101.338,00	$ 125.271,54	106.716,00	$ 116.619,24	$ 98.909
20	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	42.000,00	$ 54.837,23	101.338,00	$ 125.271,54	106.716,00	$ 116.619,24	$ 98.909
21	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	58.000,00	$ 75.727,61	129.446,00	$ 160.017,96	118.037,00	$ 128.990,83	$ 121.579
22	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGÍA	48.000,00	$ 62.671,12	54.386,00	$ 67.230,63	81.890,00	$ 89.489,39	$ 73.130

23	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRÍA	70.500,00	$ 92.048,21	100.817,00	$ 124.627,49	99.627,00	$ 108.872,39	$ 108.516
ATENCION EN UNIDAD DE HOSPITALIZACION PARA DESINTOXICACION DE PACIENTES ADULTOS Y MENORES DE EDAD CON CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS								
24	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	59.500,00	$ 77.686,08	95.228,00	$ 117.718,51	109.406,00	$ 119.558,88	$ 104.988
25	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	38.250,00	$ 49.941,05	49.432,00	$ 61.106,62	78.193,00	$ 85.449,31	$ 65.499
26	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA	56.283,00	$ 73.485,81	93.594,00	$ 115.698,60	108.186,00	$ 118.225,66	$ 102.470
27	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	35.415,00	$ 46.239,54	47.992,00	$ 59.326,53	63.168,00	$ 69.029,99	$ 58.199
28	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	93.661,00	$ 122.288,34	202.584,00	$ 250.429,35	215.780,00	$ 235.804,38	$ 202.841
29	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL Incluye: AQUELLA REALIZADA AL INDIVIDUO, A LA PAREJA O A LA FAMILIA; MÉTODOS O TÉCNICAS TERAPÉUTICAS APLICADAS COMO LA TERAPIA FAMILIAR ENTRE OTRAS	18.355,00	$ 23.965,18	64.325,00	$ 79.516,98	72.574,00	$ 79.308,87	$ 60.930
30	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	42.000,00	$ 54.837,23	101.338,00	$ 125.271,54	106.716,00	$ 116.619,24	$ 98.909
31	EVALUACIÓN EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	42.000,00	$ 54.837,23	101.338,00	$ 125.271,54	106.716,00	$ 116.619,24	$ 98.909
32	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	42.000,00	$ 54.837,23	101.338,00	$ 125.271,54	106.716,00	$ 116.619,24	$ 98.909
33	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	78.000,00	$ 101.840,58	139.627,00	$ 172.603,46	111.676,00	$ 122.039,53	$ 132.161
34	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGÍA	48.000,00	$ 62.671,12	54.386,00	$ 67.230,63	95.840,00	$ 104.733,95	$ 78.212
35	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRÍA	70.500,00	$ 92.048,21	75.817,00	$ 93.723,11	107.002,00	$ 116.931,79	$ 100.901
OTROS SERVICIOS RELACIONADOS								
36	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD BAJA	219.800,00	$ 286.981,52	266.669,00	$ 329.649,65	277.559,00	$ 303.316,48	$ 306.649
37	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD MEDIANA	193.965,00	$ 253.250,09	588.543,00	$ 727.542,35	388.420,00	$ 424.465,38	$ 468.419

38	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD ALTA	270.000,00	$ 352.525,07	169.673,00	$ 209.745,58	366.678,00	$ 400.705,72	$ 320.992

NOTA: para determinar el valor de los precios históricos se tuvo en cuenta los contratos N° 67-7-20568-21 vigencia 2021 al cual se le aplico el IPC 2021,2022 Y 2023 y el contrato N° 67-7-200216-22 de la vigencia 2022 se aplicó el IPC 2022 y 2023 y para el contrato N° 67-7-200395-23 de la vigencia 2023 se aplicó el IPC 2023, al resultado de los tres, se procedió a promediar.

5.3. PRECIOS DE CATÁLOGO O PORTALES WEB (NO APLICA)



NOTA: Se verifica en la página web Colombia compra eficiente y se pudo constatar que no existe un acuerdo marco para este proceso

5.4. PRECIOS DE MERCADO

ITEM	DESCRIPCION	COTIZACION 1 MEDICAR	PRECIO DEL MERCADO
1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	100.000,00	100.000
2	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	85.000,00	85.000
ATENCION DE URGENCIAS EN UNIDAD DE SALUD MENTAL PARA PACIENTES ADULTOS Y MENORES DE EDAD CON PATOLOGIA MENTAL AGUDA			
3	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA	100.000,00	100.000
4	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	85.000,00	85.000
5	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	390.000,00	390.000
6	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	120.000,00	120.000
7	EVALUACIÓN EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	120.000,00	120.000
8	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	120.000,00	120.000
9	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	180.000,00	180.000
10	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGÍA	100.000,00	100.000
11	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRÍA	100.000,00	100.000
ATENCION EN HOSPITALIZACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL PARA PACIENTES ADULTOS Y MENORES DE EDAD CON PATOLOGIA MENTAL AGUDA			
12	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	100.000,00	100.000
13	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	85.000,00	85.000
14	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA	100.000,00	100.000
15	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	85.000,00	85.000
16	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	388.420,00	388.420
17	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL Incluye: AQUELLA REALIZADA AL INDIVIDUO, A LA PAREJA O A LA FAMILIA;	89.000,00	89.000

	MÉTODOS O TÉCNICAS TERAPÉUTICAS APLICADAS COMO LA TERAPIA FAMILIAR ENTRE OTRAS		
18	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	120.000,00	120.000
19	EVALUACIÓN EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	120.000,00	120.000
20	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	120.000,00	120.000
21	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	180.000,00	180.000
22	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGÍA	85.000,00	85.000
23	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRÍA	110.000,00	110.000
ATENCION EN UNIDAD DE HOSPITALIZACION PARA DESINTOXICACION DE PACIENTES ADULTOS Y MENORES DE EDAD CON CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS			
24	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	110.000,00	110.000
25	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	85.000,00	85.000
26	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA	110.000,00	110.000
27	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	85.000,00	85.000
28	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	390.600,00	390.600
29	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL Incluye: AQUELLA REALIZADA AL INDIVIDUO, A LA PAREJA O A LA FAMILIA; MÉTODOS O TÉCNICAS TERAPÉUTICAS APLICADAS COMO LA TERAPIA FAMILIAR ENTRE OTRAS	89.000,00	89.000
30	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	120.000,00	120.000
31	EVALUACIÓN EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	120.000,00	120.000
32	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	120.000,00	120.000
33	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	180.000,00	180.000
34	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGÍA	85.000,00	85.000
35	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRÍA	110.000,00	110.000
OTROS SERVICIOS RELACIONADOS			
36	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD BAJA	301.000,00	301.000
37	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD MEDIANA	395.000,00	395.000
38	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD ALTA	395.000,00	395.000

MEDICAMENTOS

ITEMS	DESCRIPCION	PRESENTACION	MEDIDA	COTIZACION 1 MEDICAR	VALOR DEL MERCADO
1	ACETAMINOFEN 500MG	TABLETA O CAPSULA	500 MG	400	400
2	ACIDO A SALICILICO 100 MG TAB	TABLETA	100 MG	1.831	1.831
3	ACIDO VALPROICO 250 MG	TABLETA O CAPSULA	250 MG	1.086	1.086
4	ADENOSINA 6 mg AMPOLLA	SOLUCION INYECTABLE	6 MG	107.640	107.640
5	ADRENALINA 1 mg7ml	SOLUCION INYECTABLE	1 MG	5.000	5.000
6	ALBENDAZOL 200 MG	TABLETA O CAPSULA	200 MG	3.503	3.503
7	ALCOHOL FRASCO 350ML	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	4.310	4.310
8	ALPRAZOLAN 0.5 MG	TABLETA O CAPSULA	0.5 MG	2.832	2.832
9	AMANTADINA CAPSULA 100MG	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	2.000	2.000
10	AMIKACINA AMPOLLA 500MG/2ML I.M. I.V.	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	6.000	6.000

11	AMINOFILINA 240 MG/10ML	SOLUCION INYECTABLE	240 MG/10 ML	4.616	4.616
12	AMLODIPINO 10 MG AG	TABLETA O CAPSULA	10 MG	5.000	5.000
13	AMLODIPINO 5 MG	TABLETA O CAPSULA	5 MG	4.099	4.099
14	AMOXICILINA 500 MG	TABLETA O CAPSULA	500 MG	2.584	2.584
15	AMPICILINA+SULBACTAM AMPOLLA 1.5GR	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	9.000	9.000
16	ARIPIPRAZOL 15 MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA	15 MG	1.200	1.200
17	ATORVASTATINA 20 MG	TABLETA O CAPSULA	20 MG	3.000	3.000
18	ATORVASTATINA 20 MG	TABLETA O CAPSULA	20 MG	3.000	3.000
19	BERODUAL SOL PARA INHALAR	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	40.000	40.000
20	BETAMETASONA 0.005	CREMA TOPICA	0,0005 G	6.624	6.624
21	BIPERIDENO 2 MG	TABLETA O CAPSULA	2 MG	444	444
22	BISACODILO 5 MG	TABLETA O CAPSULA	5 mg	1.567	1.567
23	BROMURO DE IPRATROPIO	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	2.357	2.357
24	BROMURO DE IPRATROPIO SOLUCION PARA INHALACION 20MCG	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	2.357	2.357
25	CAPTOPRIL 50 MG	TABLETA O CAPSULA	50 MG	932	932
26	CARBAMAZEPINA 200 MG	TABLETA O CAPSULA	200 MG	2.459	2.459
27	CARBONATO DE LITIO 300 MG	TABLETA O CAPSULA	300 MG	1.533	1.533
28	CEFALEXINA 500 MG	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	3.933	3.933
29	CEFTRIAXONA VIAL 1G	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	14.000	14.000
30	CIPROFLOXACINO 500 MG	TABLETA O CAPSULA	500 MG	1.000	1.000
31	CLONAZEPAM 2.5 MG/ ML SOLUCION ORAL	SOLUCION	No Aplica	213.221	213.221
32	CLONAZEPAN 2MG	TABLETA O CAPSULA	2 MG	2.005	2.005
33	CLONIDINA 0.150 MG	TABLETA O CAPSULA	0,150 MG	411	411
34	CLORUDO DE POTASIO 2MEQ / ML 10 AMPOLLA	SOLUCION	No Aplica	3.972	3.972
35	CLORURO DE POTASIO	SOLUCION INYECTABLE	2 mqui/ml	3.972	3.972
36	CLORURO DE SODIO 0.9% 100 ML	SOLUCION INYECTABLE	100 ML	3.150	3.150

37	CLORURO DE SODIO 0.9% 250 ML	SOLUCION INYECTABLE	250 ML	3.312	3.312
38	CLORURO DE SODIO 0.9% 500 ML	SOLUCION INYECTABLE	500 ML	6.500	6.500
39	CLOTRIMAZOL 40 GR	CREMA TOPICA	40 G	5.382	5.382
40	clotrimazol crema 1 %	TOPICO	1%	5.382	5.382
41	CLOTRIMAZOL CREMA VAGINAL 1% 40G	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	5.382	5.382
42	CLOZAPINA 100MG	TABLETA O CAPSULA	100 MG	2.277	2.277
43	CLOZAPINA 25 MG	TABLETA O CAPSULA	25 MG	1.000	1.000
44	DEXAMETASONA 4 MG AMPOLLA (1ML)	SOLUCION INYECTABLE	40 G	2.559	2.559
45	DEXAMETASONA FOSFATO 8 MG /2ML	SOLUCION INYECTABLE	8 MG	3.387	3.387
46	DICLOFENACO 50 MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA	50 MG	1.320	1.320
47	DICLOFENACO 75 MG/3 ML	SOLUCION INYECTABLE	75 MG/3 ML	4.500	4.500
48	DICLOXACILINA 500 MG	TABLETA O CAPSULA	500 MG	2.292	2.292
49	DIPIRONA SODICA 1 GR AMPOLLA	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	4.500	4.500
50	DIPIRONA SODICA 2.5 G/5ML	SOLUCION INYECTABLE	2.5G/5ML	5.000	5.000
51	DIPIRONA SODICA+ HIOCINA BUTILBROMURO 2.5+ 20 MG/5 ML	SOLUCION INYECTABLE	2.5G+20 MG/5 ML	4.500	4.500
52	ENALAPRIL TABLETA 5MG	TABLETA O CAPSULA	5 mg	890	890
53	ENOXAPARINA AMPOLLA 40UI/0.4ML	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	12.000	12.000
54	ERTAPENEN AMPOLLA 1GR	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	77.500	77.500
55	ESCITALOPRAM 10 mg	TABLETA O CAPSULA	10 MG	1.700	1.700
56	ESCITALOPRAM 20 MG	TABLETA O CAPSULA	20 MG	3.141	3.141
57	FENITOINA 100 MG	TABLETA O CAPSULA	100 MG	3.429	3.429
58	FENOBARBITAL TAB 100 MG	TABLETA O CAPSULA	100 MG	1.242	1.242
59	FLUCONAZOL 200 MG	TABLETA O CAPSULA	200 MG	8.288	8.288
60	FLUOXETINA 20 MG	TABLETA O CAPSULA	20 MG	600	600
61	FUROSEMIDA 20 MG / 2 ML AMPOLLA	TABLETA O CAPSULA	20 MG	3.359	3.359
62	GUAYACOLATO DE GLICERILO	JARABE	No Aplica	10.000	10.000
63	HALOPERIDOL 5 MG / 1 ML	SOLUCION INYECTABLE	5 MG / 1 ML	7.245	7.245
64	HALOPERIDOL 10 mg	TABLETA O CAPSULA	10 MG	520	520

65	HALOPERIDOL 5 mg	TABLETA O CAPSULA	5 mg	3.172	3.172
66	HALOPERIDOL 5 MG/ 1 ML	SOLUCION INYECTABLE	5 MG / 1 ML	7.245	7.245
67	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG	TABLETA O CAPSULA	25 MG	3.000	3.000
68	HIDROCORTISONA	SOLUCION INYECTABLE	100 MG	5.382	5.382
69	HIDROXIDO DE AL Y MG 150 ML	FRASCO	150 ML	10.350	10.350
70	HIDROXIDO DE ALUMINIO 360 ML	SUSPENSION ORAL	500 ML	10.350	10.350
71	HIDROXIDO DE ALUMINIO 6g/100ML 360 ML	SUSPENSION ORAL	500 ML	12.000	12.000
72	HIDROXIDO DE ALUMINIO Y MAGNESIO + SIMETICONA	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	12.000	12.000
73	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 10 MG TABLETA	TABLETA RECUBIERTA	10 MG	4.347	4.347
74	KETOCONAZOL 200 MG	TABLETA O CAPSULA	200 MG	1.939	1.939
75	LACTATO DE RINGER 500 ML	SOLUCION INYECTABLE	500 ML	3.312	3.312
76	LAMOTRIGINA 100 mg	TABLETA O CAPSULA	100 MG	1.271	1.271
77	LEVOMEPROMAZINA 100 MG	TABLETA O CAPSULA	100 MG	1.308	1.308
78	LEVOMEPROMAZINA 25 MG	TABLETA O CAPSULA	25 MG	1.215	1.215
79	LORATADINA 10 mg	TABLETA O CAPSULA	10 MG	1.516	1.516
80	losartan 100 mg tableta	TABLETA O CAPSULA	100 MG	2.129	2.129
81	LOSARTAN 50 MG	TABLETA O CAPSULA	50 MG	2.122	2.122
82	MEMANTINA 10 MG	TABLETA O CAPSULA	10 MG	1.796	1.796
83	MEROPENEN AMPOLLA 1GR	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	30.000	30.000
84	METFORMINA 850 MG	TABLETA O CAPSULA	850 MG	518	518
85	METOCARBAMOL 750 MG	TABLETA O CAPSULA	750 MG	932	932
86	METOCLOPRAMIDA 10 MG	SOLUCION INYECTABLE	10 MG	1.219	1.219
87	METOPROLOL 50 mg	TABLETA O CAPSULA	50 MG	2.358	2.358
88	METRONIDAZOL 500 MG Genfar	TABLETA O CAPSULA	500 MG	1.823	1.823
89	METRONIDAZOL 500 MG OVULOS VAGINALES	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	8.000	8.000
90	MIDAZOLAM 5 MG / 5 ML AMPOLLA	SOLUCION	5 MG / 5 ML	6.210	6.210
91	NAPROXENO 250 MG	TABLETA O CAPSULA	250 MG	673	673
92	NAPROXENO 500 MG	TABLETA O CAPSULA	500 MG	1.400	1.400

93	NIFEDIPINO 30MG	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	4.000	4.000
94	OLANZAPINA 10 MG	TABLETA O CAPSULA	10 MG	4.006	4.006
95	OLANZAPINA 5 MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA	5 MG	2.197	2.197
96	OMEPRAZOL 40 MG AMPOLLA	AMPOLLA	40 MG	8.280	8.280
97	OMEPRAZOL 20 mg	TABLETA O CAPSULA	20 MG	1.072	1.072
98	PENICILINA G BENZATINICA 2.400.000 UI	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	17.400	17.400
99	PENICILINA G SODICA O CRISTALINA 1'000.000 UI I.M. I.V.	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	17.400	17.400
100	PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4GR+0.5 POLVO ESTERIL PARA INYECCION	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	15.000	15.000
101	PREDNISOLONA 5 MG	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	1.537	1.537
102	PREGABALINA 75 mg	TABLETA O CAPSULA	75 MG	2.300	2.300
103	PROPANOLOL 40 MG TABLETAS	TABLETA O CAPSULA	40 MG	1.116	1.116
104	QUETIAPINA 100 mg AUROBINDO PHARMA COLOMBIA S.A.S	TABLETA O CAPSULA	100 MG	700	700
105	QUETIAPINA 200 mg	TABLETA O CAPSULA	200 MG	1.400	1.400
106	QUETIAPINA 25 mg	TABLETA O CAPSULA	25 MG	500	500
107	RISPERIDONA 1 mg	TABLETA O CAPSULA	1 MG	414	414
108	RISPERIDONA 2 mg TABLETA	TABLETA O CAPSULA	2 MG	1.000	1.000
109	RISPERIDONA 3MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA	3 MG	1.232	1.232
110	RISPERIDONA AMPOLLA 25 MG	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	336.000	336.000
111	SALBUTAMOL (SALBUMED 100 MCG)	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	10.000	10.000
112	SALES DE REHIDRATACION ORAL	POLVO O GRANULOS PARA RECONSTI	28,4 G	6.859	6.859
113	SERTRALINA 50 MG TAB	TABLETA O CAPSULA	50 MG	2.500	2.500
114	TIAMINA AMPOLLA 100 MG/ ML	TABLETA O CAPSULA	100 MG	4.244	4.244
115	TIAMINA TAB 300 MG	TABLETA RECUBIERTA	300 MG	900	900
116	TRAZODONA 50 mg	TABLETA O CAPSULA	50 MG	1.035	1.035
117	TRIMETOPRIM SULFA 400MG	TABLETA O CAPSULA	No Aplica	1.967	1.967

118	TRIMETOPRIM SULFA 80/400MG	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	2.500	2.500
119	TRIMETROPIM SULFA 160MG/800MG	SOLUCION INYECTABLE	160 MG/800 MG	2.000	2.000
120	VENLAFAXINA 150 mg	TABLETA O CAPSULA	150 MG	5.126	5.126
121	VENLAFAXINA 75 mg	TABLETA O CAPSULA	75 MG	4.140	4.140
122	VITAMINA C 500 mg	SOLUCION INYECTABLE	500 MG	3.000	3.000
123	VITAMINA C TABLETA 500 mg	SOLUCION INYECTABLE	500 MG	3.000	3.000

INSUMOS

ITEMS	*Descripción*	*UNIDAD DE MEDIDA*	*COTIZACION 1 MEDICAR*	*VALOR DEL MERCADO*
1	CATETER INTRAVENOSO # 24	UNIDAD	3.000	3.000
2	CATETER INTRAVENOSO # 24	UNIDAD	3.000	3.000
3	CATETER INTREVENOSO #18	UNIDAD	3.500	3.500
4	CATETER INTREVENOSO #20	UNIDAD	1.087	1.087
5	CATETER INTREVENOSO #22	UNIDAD	2.500	2.500
6	COMPRESA DE GASA X 5 UNIDS	UNIDAD	1.130	1.130
7	ELECTRODO ADULTO	UNIDAD	1.000	1.000
8	EQUIPO BURETROL	UNIDAD	4.000	4.000
9	EQUIPO MACRO GOTEO	UNIDAD	6.000	6.000
10	GASA ESTERIL 10 X10	UNIDAD	1.631	1.631
11	GASA ESTERIL 3X3	UNIDAD	1.631	1.631
12	GASA ESTERIL 7.5 CM X 7.5 CM PAQUETE X 5	UNIDAD	1.631	1.631
13	JERINGA 5ML	UNIDAD	700	700
14	JERINGA #10	UNIDAD	466	466
15	JERINGA #5	UNIDAD	700	700
16	JERINGA 1 ML	UNIDAD	1.500	1.500
17	JERINGA 10 ML	UNIDAD	466	466
18	JERINGA 20 ML	UNIDAD	1.500	1.500
19	RECOLECTOR DE ORINA	UNIDAD	1.000	1.000
20	TAPON HEPARINIZADO DESECHABLE	UNIDAD	1.500	1.500

NOTA: Se surtió el trámite de publicar la solicitud de cotización en el portal de contratación SECOP II, sin obtener respuesta de alguna entidad, a pesar de no recibir respuesta en el SECOP, se le envió solicitud de cotización a dos entidades solo MEDICAR Y SANA Y VIVE, solo dio respuesta una entidad que fue MEDICAR, como se puede apreciar en el cuadro anterior, las solicitudes fueron enviadas por medio de correo electrónico y se anexan al presente estudio para que obren como evidencia.

2/7/24, 14:36 Correo: AISAR JOSE DIAZ DE LA HOZ - Outlook

Entregado: Solicitud de cotización Insumos y Medicamentos

postmaster@outlook.com <postmaster@outlook.com>
Mar 2/07/2024 2:33 PM
Para:Clinica de Salud Mental Medicar Medicar <csm.medicar@hotmail.com>

1 archivos adjuntos (62 KB)
Solicitud de cotización Insumos y Medicamentos;

El mensaje se entregó a los siguientes destinatarios:

Clinica de Salud Mental Medicar Medicar

Asunto: Solicitud de cotización Insumos y Medicamentos

Solicitud información publicada
REF: PN-RASES8-SIP-066-2024

Solicitud de información a los Proveedores

UC:REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 8
Equipo:CONTRATOS COTIZACIONES / 1/04/2024 2:52 PM (UTC -5 horas)((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

003 : 03 : 00
DÍAS HORAS MINS

2/7/24, 14:36 Correo: AISAR JOSE DIAZ DE LA HOZ - Outlook

Retransmitido: Solicitud de cotización Insumos y Medicamentos

Microsoft Outlook <MicrosoftExchange329e71ec88ae4615bbc36ab6ce41109e@correopoliciagov.onmicrosoft.com>
Mar 2/07/2024 2:33 PM
Para sanayviveips@gmail.com <sanayviveips@gmail.com>

1 archivos adjuntos (42 KB)
Solicitud de cotización Insumos y Medicamentos;

Se completó la entrega a estos destinatarios o grupos, pero el servidor de destino no envió información de notificación de entrega:

sanayviveips@gmail.com (sanayviveips@gmail.com)

Asunto: Solicitud de cotización Insumos y Medicamentos

Retransmitido: solicitud de Cotización

Microsoft Outlook <MicrosoftExchange329e71ec88ae4615bbc36ab6ce41109e@correopoliciagov.onmicrosoft.com>
Lun 15/04/2024 6:27 PM
Para: sanayviveips@gmail.com <sanayviveips@gmail.com>

1 archivos adjuntos (39 KB)
solicitud de Cotizacion;

Se completó la entrega a estos destinatarios o grupos, pero el servidor de destino no envió información de notificación de entrega:

sanayviveips@gmail.com (sanayviveips@gmail.com)

Asunto: solicitud de Cotización

solicitud de Cotizacion

AISAR JOSE DIAZ DE LA HOZ <aisar.diaz@correo.policia.gov.co>
Lun 15/04/2024 6:25 PM
Para: Clinica de Salud Mental Medicar Medicar <csm.medicar@hotmail.com>

1 archivos adjuntos (532 KB)
SOLICITUD COTIZACION PSIQUIATRIA (2).doc;

de manera atenta y respetuosa nos permitimos solicitar cotización en los términos según documento anexo

5.5 ANÁLISIS DEL VALOR ESTIMADO

ITEM	DESCRIPCION	PRECIOS HISTÓRICOS PROYECTADOS	PRECIOS DE MERCADO	VALOR ESTIMADO
1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	$99.906	100.000	99.953
2	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	$64.783	85.000	74.892
ATENCION DE URGENCIAS EN UNIDAD DE SALUD MENTAL PARA PACIENTES ADULTOS Y MENORES DE EDAD CON PATOLOGIA MENTAL AGUDA				
3	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA	$102.470	100.000	101.235
4	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	$59.177	85.000	72.089
5	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	$173.490	390.000	281.745
6	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	$92.134	120.000	106.067
7	EVALUACIÓN EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	$78.592	120.000	99.296
8	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	$87.957	120.000	103.979
9	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	$96.158	180.000	138.079
10	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGÍA	$70.385	100.000	85.193
11	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRÍA	$113.598	100.000	106.799
ATENCION EN HOSPITALIZACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL PARA PACIENTES ADULTOS Y MENORES DE EDAD CON PATOLOGIA MENTAL AGUDA				
12	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	$99.906	100.000	99.953
13	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	$63.805	85.000	74.403
14	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA	$102.470	100.000	101.235
15	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	$63.280	85.000	74.140
16	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	$202.822	388.420	295.621
17	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL Incluye: AQUELLA REALIZADA AL INDIVIDUO, A LA PAREJA O A LA FAMILIA; MÉTODOS O TÉCNICAS TERAPÉUTICAS APLICADAS COMO LA TERAPIA FAMILIAR ENTRE OTRAS	$57.543	89.000	73.272
18	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	$98.909	120.000	109.455
19	EVALUACIÓN EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	$98.909	120.000	109.455
20	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	$98.909	120.000	109.455
21	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	$121.579	180.000	150.790
22	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGÍA	$73.130	85.000	79.065
23	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRÍA	$108.516	110.000	109.258
ATENCION EN UNIDAD DE HOSPITALIZACION PARA DESINTOXICACION DE PACIENTES ADULTOS Y MENORES DE EDAD CON CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS				
24	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	$104.988	110.000	107.494
25	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	$65.499	85.000	75.250
26	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA	$102.470	110.000	106.235
27	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	$58.199	85.000	71.600
28	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	$202.841	390.600	296.721
29	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL Incluye: AQUELLA REALIZADA AL INDIVIDUO, A LA PAREJA O A LA FAMILIA; MÉTODOS O TÉCNICAS TERAPÉUTICAS APLICADAS COMO LA TERAPIA FAMILIAR ENTRE OTRAS	$60.930	89.000	74.965
30	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	$98.909	120.000	109.455
31	EVALUACIÓN EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	$98.909	120.000	109.455
32	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	$98.909	120.000	109.455
33	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	$132.161	180.000	156.081
34	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGÍA	$78.212	85.000	81.606
35	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRÍA	$100.901	110.000	105.451
OTROS SERVICIOS RELACIONADOS				
36	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD BAJA	$306.649	301.000	303.825
37	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD MEDIANA	$468.419	395.000	431.710

38	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD ALTA	$320.992	395.000	357.996

NOTA: EL VALOR ESTIMADO PARA EL PRESENTE PROCESO SE OBTUVO PORMEDIANDO LOS VALORES DEL MERCADO Y LOS VALORES HISTORICOS PROYECTADOS, CON EL FIN DE DAR CUMPLIMIENTO AL PRINCIPIO DE PLURALIDAD DE OFERENTES.

MEDICAMENTOS

ITEMS	DESCRIPCION	PRESENTACION	MEDIDA	VALOR DEL MERCADO	VALOR ESTIMADO
1	ACETAMINOFEN 500MG	TABLETA O CAPSULA	500 MG	400	400
2	ACIDO A SALICILICO 100 MG TAB	TABLETA	100 MG	1.831	1.831
3	ACIDO VALPROICO 250 MG	TABLETA O CAPSULA	250 MG	1.086	1.086
4	ADENOSINA 6 mg AMPOLLA	SOLUCION INYECTABLE	6 MG	107.640	107.640
5	ADRENALINA 1 mg7ml	SOLUCION INYECTABLE	1 MG	5.000	5.000
6	ALBENDAZOL 200 MG	TABLETA O CAPSULA	200 MG	3.503	3.503
7	ALCOHOL FRASCO 350ML	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	4.310	4.310
8	ALPRAZOLAN 0.5 MG	TABLETA O CAPSULA	0.5 MG	2.832	2.832
9	AMANTADINA CAPSULA 100MG	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	2.000	2.000
10	AMIKACINA AMPOLLA 500MG/2ML I.M. I.V.	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	6.000	6.000
11	AMINOFILINA 240 MG/10ML	SOLUCION INYECTABLE	240 MG/10 ML	4.616	4.616
12	AMLODIPINO 10 MG AG	TABLETA O CAPSULA	10 MG	5.000	5.000
13	AMLODIPINO 5 MG	TABLETA O CAPSULA	5 MG	4.099	4.099
14	AMOXICILINA 500 MG	TABLETA O CAPSULA	500 MG	2.584	2.584
15	AMPICILINA+SULBACTAM AMPOLLA 1.5GR	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	9.000	9.000
16	ARIPIPRAZOL 15 MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA	15 MG	1.200	1.200
17	ATORVASTATINA 20 MG	TABLETA O CAPSULA	20 MG	3.000	3.000
18	ATORVASTATINA 20 MG	TABLETA O CAPSULA	20 MG	3.000	3.000
19	BERODUAL SOL PARA INHALAR	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	40.000	40.000
20	BETAMETASONA 0.005	CREMA TOPICA	0,0005 G	6.624	6.624
21	BIPERIDENO 2 MG	TABLETA O CAPSULA	2 MG	444	444
22	BISACODILO 5 MG	TABLETA O CAPSULA	5 mg	1.567	1.567
23	BROMURO DE IPRATROPIO	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	2.357	2.357
24	BROMURO DE IPRATROPIO SOLUCION PARA INHALACION 20MCG	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	2.357	2.357
25	CAPTOPRIL 50 MG	TABLETA O CAPSULA	50 MG	932	932
26	CARBAMAZEPINA 200 MG	TABLETA O CAPSULA	200 MG	2.459	2.459
27	CARBONATO DE LITIO 300 MG	TABLETA O CAPSULA	300 MG	1.533	1.533
28	CEFALEXINA 500 MG	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	3.933	3.933
29	CEFTRIAXONA VIAL 1G	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	14.000	14.000

30	CIPROFLOXACINO 500 MG	TABLETA O CAPSULA	500 MG	1.000	1.000
31	CLONAZEPAM 2.5 MG/ ML SOLUCION ORAL	SOLUCION	No Aplica	213.221	213.221
32	CLONAZEPAN 2MG	TABLETA O CAPSULA	2 MG	2.005	2.005
33	CLONIDINA 0.150 MG	TABLETA O CAPSULA	0,150 MG	411	411
34	CLORUDO DE POTASIO 2MEQ / ML 10 AMPOLLA	SOLUCION	No Aplica	3.972	3.972
35	CLORURO DE POTASIO	SOLUCION INYECTABLE	2 mqui/ml	3.972	3.972
36	CLORURO DE SODIO 0.9% 100 ML	SOLUCION INYECTABLE	100 ML	3.150	3.150
37	CLORURO DE SODIO 0.9% 250 ML	SOLUCION INYECTABLE	250 ML	3.312	3.312
38	CLORURO DE SODIO 0.9% 500 ML	SOLUCION INYECTABLE	500 ML	6.500	6.500
39	CLOTRIMAZOL 40 GR	CREMA TOPICA	40 G	5.382	5.382
40	clotrimazol crema 1 %	TOPICO	1%	5.382	5.382
41	CLOTRIMAZOL CREMA VAGINAL 1% 40G	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	5.382	5.382
42	CLOZAPINA 100MG	TABLETA O CAPSULA	100 MG	2.277	2.277
43	CLOZAPINA 25 MG	TABLETA O CAPSULA	25 MG	1.000	1.000
44	DEXAMETASONA 4 MG AMPOLLA (1ML)	SOLUCION INYECTABLE	40 G	2.559	2.559
45	DEXAMETASONA FOSFATO 8 MG /2ML	SOLUCION INYECTABLE	8 MG	3.387	3.387
46	DICLOFENACO 50 MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA	50 MG	1.320	1.320
47	DICLOFENACO 75 MG/3 ML	SOLUCION INYECTABLE	75 MG/3 ML	4.500	4.500
48	DICLOXACILINA 500 MG	TABLETA O CAPSULA	500 MG	2.292	2.292
49	DIPIRONA SODICA 1 GR AMPOLLA	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	4.500	4.500
50	DIPIRONA SODICA 2.5 G/5ML	SOLUCION INYECTABLE	2.5G/5ML	5.000	5.000
51	DIPIRONA SODICA+ HIOCINA BUTILBROMURO 2.5+ 20 MG/5 ML	SOLUCION INYECTABLE	2.5G+20 MG/5 ML	4.500	4.500
52	ENALAPRIL TABLETA 5MG	TABLETA O CAPSULA	5 mg	890	890
53	ENOXAPARINA AMPOLLA 40UI/0.4ML	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	12.000	12.000
54	ERTAPENEN AMPOLLA 1GR	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	77.500	77.500
55	ESCITALOPRAM 10 mg	TABLETA O CAPSULA	10 MG	1.700	1.700
56	ESCITALOPRAM 20 MG	TABLETA O CAPSULA	20 MG	3.141	3.141
57	FENITOINA 100 MG	TABLETA O CAPSULA	100 MG	3.429	3.429
58	FENOBARBITAL TAB 100 MG	TABLETA O CAPSULA	100 MG	1.242	1.242
59	FLUCONAZOL 200 MG	TABLETA O CAPSULA	200 MG	8.288	8.288
60	FLUOXETINA 20 MG	TABLETA O CAPSULA	20 MG	600	600
61	FUROSEMIDA 20 MG / 2 ML AMPOLLA	TABLETA O CAPSULA	20 MG	3.359	3.359
62	GUAYACOLATO DE GLICERILO	JARABE	No Aplica	10.000	10.000
63	HALOPERIDOL 5 MG / 1 ML	SOLUCION INYECTABLE	5 MG / 1 ML	7.245	7.245
64	HALOPERIDOL 10 mg	TABLETA O CAPSULA	10 MG	520	520
65	HALOPERIDOL 5 mg	TABLETA O CAPSULA	5 mg	3.172	3.172

66	HALOPERIDOL 5 MG/ 1 ML	SOLUCION INYECTABLE	5 MG / 1 ML	7.245	7.245
67	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG	TABLETA O CAPSULA	25 MG	3.000	3.000
68	HIDROCORTISONA	SOLUCION INYECTABLE	100 MG	5.382	5.382
69	HIDROXIDO DE AL Y MG 150 ML	FRASCO	150 ML	10.350	10.350
70	HIDROXIDO DE ALUMINIO 360 ML	SUSPENSION ORAL	500 ML	10.350	10.350
71	HIDROXIDO DE ALUMINIO 6g/100ML 360 ML	SUSPENSION ORAL	500 ML	12.000	12.000
72	HIDROXIDO DE ALUMINIO Y MAGNESIO + SIMETICONA	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	12.000	12.000
73	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 10 MG TABLETA	TABLETA RECUBIERTA	10 MG	4.347	4.347
74	KETOCONAZOL 200 MG	TABLETA O CAPSULA	200 MG	1.939	1.939
75	LACTATO DE RINGER 500 ML	SOLUCION INYECTABLE	500 ML	3.312	3.312
76	LAMOTRIGINA 100 mg	TABLETA O CAPSULA	100 MG	1.271	1.271
77	LEVOMEPROMAZINA 100 MG	TABLETA O CAPSULA	100 MG	1.308	1.308
78	LEVOMEPROMAZINA 25 MG	TABLETA O CAPSULA	25 MG	1.215	1.215
79	LORATADINA 10 mg	TABLETA O CAPSULA	10 MG	1.516	1.516
80	losartan 100 mg tableta	TABLETA O CAPSULA	100 MG	2.129	2.129
81	LOSARTAN 50 MG	TABLETA O CAPSULA	50 MG	2.122	2.122
82	MEMANTINA 10 MG	TABLETA O CAPSULA	10 MG	1.796	1.796
83	MEROPENEN AMPOLLA 1GR	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	30.000	30.000
84	METFORMINA 850 MG	TABLETA O CAPSULA	850 MG	518	518
85	METOCARBAMOL 750 MG	TABLETA O CAPSULA	750 MG	932	932
86	METOCLOPRAMIDA 10 MG	SOLUCION INYECTABLE	10 MG	1.219	1.219
87	METOPROLOL 50 mg	TABLETA O CAPSULA	50 MG	2.358	2.358
88	METRONIDAZOL 500 MG Genfar	TABLETA O CAPSULA	500 MG	1.823	1.823
89	METRONIDAZOL 500 MG OVULOS VAGINALES	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	8.000	8.000
90	MIDAZOLAM 5 MG / 5 ML AMPOLLA	SOLUCION	5 MG / 5 ML	6.210	6.210
91	NAPROXENO 250 MG	TABLETA O CAPSULA	250 MG	673	673
92	NAPROXENO 500 MG	TABLETA O CAPSULA	500 MG	1.400	1.400
93	NIFEDIPINO 30MG	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	4.000	4.000
94	OLANZAPINA 10 MG	TABLETA O CAPSULA	10 MG	4.006	4.006
95	OLANZAPINA 5 MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA	5 MG	2.197	2.197
96	OMEPRAZOL 40 MG AMPOLLA	AMPOLLA	40 MG	8.280	8.280
97	OMEPRAZOL 20 mg	TABLETA O CAPSULA	20 MG	1.072	1.072
98	PENICILINA G BENZATINICA 2.400.000 UI	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	17.400	17.400
99	PENICILINA G SODICA O CRISTALINA 1'000.000 UI I.M. I.V.	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	17.400	17.400
100	PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4GR+0.5 POLVO ESTERIL PARA INYECCION	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	15.000	15.000
101	PREDNISOLONA 5 MG	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	1.537	1.537

102	PREGABALINA 75 mg	TABLETA O CAPSULA	75 MG	2.300	2.300
103	PROPANOLOL 40 MG TABLETAS	TABLETA O CAPSULA	40 MG	1.116	1.116
104	QUETIAPINA 100 mg AUROBINDO PHARMA COLOMBIA S.A.S	TABLETA O CAPSULA	100 MG	700	700
105	QUETIAPINA 200 mg	TABLETA O CAPSULA	200 MG	1.400	1.400
106	QUETIAPINA 25 mg	TABLETA O CAPSULA	25 MG	500	500
107	RISPERIDONA 1 mg	TABLETA O CAPSULA	1 MG	414	414
108	RISPERIDONA 2 mg TABLETA	TABLETA O CAPSULA	2 MG	1.000	1.000
109	RISPERIDONA 3MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA	3 MG	1.232	1.232
110	RISPERIDONA AMPOLLA 25 MG	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	336.000	336.000
111	SALBUTAMOL (SALBUMED 100 MCG)	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	10.000	10.000
112	SALES DE REHIDRATACION ORAL	POLVO O GRANULOS PARA RECONSTI	28,4 G	6.859	6.859
113	SERTRALINA 50 MG TAB	TABLETA O CAPSULA	50 MG	2.500	2.500
114	TIAMINA AMPOLLA 100 MG/ ML	TABLETA O CAPSULA	100 MG	4.244	4.244
115	TIAMINA TAB 300 MG	TABLETA RECUBIERTA	300 MG	900	900
116	TRAZODONA 50 mg	TABLETA O CAPSULA	50 MG	1.035	1.035
117	TRIMETOPRIM SULFA 400MG	TABLETA O CAPSULA	No Aplica	1.967	1.967
118	TRIMETOPRIM SULFA 80/400MG	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	2.500	2.500
119	TRIMETROPIM SULFA 160MG/800MG	SOLUCION INYECTABLE	160 MG/800 MG	2.000	2.000
120	VENLAFAXINA 150 mg	TABLETA O CAPSULA	150 MG	5.126	5.126
121	VENLAFAXINA 75 mg	TABLETA O CAPSULA	75 MG	4.140	4.140
122	VITAMINA C 500 mg	SOLUCION INYECTABLE	500 MG	3.000	3.000
123	VITAMINA C TABLETA 500 mg	SOLUCION INYECTABLE	500 MG	3.000	3.000

INSUMOS

ITEMS	*Descripción*	*UNIDAD DE MEDIDA*	*VALOR DEL MERCADO*	*VALOR ESTIMADO*
1	CATETER INTRAVENOSO # 24	UNIDAD	3.000	3.000
2	CATETER INTRAVENOSO # 24	UNIDAD	3.000	3.000
3	CATETER INTREVENOSO #18	UNIDAD	3.500	3.500
4	CATETER INTREVENOSO #20	UNIDAD	1.087	1.087
5	CATETER INTREVENOSO #22	UNIDAD	2.500	2.500
6	COMPRESA DE GASA X 5 UNIDS	UNIDAD	1.130	1.130
7	ELECTRODO ADULTO	UNIDAD	1.000	1.000
8	EQUIPO BURETROL	UNIDAD	4.000	4.000
9	EQUIPO MACRO GOTEO	UNIDAD	6.000	6.000
10	GASA ESTERIL 10 X10	UNIDAD	1.631	1.631
11	GASA ESTERIL 3X3	UNIDAD	1.631	1.631
12	GASA ESTERIL 7.5 CM X 7.5 CM PAQUETE X 5	UNIDAD	1.631	1.631

13	JERINGA 5ML	UNIDAD	700	700
14	JERINGA #10	UNIDAD	466	466
15	JERINGA #5	UNIDAD	700	700
16	JERINGA 1 ML	UNIDAD	1.500	1.500
17	JERINGA 10 ML	UNIDAD	466	466
18	JERINGA 20 ML	UNIDAD	1.500	1.500
19	RECOLECTOR DE ORINA	UNIDAD	1.000	1.000
20	TAPON HEPARINIZADO DESECHABLE	UNIDAD	1.500	1.500

NOTA: El valor estimado de los MEDICAMENTOS E INSUMOS se obtuvo del resultado del valor mercado, teniendo en cuenta que no se tiene precios de referencia históricos.

5.6 VALOR ESTIMADO DE LA CONTRATACIÓN

Una vez calculado el valor estimado se debe diligenciar el siguiente cuadro, el cual debe trasladarse al estudio previo:

ÍTEM Y/O LOTE	RUBRO Y DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL	REC	UNIDAD DE DESTINO	DESCRIPCIÓN	CANT	VALOR UNITARIO ESTIMADO, INLCUIDO IVA, 2024
1	A-02-02-02-009	16	RASES 8	PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASÍ COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP	1	111.100.000,00
VALOR TOTAL ESTIMADO						111.100.000,00

Intendente JOSE FRANCISCO DE ARMAS CONTRERAS
Jefe Unidad Prestadora de Salud Guajira (E)

Subintendente DANIA LICETH GOMEZ PINTO
Líder de Referencia y Contra Referencia UPRES GUAJIRA

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 DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO

002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP

- [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
- [X] Obligaciones de la policía nacional (no aplica para mínima cuantía)
- [X] Obligaciones del contratista (no aplica para mínima cuantía)

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
- [X] 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

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
CERTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD (APLICA: COMPRAVENTA, SUMINISTRO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS)	

En mi calidad de líder de referencia y contra referencia, manifiesto con la suscripción de esta CERTIFICACION que la Unidad Prestadora de Salud Guajira, actualmente no contamos con contrato vigente, cuyo objeto es PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP". Por lo que se hace necesario realizar un nuevo proceso que permita continuar con la prestación de los servicios a los usuarios y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional en las instalaciones propias de oferente adjudicatario.

Subintendente **DANIA LICETH GOMEZ PINTO**
Líder de Referencia y Contra Referencia UPRES GUAJIRA

CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS (Diligenciar y anexar)

ITEM	CONDICIONES TECNICAS	CUMPLE	
		SI	NO
1	**MODELO DE ATENCION**: Anexar modelo de prestación de servicios referente al objeto del proceso.		
2	**DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL BIEN O SERVICIO**: PORTAFOLIO DE SERVICIOS, que incluya tanto los servicios del objeto de la contratación como otros servicios brindados por el oferente.		
3	**MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD:** El Oferente certifica que cumple con las normas de bioseguridad, manejo de desechos, asepsia y antisepsia, así como con la normatividad vigente para el manejo de desechos sólidos, desechos generados en la atención de salud, vertimientos líquidos de acuerdo a la normatividad establecida para tal efecto por el ministerio de salud y el ministerio del medio ambiente. Debe registrar y suministrar los siguientes documentos para su revisión: • Plan de gestión integral de residuos generados en la atención en salud, PGIRASA actualizado (Decreto 1076, Decreto 351 de 2014, Resolución 2184 de 2019). • Certificado de registro de generador de residuos peligrosos en la atención en salud (MEDIANTE el link del IDEAM).		
4	**EXPERIENCIA DEL PROPONENTE:** Para la acreditación de la experiencia del proponente, se debe exigir la presentación de certificación y/o contratos ejecutados con entidades privadas y/o públicas, que tengan objeto igual o similar al de la presente contratación y cuya sumatoria sea igual o superior al 50 % del presupuesto oficial asignado al presente proceso. El oferente acreditará la experiencia a través de certificaciones de contratos que deben contener la siguiente información: nombre del contratante, objeto del contrato, número del contrato, valor del contrato, plazo, fechas de inicio y finalización, nombre del contratista debidamente suscrito por el representante legal del contratante del proponente o por la persona autorizada para tal fin y calidad del servicio prestado. • Cuando se certifiquen Contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o Unión Temporal, para la verificación, se tomará el porcentaje de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del Consorcio o de la Unión Temporal, para lo cual deberá anexar a la propuesta el documento que acreditó la conformación del Consorcio o Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato. • **NOTA 1**: En caso de que el oferente pretenda acreditar la experiencia con contratos celebrados con la Regional de Aseguramiento en salud N°8, este podrá aportar un documento escrito donde indique solamente el número de contrato celebrado, el año de celebración y el valor adjudicado, para lo cual la Regional de Aseguramiento en salud N°8, verificará la información según lo señalado en el Decreto 019 de 2012.		
5	**CAPACIDAD OPERATIVA:** El Oferente garantizara que cuenta con la infraestructura, equipos y recursos necesarios para cumplir con el objeto de la presente contratación. **(Diligenciar formulario capacidad operacional y administrativa).**		
6	**SEGURIDAD DEL PACIENTE:** El proponente debe garantizar el reporte de los eventos adversos presentados a nuestros usuarios, los cuales se deben analizar. Lo anterior en cumplimiento de los lineamientos de la política de seguridad de la paciente		

	emanada por el Ministerio de salud y Protección Social en Colombia. Para lo anterior anexar carta de compromiso de cumplimiento de las políticas de seguridad del paciente.		
7	**COMPROMISO AMBIENTAL:** El oferente deberá diligencia el ***FORMULARIO DE COMPROMISO AMBIENTAL*** de este documento, donde se deberá comprometerse a realizar buenas prácticas ambientales, en cumplimiento a la Legislación Ambiental Colombiana vigente en lo que respecta a la entrega de los elementos pos consumos y a su disposición final, durante la ejecución del futuro contrato.		
8	**ADICION DE SERVICIOS:** De requerirse un servicio adicional a los contratados y que tengan que ver o estén relacionados con el objeto contractual se solicitara a la entidad contratista autorización para hacer **LA ADICIÓN DEL SERVICIO conforme a la normatividad vigente**, se cotizara el servicio con mínimo dos (02) cotizaciones, y se solicitara autorización para hacer la modificación al ordenador del gasto.		
9	**EXCUSA MEDICA**: Acatar lo dispuesto en la Directiva Administrativa Permanente N°. 003 del 10/03/2023 *"directrices a observar en la expedición y registro de las excusas de servicio por incapacidad médica o licencia por maternidad y para el control y seguimiento del personal excusado de servicio"* respecto a la cantidad de días de excusa, de acuerdo a profesional que atiende al usuario, tipo de patología, tipo de excusa total o parcial.		
10	**PERSONA ENLACE** El oferente tiene que informar en su oferta la persona enlace, que se encargará de resolver aquellos eventos relacionados con la referencia y contrarreferencia de usuarios, asignación de citas, oportunidad, precisión de exámenes, procedimientos y actividades y todos aquellos que se presentan durante la ejecución del contrato. Nombre: _____ Teléfonos: _____ Correo electrónico _____		
11	**OPORTUNIDAD PARA TENCIÓN DEL SERVICIO:** EL OFERENTE DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZARÁ LA OPORTUNIDAD EN ATENCIÓN EN SALUD ESPECIALIZADO, A LOS USUARIOS DE LA UPRES BOLÍVAR, ASI:		

OPORTUNIDAD CONSULTA ESPECIALIZADA PSIQUIATRIA	CONSULTA EXTERNA	ENTRE 4 - 8 DIAS

CAPACIDAD INSTALADA CAMAS HOSPITALARIAS:

Con la finalidad de garantizar una buena atención durante la ejecución del contrato el oferente deberá tener la capacidad instalada específicamente en CAMAS DE PSIQUIATRIA habilitadas en el Registro Especial de Prestadores de servicios de Salud así:

Nota: Es de aclarar que en la actualidad tenemos un promedio de 07 pacientes de los cuales requieren de hospitalización en forma periódica.

ITEMS	ESPECIFICACIONES	NUMERO DE CAMAS

	1	CAMAS DE PSIQUIATRIA HABILITADAS EN REPS	DE 15 a 20 CAMAS			

12

IDONEIDAD DEL TALENTO HUMANO

El oferente deberá acreditar la idoneidad del recurso humano profesional en cada área de trabajo aportando la hoja de vida del siguiente personal:

RECURSO HUMANO MÍNIMO	CANTIDAD
AUXILIAR DE ENFERMERIA	1
PSICOLOGA	1
TERAPISTA OCUPACIONAL	1
MEDICO GENERAL	1
PSIQUIATRA	1
ENFERMERA (O)	1
REGENTE DE FARMACIA	1

Para el cumplimiento de lo anterior, debe aportar la inscripción en el RETHUS, debe diligenciar y aportar con la oferta el Anexo FORMATO DE IDONEIDAD RECURSO HUMANO por cada profesional
Los soportes mínimos que se verificaran de sus hojas de vida son:

-Fotocopia del Título de la especialidad y / o su certificación de validación del título de la especialidad si fue obtenido (a) en el exterior. (para el personal especialista)

- Fotocopia Títulos del académico de pregrado (para el personal profesional)

-Fotocopia de la tarjeta profesional.

13	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"		
14	El OFERENTE deberá entregar junto con la propuesta certificado no superior a tres meses emitido por las Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato		
15	El Oferente deberá presentar CERTIFICACIÓN firmada por el representante legal de la entidad, donde se compromete con la Regional de Aseguramiento de Salud N° 8 – Unidad Prestadora de Salud Guajira, que una vez ejecutado el 100% del presupuesto del presente contrato, NO continuará prestando los servicios de salud, SALVO, que se trate de caso de urgencias debidamente justificadas, de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud (Atención de urgencias vitales y/o atención inicial de urgencias, en sólo triage 1 y/o 2), los servicios prestados por fuera del contrato, que no cumplan con estas condiciones no son compromisos de la unidad prestadora de salud Guajira y éstos serán asumidos por el contratista. Cabe resaltar que en este caso, El Contratante no será responsable si el futuro contratista realiza una sobre ejecución del contrato por la demora en el proceso de radicación de facturas, las cuales deberán realizarse de manera mensual (los primeros cinco (5) días de cada mes), conforme a la prestación de los servicios generados, por lo tanto, EL CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a la Policía Nacional - Regional de Aseguramiento de Salud N° 8 - Unidad Prestadora de Salud Guajira, de cualquier reclamación proveniente por una eventual sobre ejecución.		

16	**REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD** El oferente deberá anexar a la oferta el Registro Especial Nacional del Ministerio de la Protección Social y deberá mantenerlo vigente durante la ejecución del contrato, en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015. El oferente deberá anexar la habilitación de los siguientes servicios, de conformidad con la Resolución 3100 de 2019 **NOTA:** El establecimiento debe estar ubicado en la Ciudad de Riohacha - La Guajira, para que pueda cumplir **DESCRIPCION** 135 -HOSPITALIZACIÓN EN CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS 138 -CUIDADO BÁSICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS 344 -PSICOLOGÍA 345 -PSIQUIATRÍA 714 -SERVICIO FARMACÉUTICO 728 -TERAPIA OCUPACIONAL 132 -HOSPITALIZACIÓN PARCIAL		
17	**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD (diligenciar Formulario Anexo)**		

Subintendente **DANIA LICETH GOMEZ PINTO**
Líder de Referencia y Contra Referencia UPRES GUAJIRA

ETAPA CONTRACTUAL

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO JURÍDICO	INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.	VEINTE POR CIENTO (20%) DEL VALOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y CUATRO (04) MESES MAS	AMPARA EL RIESGO DE INCUMPLIMIENTO DURANTE EL PLAZO DE EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO LA ESTIMACIÓN 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 TÉRMINOS DE LA CLAUSULA PENAL PECUNIARIA.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO OPERATIVO	CALIDAD DEL SERVICIO	CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR DE LOS ESTUDIOS.	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO IGUAL AL PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO Y UN (01) AÑO MAS	AMPARA EL RIESGO DE MALA CALIDAD DEL SERVICIO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO Y 3 AÑOS MÁS BUSCANDO RESARCIR EL DETRIMENTO CAUSADO A LA ENTIDAD POR MALA CALIDAD O INSUFICIENCIA DEL SERVICIO
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO JURÍDICO	NO PAGO DE SALARIOS PRESTACIONES E INDEMNIZACIONES LABORALES.	CINCO POR CIENTO (5%) DEL VALOR DEL CONTRATO.	CONTRATISTA	VIGENTE POR UN TERMINO 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.
GARANTÍA ÚNICA	RIESGO FINANCIERO	DAÑOS A TERCEROS POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA-CONTRACTUAL POR LA EJECUCIÓN DEL CONTRATOS.	DOSCIENTOS (200) SMMLV PARA CONTRATOS CUYO VALOR SEA INFERIOR O IGUAL A MIL QUINIENTOS (1.500) SMMLV. NUMERAL 1 DEL ART. 2.2.1.2.3.1.17 DEL DECRETO 1082 DE 2015.	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 O SUS SUBCONTRATISTA. LA PÓLIZA DEBERÁ CONTENER COMO MÍNIMO, EN ADICIÓN A LA COBERTURA BÁSICA DE PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES LOS AMPAROS CONTEMPLADOS EN EL DECRETO 1082 DE 2015.

CLAUSULAS SANCIONATORIAS

MULTA	RIESGO JURÍDICO	LA NO CONSTITUCIÓN DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS LA PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA	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 DÍA DE RETARDO Y HASTA POR DIEZ (10) DÍAS	CUANDO EL CONTRATISTA NO CONSTITUYA DENTRO DEL TERMINO Y EN LA FORMA PREVISTA EN EL CONTRATO O EN ALGUNO DE SUS MODIFICATORIOS, A PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA
MULTA	RIESGO JURÍDICO	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 DÍA DE RETARDO HASTA POR UN PLAZO DE QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO QUE SE DESCONTARÁ DEL SALDO QUE LE ADEUDE LA ENTIDAD. ESTA SANCIÓN SE IMPONDRÁ MEDIANTE ACTO ADMINISTRATIVO MOTIVADO EN EL QUE SE EXPRESARA LAS CAUSAS QUE DIERON LUGAR A ELLA	AMPARA LA MORA O INCUMPLIMIENTO PARCIAL DE ALGUNA OBLIGACIÓN DERIVADA DEL CONTRATO POR CAUSAS IMPUTABLES AL CONTRATISTA
CLAUSULA PENAL PECUNIARIA	RIESGO JURÍDICO	INCUMPLIMIENTO TOTAL DECLARATORIA DE CADUCIDAD	DIEZ POR CIENTO (10%) 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

MATRIZ DE RIESGO

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	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el	Fecha estimada en que se complementa el tratamiento	Monitoreo y Revisión	
													Probabilidad	Impacto	Calificación	Calificación total						¿Cómo se realiza el	Periodicidad ¿Cuándo?
1	ESPECIFICO	EXTERNO	CONTRATACIÓN	RIESGO_OPERACIONAL	QUE EL CONTRATO NO SEA ADJUDICADO	CONTRATO LO QUE NO PERMITIRIA GARANTIZAR LA CONTINUA Y OPORTUNA ATENCION DE LOS USUARIOS.	1	3	4	MEDIO	ENTIDAD	VERIFICAR LAS CONDICIONES TECNICAS Y JURIDICAS	1	2	3	BAJO	SI, DEBIDO A LA RETRASO EN LA ADJUDICACION	NO	ENTIDAD	AL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS JURIDICOS, TECNICOS Y LEGALES	ADJUDICACION	VERIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS QUE INTEGRA LA OFERTA.	DE ACUERDO A LA CRONOLOGÍA DEL PROCESO
2	GENERAL	EXTERNO	EJECUCIÓN	ECONÓMICO	VARIACIÓN DE LA TASA DE CAMBIO DEL DÓLAR QUE GENERE IMPACTO AL OPERADOR, RESPECTO A LOS PRECIOS OFERTADOS	INCREMENTO EN EL VALOR DE LOS REACTIVOS E INSUMOS	2	2	4	BAJO	CONTRATISTA	*STOCK SUFICIENTE DE INVENTARIOS. *EXIGIBILIDAD CUMPLIMIENTO SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS A LOS LABORATORIOS	1	1	2	BAJO	NO	SI	CONTRATISTA	Fecha inicio del contrato	Fecha final del contrato incluidas sus prórrogas	SUPERVISION DEL CONTRATO	PERMANENTE

IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA

El Oferente nacional indicará su identificación tributaria e información sobre el régimen de impuestos al que pertenece, para lo cual aportará con la Oferta copia del Registro Único Tributario RUT; las personas jurídicas y/o naturales integrantes de un consorcio o unión temporal o promesa de sociedad futura acreditarán individualmente éste requisito, cuando intervengan como responsables del impuesto sobre las ventas, por realizar directamente la prestación de servicios gravados con dicho impuesto. Lo anterior conforme el artículo 368 del Estatuto Tributario, en concordancia con el artículo 66 de la Ley 488 de 1998 que adicionó el artículo 437 del mismo Estatuto

NOTA: No aplica para las personas naturales y jurídicas de origen extranjero sin sucursal en Colombia.

CERTIFICADO DE NO INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Deben abstenerse de participar, quienes consideren estar incursos en los artículos 8º, 9º y 10º de la Ley 80 de 1993, y demás normas concordantes, para lo cual el proponente debe manifestarlo en la propuesta y se entenderá prestado bajo la gravedad del juramento con su firma en la propuesta

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL.

Persona Natural. Deberá presentar un Certificado de Inscripción en el Registro Mercantil expedido por la Cámara de Comercio en donde conste la determinación de su actividad. Este certificado debe tener fecha de expedición igual o inferior a un (1) mes anterior a la fecha de presentación de la propuesta.

NOTA. Con excepción a las personas que ejercen prestación de servicios inherentes a las profesiones liberales de conformidad con el Numeral 5 del Art. 23 del Código de Comercio.

Persona Natural de Origen Extranjero.

Deberá presentar un documento emitido por la autoridad competente en el país de su domicilio y expedido con dos (2) meses de anticipación a la fecha de la presentación de la propuesta, en el que conste su existencia, actividad y vigencia.

En todos los casos, deberán cumplirse todos y cada uno de los requisitos legales exigidos para la validez y oponibilidad en Colombia de documentos expedidos en el exterior con el propósito de que puedan obrar como prueba conforme a lo dispuesto en los artículos 259 y 260 del Código de Procedimiento Civil, y las demás normas vigentes. SE PRECISA QUE LOS ÚNICOS DOCUMENTOS QUE DEBEN LLENAR ESTE REQUISITO SON LOS DE ÍNDOLE LEGAL Y LA OPORTUNIDAD PARA ALLEGARLOS CON ESTOS FORMALISMOS SE HARÁ EXIGIBLE ANTES DE LA ADJUDICACIÓN, DE MANERA QUE PARA EFECTOS DE PRESENTAR LA PROPUESTA LA POLICÍA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 ACEPTARÁ DOCUMENTOS EN FOTOCOPIAS SIMPLES.

Persona Jurídica Nacional. Las personas jurídicas deberán cumplir al momento de presentación de la propuesta con los siguientes requisitos:

Acreditar su existencia y representación legal, mediante la presentación del original del Certificado de Existencia y Representación Legal, expedido por la Cámara de Comercio de su domicilio social o la autoridad competente, con fecha de expedición igual o inferior a un (1) mes anterior a la fecha de presentación de la propuesta.

Acreditar un término mínimo de duración de la sociedad, de dos (2) años, contados a partir del vencimiento del plazo máximo para la entrega de los bienes o de la vigencia del contrato.
Acreditar la suficiencia de la capacidad del Representante Legal para la presentación de la propuesta y para la suscripción del contrato ofrecido. Cuando el Representante Legal tenga limitaciones estatutarias. Se deberá presentar adicionalmente copia del acta en la que conste la decisión del Órgano Social correspondiente que autorice al Representante Legal para la presentación de la propuesta, la suscripción del contrato, y para actuar en los demás actos requeridos para la contratación en el caso de resultar adjudicatario.

Acreditar que el objeto social principal de la sociedad se encuentra directamente relacionado con el objeto del contrato, de manera que le permita a la persona jurídica la celebración y ejecución del contrato, teniendo en cuenta para estos efectos el alcance y la naturaleza de las diferentes obligaciones que adquiere.

Las personas jurídicas extranjeras sin domicilio en Colombia deberán acreditar en el país un apoderado domiciliado en Colombia, debidamente facultado para presentar la propuesta, participar y comprometer a su representado en las diferentes instancias del presente proceso de selección, suscribir los documentos y declaraciones que se requieran así como el contrato ofrecido, suministrar la información que le sea solicitada, y demás actos necesarios de acuerdo con los presentes estudios, así como para representarla judicial o extrajudicialmente.

PERSONAS JURÍDICAS PÚBLICAS O PRIVADAS DE ORIGEN EXTRANJERO

Para los efectos previstos en este numeral se consideran personas jurídicas públicas o privadas de origen extranjero las sociedades que no hayan sido constituidas de acuerdo con la legislación nacional, sea que tengan o no domicilio en Colombia a través de sucursales.

Las propuestas de personas jurídicas de origen extranjero se someterán en todo caso a la legislación colombiana, sin perjuicio de lo cual, para su participación deberán cumplir con las siguientes condiciones:

PERSONAS JURÍDICAS DE ORIGEN EXTRANJERO CON SUCURSAL EN COLOMBIA:

Acreditar su existencia y representación legal, a efectos de lo cual deberán presentar un documento expedido por la autoridad competente en el país de su domicilio, expedido con dos (2) meses de anticipación a la fecha de la presentación de la propuesta, en el que conste su existencia, objeto y vigencia, y el nombre del representante legal de la sociedad o de la persona o personas que tengan la capacidad para comprometerla jurídicamente y sus facultades, y en el cual se señale expresamente que el representante no tiene limitaciones para presentar la propuesta, suscribir el contrato y comprometer a la entidad a través de su propuesta.

En defecto, de dicho documento, el proponente deberá presentar la certificación del Registro Único de Proponentes.

Acreditar un término mínimo permanente de duración de la sociedad, de dos (2) años, contados a partir del vencimiento del plazo máximo para la entrega de los bienes o de la vigencia del contrato.

Acreditar la suficiencia de la capacidad del representante legal para la suscripción del contrato ofrecido. Cuando el representante legal tenga limitaciones estatutarias, se deberá presentar adicionalmente copia del acta en la que conste la decisión del órgano social correspondiente que autorice al representante legal para la presentación de la propuesta, la suscripción del contrato y para actuar en los demás actos requeridos para la contratación en el caso de resultar adjudicatario.

Acreditar que su objeto social principal se encuentra directamente relacionado con el objeto del contrato, de manera que le permita a la persona jurídica la celebración y ejecución del contrato ofrecido, teniendo en cuenta a estos efectos el alcance y la naturaleza de las diferentes obligaciones que adquiere.

PERSONAS JURÍDICAS DE ORIGEN EXTRANJERO SIN SUCURSAL EN COLOMBIA:

Acreditar su existencia y representación legal, a efectos de lo cual deberán presentar un documento expedido por la autoridad competente en el país de su domicilio, expedido con dos (2) meses de anticipación a la fecha de la presentación de la propuesta, en el que conste su existencia, objeto y vigencia, y el nombre del representante legal de la sociedad o de la persona o personas que tengan la capacidad para comprometerla jurídicamente y sus facultades, y en el cual se señale expresamente que el representante no tiene limitaciones para presentar la propuesta, suscribir el contrato y comprometer a la entidad a través de su propuesta.

Acreditar un término mínimo permanente de duración de la sociedad, de dos (2) años, contados a partir del vencimiento del plazo máximo para la entrega de los bienes o de la vigencia del contrato.

Acreditar la suficiencia de la capacidad del representante legal para la suscripción del contrato ofrecido. Cuando el representante legal tenga limitaciones estatutarias, se deberá presentar adicionalmente copia del acta en la que conste la decisión del órgano social correspondiente que autorice al representante legal para la presentación de la propuesta, la suscripción del contrato y para actuar en los demás actos requeridos para la contratación en el caso de resultar adjudicatario.

Acreditar que su objeto social principal se encuentra directamente relacionado con el objeto del contrato, de manera que le permita a la persona jurídica la celebración y ejecución del contrato ofrecido, teniendo en cuenta a estos efectos el alcance y la naturaleza de las diferentes obligaciones que adquiere.

En todos los casos, deberán cumplirse todos y cada uno de los requisitos legales exigidos para la validez y oponibilidad en Colombia de documentos expedidos en el exterior con el propósito de que puedan obrar como prueba conforme a lo dispuesto en los artículos 259 y 260 del Código de Procedimiento Civil, y las demás normas vigentes. SE PRECISA QUE LOS ÚNICOS DOCUMENTOS QUE DEBEN LLENAR ESTE REQUISITO SON LOS DE ÍNDOLE LEGAL Y LA OPORTUNIDAD PARA ALLEGARLOS CON ESTOS FORMALISMOS SE HARÁ EXIGIBLE ANTES DE LA ADJUDICACIÓN, DE MANERA QUE PARA EFECTOS DE PRESENTAR LA PROPUESTA LA POLICÍA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 ACEPTARÁ DOCUMENTOS EN FOTOCOPIAS SIMPLES.

APODERADO

Las personas jurídicas extranjeras sin domicilio en Colombia deberán acreditar en el país un apoderado domiciliado en Colombia, debidamente facultado para presentar la propuesta, participar y comprometer a su representado en las diferentes instancias del presente proceso de selección, suscribir los documentos y declaraciones que se requieran así como el contrato ofrecido, suministrar la información que le sea solicitada, y demás actos necesarios de acuerdo con el presente pliego de condiciones, así como para representarla judicial o extrajudicialmente.

El poder que otorga las facultades, en caso de ser expedido en el exterior, deberá cumplir todos y cada uno de los requisitos legales exigidos para la validez y oponibilidad en Colombia de documentos expedidos en el exterior con el propósito que puedan obrar como prueba conforme a lo dispuesto en los artículos 259 y 260 del Código de Procedimiento civil y demás normas vigentes. SE PRECISA QUE LOS ÚNICOS DOCUMENTOS QUE DEBEN LLENAR ESTE REQUISITO SON LOS DE ÍNDOLE LEGAL Y LA OPORTUNIDAD PARA ALLEGARLOS CON ESTOS FORMALISMOS SE HARÁ EXIGIBLE ANTES DE LA ADJUDICACIÓN, DE MANERA QUE PARA EFECTOS DE PRESENTAR LA PROPUESTA LA POLICÍA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 ACEPTARÁ DOCUMENTOS EN FOTOCOPIAS SIMPLES.

Dicho apoderado podrá ser el mismo apoderado único para el caso de personas extranjeras que participen en consorcio o unión temporal, y en tal caso bastará para todos los efectos, la presentación del poder común otorgado por todos los participantes del consorcio o unión temporal.

Los documentos otorgados en el exterior para ser considerados como idóneos para su validez y oponibilidad en Colombia deben cumplir con los siguientes requisitos:

Apostilla: del documento en el evento, en que el país en donde fue expedido haga parte del Convenio de la Haya de 1961 sobre la supresión de la exigencia de legalización de documentos públicos extranjeros, en los términos señalados en la Ley 455 de 1998 y en el Decreto 106 de 2001.

Consularización o legalización en el caso que el documento sea expedido en un país no signatario del Convenio antes indicado, dichos documentos para que puedan obrar como prueba deberán cumplir con lo dispuesto en los artículos 259 y 260 del Código de Procedimiento Civil, y las demás normas concordantes vigentes. SE PRECISA QUE LOS ÚNICOS DOCUMENTOS QUE DEBEN LLENAR ESTE REQUISITO SON LOS DE ÍNDOLE LEGAL Y LA OPORTUNIDAD PARA ALLEGARLOS CON ESTOS FORMALISMOS SE HARÁ EXIGIBLE ANTES DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO, DE MANERA QUE PARA EFECTOS DE PRESENTAR LA PROPUESTA LA POLICÍA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD GUAJIRA ACEPTARÁ FOTOCOPIAS SIMPLES.

PROPUESTAS CONJUNTAS

Podrán participar consorcios y uniones temporales, para lo cual se deberán cumplir los siguientes requisitos:

Acreditar la existencia del consorcio o de la unión temporal, y específicamente la circunstancia de tratarse de uno u otro, lo cual deberá declararse de manera expresa en el acuerdo de asociación correspondiente, señalando las reglas básicas que regulan las relaciones entre ellos, los términos, actividades, condiciones y participación porcentual de los miembros del consorcio en la unión temporal en la propuesta y en la ejecución de las obligaciones atribuidas al contratista por el contrato ofrecido.

Para los eventos previstos en el artículo 7 de la Ley 80 de 1993, el Proponente deberá indicar en el documento de conformación si su propuesta se formula a título de Consorcio o Unión Temporal, para lo cual deberá cumplir con lo siguiente:
Indicar el tipo de asociación de que se trate: Consorcio o Unión Temporal; si se trata de Unión Temporal, sus miembros deberán señalar en la Propuesta la extensión (actividades y porcentaje) de su participación en la misma y en su ejecución, los cuales no podrán ser modificados sin el consentimiento previo y escrito de la POLICIA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD GUAJIRA. La omisión de este señalamiento, hará que la POLICIA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD GUAJIRA, tome la propuesta como presentada por un Consorcio para todos los efectos.

Acreditar un término mínimo de duración del consorcio o de la unión temporal hasta la liquidación del contrato.

Acreditar la existencia, representación legal y capacidad legal y capacidad jurídica de las personas jurídicas consorciadas o asociadas en unión temporal, y la capacidad de sus representantes para la constitución del consorcio o unión temporal, así como de la propuesta para la presentación, celebración y ejecución del contrato.

Acreditar que cada una de las personas jurídicas integrantes del consorcio o unión temporal tiene un término mínimo de veintiséis (26) meses, contados a partir del vencimiento del plazo de la vigencia.

La designación de un representante que deberá estar facultado para actuar en nombre y representación del Consorcio o Unión Temporal. Igualmente deberá designar un suplente que lo reemplace en los casos de ausencia temporal o definitiva.

Los requisitos relacionados con la existencia, representación legal y duración de los consorcios o uniones temporales, deberán acreditarse mediante la presentación del documento consorcial o de constitución de la unión temporal en el que se consignen los acuerdos y la información requerida.

Los requisitos relacionados con la existencia, representación y capacidad jurídica de cada uno de los integrantes del consorcio o unión temporal, respecto de las personas jurídicas o naturales que se asocien en consorcio o en unión temporal para la presentación de la propuesta, deberán acreditarse conforme se indica en los numerales respectivos de los pliegos de condiciones.

En todos los casos de propuestas presentadas por dos o más personas naturales y/o jurídicas, en las que no se exprese de manera clara y explícita la clase de asociación que se constituye (consorcio o unión temporal), se presumirá la intención de concurrir al proceso de selección en consorcio, con los efectos y consecuencias que dicha forma de asociación conlleve para los proponentes, de acuerdo con lo previsto en el artículo 7 de la Ley 80 de 1993.

Una vez el Contrato sea adjudicado al consorcio o unión temporal y dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la notificación, éste debe presentar el Nit del Consorcio o Unión Temporal.

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

La carta de presentación de la propuesta se diligenciará conforme al modelo contenido en el Formulario No. 4 "Carta de Presentación de la Propuesta" y será firmada por el proponente o apoderado, si a ello hubiere lugar. Si la propuesta es presentada por una persona jurídica, en unión temporal o consorcio, deberá venir suscrita

por el representante legal para el caso de las personas jurídicas debidamente facultado en los términos de ley, y para los consorcios y uniones temporales, el Representante designado.

BOLETÍN RESPONSABLES FISCALES

La POLICÍA .NACIONAL- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8, consultará el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República de la firma y del representante legal.

NOTA: No aplica para las personas (naturales y jurídicas) de origen extranjero sin sucursal en Colombia.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

LA POLICÍA NACIONAL REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 consultará el certificado de antecedentes disciplinarios, expedido por la Procuraduría General de la Nación, de las personas naturales, los representantes legales de personas jurídicas y/o de quien en nombre de la persona jurídica presente la oferta.

NOTA: No aplica para las personas (naturales y jurídicas) de origen extranjero sin sucursal en Colombia.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES.

LA POLICÍA NACIONAL- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8, consultará el CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES, de las personas naturales, los representantes legales de personas jurídicas y/o de quien en nombre de la persona jurídica presente la oferta.

CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO DE APORTES PARAFISCALES

Para dar cumplimiento a lo previsto en la Ley 828/2003, el proponente, si es persona jurídica, deberá allegar una certificación expedida por el revisor fiscal, si es del caso, o del representante legal del proponente, señalando para el primero el número de la Tarjeta Profesional y anexando fotocopia de la misma; si es persona natural declaración juramentada, en la cual se certifique el pago de los aportes parafiscales indicando que se encuentra al día con dichos pagos (Caja de Compensación Familiar, SENA e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar). La información presentada en desarrollo del presente numeral se entiende suministrada bajo gravedad de juramento, respecto su fidelidad y veracidad.

NOTA: No aplica para las personas naturales y jurídicas de origen extranjero sin sucursal en Colombia.

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

El Oferente deberá proceder al diligenciamiento del formulario No. 3 y entregarlo con la oferta.

FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA DEL REPRESENTANTE LEGAL, POR AMBAS CARAS, LEGIBLE: Esta copia tiene como fin verificar los datos del representante legal que aparecen en el certificado de existencia y representación legal de cámara de comercio y para efectos de información en la elaboración del contrato una vez se haya adjudicado el presente proceso de contratación.

SISTEMA DE REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS (RNMC)

Los oferentes deberán presentar certificación que no se encuentran con comparendos pendientes por pagar y que están a paz y salvo según el artículo 183. Consecuencias por el no pago multas, literal 4, ley 1801 de 29/07/2016 código nacional de policía y convivencia.

Certificación del representante legal, de no tener inhabilidades por consecuencia de delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años, conforme la Ley 1918 de 2018

OFERTA ECONÓMICA

EL OFERENTE DEBE DILIGENCIAR LA OFERTA ECONOMICA **SIN MODIFICACIONES SO PENA DE RECHAZO**

Nº	OBJETO	PORCENTAJE UNICO DE DESCUENTO OFERTADO APLICABLE A TODOS LOS ITEMS DEL ANEXO PRECIO TECHO
1	"LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP". EL OFERENTE DEBERA DILIGENCIAR LA OFERTA ECONOMICA CON UN UNICO PORCENTAJE DE DESCUENTO APLICABLE A TODOS LOS ITEMS DEL ANEXO PRECIO TECHO. (ITEMS DEL 1 AL 38 LISTADO DE SERVICIOS) - (ITEMS DEL 1 AL 123 LISTADO DE MEDICAMENTOS) - (ITEMS DEL 1 AL 20 LISTADO INSUMOS)	_____%

VALOR TOTAL ESTIMADO DEL PRESENTE PROCESO ES DE CIENTO ONCE MILLONES CIEN MIL PESOS MONEDA LEGAL ($111.100.000,00), M/CTE VIGENCIA 2024

NOTA 1: El porcentaje (%) de descuento ofrecido aplica para todos los ítems del anexo precio techo.

NOTA 2: Los servicios ofertados incluyen IVA.

NOTA 3: El valor unitario adjudicado se aproximará a la unidad de peso más cercana.

NOTA 4: Si el oferente que no indique ningún valor como porcentaje de descuento, esta se entenderá como cero.

NOTA 5: el oferente interesado debe realizar un solo porcentaje de descuento el cual será aplicado a todos los ítems del precio techo – la entidad que no ofrezca este descuento porcentual como se indica, su oferta será rechazada toda vez que no permite realizar una evaluación objetiva.

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

PRECIO TECHO

ITEM	DESCRIPCION	VALOR ESTIMADO
1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	$ 99.953
2	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	$ 74.892
ATENCION DE URGENCIAS EN UNIDAD DE SALUD MENTAL PARA PACIENTES ADULTOS Y MENORES DE EDAD CON PATOLOGIA MENTAL AGUDA		
3	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA	$ 101.235
4	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	$ 72.089
5	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	$ 281.745
6	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	$ 106.067
7	EVALUACIÓN EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	$ 99.296
8	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	$ 103.979
9	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	$ 138.079
10	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGÍA	$ 85.193
11	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRÍA	$ 106.799
ATENCION EN HOSPITALIZACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL PARA PACIENTES ADULTOS Y MENORES DE EDAD CON PATOLOGIA MENTAL AGUDA		
12	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	$ 99.953
13	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	$ 74.403
14	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA	$ 101.235
15	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	$ 74.140
16	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	$ 295.621
17	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL Incluye: AQUELLA REALIZADA AL INDIVIDUO, A LA PAREJA O A LA FAMILIA; MÉTODOS O TÉCNICAS TERAPÉUTICAS APLICADAS COMO LA TERAPIA FAMILIAR ENTRE OTRAS	$ 73.271
18	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	$ 109.455
19	EVALUACIÓN EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	$ 109.455
20	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	$ 109.455
21	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	$ 150.789
22	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGÍA	$ 79.065
23	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRÍA	$ 109.258
ATENCION EN UNIDAD DE HOSPITALIZACION PARA DESINTOXICACION DE PACIENTES ADULTOS Y MENORES DE EDAD CON CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS		
24	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	$ 107.494
25	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	$ 75.249
26	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA	$ 106.235
27	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	$ 71.599
28	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	$ 296.720
29	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL Incluye: AQUELLA REALIZADA AL INDIVIDUO, A LA PAREJA O A LA FAMILIA; MÉTODOS O TÉCNICAS TERAPÉUTICAS APLICADAS COMO LA TERAPIA FAMILIAR ENTRE OTRAS	$ 74.965
30	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	$ 109.455
31	EVALUACIÓN EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	$ 109.455
32	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	$ 109.455
33	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	$ 156.081
34	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGÍA	$ 81.606
35	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRÍA	$ 105.451
OTROS SERVICIOS RELACIONADOS		
36	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD BAJA	$ 303.825
37	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD MEDIANA	$ 431.710
38	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD ALTA	$ 357.996

MEDICAMENTOS

ITEMS	DESCRIPCION	PRESENTACION	MEDIDA	VALOR ESTIMADO
1	ACETAMINOFEN 500MG	TABLETA O CAPSULA	500 MG	400
2	ACIDO A SALICILICO 100 MG TAB	TABLETA	100 MG	1.831
3	ACIDO VALPROICO 250 MG	TABLETA O CAPSULA	250 MG	1.086
4	ADENOSINA 6 mg AMPOLLA	SOLUCION INYECTABLE	6 MG	107.640

5	ADRENALINA 1 mg7ml	SOLUCION INYECTABLE	1 MG	5.000
6	ALBENDAZOL 200 MG	TABLETA O CAPSULA	200 MG	3.503
7	ALCOHOL FRASCO 350ML	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	4.310
8	ALPRAZOLAN 0.5 MG	TABLETA O CAPSULA	0.5 MG	2.832
9	AMANTADINA CAPSULA 100MG	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	2.000
10	AMIKACINA AMPOLLA 500MG/2ML I.M. I.V.	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	6.000
11	AMINOFILINA 240 MG/10ML	SOLUCION INYECTABLE	240 MG/10 ML	4.616
12	AMLODIPINO 10 MG AG	TABLETA O CAPSULA	10 MG	5.000
13	AMLODIPINO 5 MG	TABLETA O CAPSULA	5 MG	4.099
14	AMOXICILINA 500 MG	TABLETA O CAPSULA	500 MG	2.584
15	AMPICILINA+SULBACTAM AMPOLLA 1.5GR	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	9.000
16	ARIPIPRAZOL 15 MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA	15 MG	1.200
17	ATORVASTATINA 20 MG	TABLETA O CAPSULA	20 MG	3.000
18	ATORVASTATINA 20 MG	TABLETA O CAPSULA	20 MG	3.000
19	BERODUAL SOL PARA INHALAR	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	40.000
20	BETAMETASONA 0.005	CREMA TOPICA	0,0005 G	6.624
21	BIPERIDENO 2 MG	TABLETA O CAPSULA	2 MG	444
22	BISACODILO 5 MG	TABLETA O CAPSULA	5 mg	1.567
23	BROMURO DE IPRATROPIO	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	2.357
24	BROMURO DE IPRATROPIO SOLUCION PARA INHALACION 20MCG	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	2.357
25	CAPTOPRIL 50 MG	TABLETA O CAPSULA	50 MG	932
26	CARBAMAZEPINA 200 MG	TABLETA O CAPSULA	200 MG	2.459
27	CARBONATO DE LITIO 300 MG	TABLETA O CAPSULA	300 MG	1.533
28	CEFALEXINA 500 MG	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	3.933
29	CEFTRIAXONA VIAL 1G	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	14.000
30	CIPROFLOXACINO 500 MG	TABLETA O CAPSULA	500 MG	1.000
31	CLONAZEPAM 2.5 MG/ ML SOLUCION ORAL	SOLUCION	No Aplica	213.221
32	CLONAZEPAN 2MG	TABLETA O CAPSULA	2 MG	2.005
33	CLONIDINA 0.150 MG	TABLETA O CAPSULA	0,150 MG	411

34	CLORUDO DE POTASIO 2MEQ / ML 10 AMPOLLA	SOLUCION	No Aplica	3.972
35	CLORURO DE POTASIO	SOLUCION INYECTABLE	2 mqui/ml	3.972
36	CLORURO DE SODIO 0.9% 100 ML	SOLUCION INYECTABLE	100 ML	3.150
37	CLORURO DE SODIO 0.9% 250 ML	SOLUCION INYECTABLE	250 ML	3.312
38	CLORURO DE SODIO 0.9% 500 ML	SOLUCION INYECTABLE	500 ML	6.500
39	CLOTRIMAZOL 40 GR	CREMA TOPICA	40 G	5.382
40	clotrimazol crema 1 %	TOPICO	1%	5.382
41	CLOTRIMAZOL CREMA VAGINAL 1% 40G	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	5.382
42	CLOZAPINA 100MG	TABLETA O CAPSULA	100 MG	2.277
43	CLOZAPINA 25 MG	TABLETA O CAPSULA	25 MG	1.000
44	DEXAMETASONA 4 MG AMPOLLA (1ML)	SOLUCION INYECTABLE	40 G	2.559
45	DEXAMETASONA FOSFATO 8 MG /2ML	SOLUCION INYECTABLE	8 MG	3.387
46	DICLOFENACO 50 MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA	50 MG	1.320
47	DICLOFENACO 75 MG/3 ML	SOLUCION INYECTABLE	75 MG/3 ML	4.500
48	DICLOXACILINA 500 MG	TABLETA O CAPSULA	500 MG	2.292
49	DIPIRONA SODICA 1 GR AMPOLLA	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	4.500
50	DIPIRONA SODICA 2.5 G/5ML	SOLUCION INYECTABLE	2.5G/5ML	5.000
51	DIPIRONA SODICA+ HIOCINA BUTILBROMURO 2.5+ 20 MG/5 ML	SOLUCION INYECTABLE	2.5G+20 MG/5 ML	4.500
52	ENALAPRIL TABLETA 5MG	TABLETA O CAPSULA	5 mg	890
53	ENOXAPARINA AMPOLLA 40UI/0.4ML	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	12.000
54	ERTAPENEN AMPOLLA 1GR	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	77.500
55	ESCITALOPRAM 10 mg	TABLETA O CAPSULA	10 MG	1.700
56	ESCITALOPRAM 20 MG	TABLETA O CAPSULA	20 MG	3.141
57	FENITOINA 100 MG	TABLETA O CAPSULA	100 MG	3.429
58	FENOBARBITAL TAB 100 MG	TABLETA O CAPSULA	100 MG	1.242
59	FLUCONAZOL 200 MG	TABLETA O CAPSULA	200 MG	8.288
60	FLUOXETINA 20 MG	TABLETA O CAPSULA	20 MG	600
61	FUROSEMIDA 20 MG / 2 ML AMPOLLA	TABLETA O CAPSULA	20 MG	3.359
62	GUAYACOLATO DE GLICERILO	JARABE	No Aplica	10.000
63	HALOPERIDOL 5 MG / 1 ML	SOLUCION INYECTABLE	5 MG / 1 ML	7.245
64	HALOPERIDOL 10 mg	TABLETA O CAPSULA	10 MG	520
65	HALOPERIDOL 5 mg	TABLETA O CAPSULA	5 mg	3.172

66	HALOPERIDOL 5 MG/ 1 ML	SOLUCION INYECTABLE	5 MG / 1 ML	7.245
67	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG	TABLETA O CAPSULA	25 MG	3.000
68	HIDROCORTISONA	SOLUCION INYECTABLE	100 MG	5.382
69	HIDROXIDO DE AL Y MG 150 ML	FRASCO	150 ML	10.350
70	HIDROXIDO DE ALUMINIO 360 ML	SUSPENSION ORAL	500 ML	10.350
71	HIDROXIDO DE ALUMINIO 6g/100ML 360 ML	SUSPENSION ORAL	500 ML	12.000
72	HIDROXIDO DE ALUMINIO Y MAGNESIO + SIMETICONA	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	12.000
73	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 10 MG TABLETA	TABLETA RECUBIERTA	10 MG	4.347
74	KETOCONAZOL 200 MG	TABLETA O CAPSULA	200 MG	1.939
75	LACTATO DE RINGER 500 ML	SOLUCION INYECTABLE	500 ML	3.312
76	LAMOTRIGINA 100 mg	TABLETA O CAPSULA	100 MG	1.271
77	LEVOMEPROMAZINA 100 MG	TABLETA O CAPSULA	100 MG	1.308
78	LEVOMEPROMAZINA 25 MG	TABLETA O CAPSULA	25 MG	1.215
79	LORATADINA 10 mg	TABLETA O CAPSULA	10 MG	1.516
80	losartan 100 mg tableta	TABLETA O CAPSULA	100 MG	2.129
81	LOSARTAN 50 MG	TABLETA O CAPSULA	50 MG	2.122
82	MEMANTINA 10 MG	TABLETA O CAPSULA	10 MG	1.796
83	MEROPENEN AMPOLLA 1GR	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	30.000
84	METFORMINA 850 MG	TABLETA O CAPSULA	850 MG	518
85	METOCARBAMOL 750 MG	TABLETA O CAPSULA	750 MG	932
86	METOCLOPRAMIDA 10 MG	SOLUCION INYECTABLE	10 MG	1.219
87	METOPROLOL 50 mg	TABLETA O CAPSULA	50 MG	2.358
88	METRONIDAZOL 500 MG Genfar	TABLETA O CAPSULA	500 MG	1.823
89	METRONIDAZOL 500 MG OVULOS VAGINALES	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	8.000
90	MIDAZOLAM 5 MG / 5 ML AMPOLLA	SOLUCION	5 MG / 5 ML	6.210
91	NAPROXENO 250 MG	TABLETA O CAPSULA	250 MG	673
92	NAPROXENO 500 MG	TABLETA O CAPSULA	500 MG	1.400
93	NIFEDIPINO 30MG	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	4.000
94	OLANZAPINA 10 MG	TABLETA O CAPSULA	10 MG	4.006
95	OLANZAPINA 5 MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA	5 MG	2.197
96	OMEPRAZOL 40 MG AMPOLLA	AMPOLLA	40 MG	8.280
97	OMEPRAZOL 20 mg	TABLETA O CAPSULA	20 MG	1.072

98	PENICILINA G BENZATINICA 2.400.000 UI	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	17.400
99	PENICILINA G SODICA O CRISTALINA 1'000.000 UI I.M. I.V.	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	17.400
100	PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4GR+0.5 POLVO ESTERIL PARA INYECCION	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	15.000
101	PREDNISOLONA 5 MG	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	1.537
102	PREGABALINA 75 mg	TABLETA O CAPSULA	75 MG	2.300
103	PROPANOLOL 40 MG TABLETAS	TABLETA O CAPSULA	40 MG	1.116
104	QUETIAPINA 100 mg AUROBINDO PHARMA COLOMBIA S.A.S	TABLETA O CAPSULA	100 MG	700
105	QUETIAPINA 200 mg	TABLETA O CAPSULA	200 MG	1.400
106	QUETIAPINA 25 mg	TABLETA O CAPSULA	25 MG	500
107	RISPERIDONA 1 mg	TABLETA O CAPSULA	1 MG	414
108	RISPERIDONA 2 mg TABLETA	TABLETA O CAPSULA	2 MG	1.000
109	RISPERIDONA 3MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA	3 MG	1.232
110	RISPERIDONA AMPOLLA 25 MG	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	336.000
111	SALBUTAMOL (SALBUMED 100 MCG)	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	10.000
112	SALES DE REHIDRATACION ORAL	POLVO O GRANULOS PARA RECONSTI	28,4 G	6.859
113	SERTRALINA 50 MG TAB	TABLETA O CAPSULA	50 MG	2.500
114	TIAMINA AMPOLLA 100 MG/ ML	TABLETA O CAPSULA	100 MG	4.244
115	TIAMINA TAB 300 MG	TABLETA RECUBIERTA	300 MG	900
116	TRAZODONA 50 mg	TABLETA O CAPSULA	50 MG	1.035
117	TRIMETOPRIM SULFA 400MG	TABLETA O CAPSULA	No Aplica	1.967
118	TRIMETOPRIM SULFA 80/400MG	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	2.500
119	TRIMETROPIM SULFA 160MG/800MG	SOLUCION INYECTABLE	160 MG/800 MG	2.000
120	VENLAFAXINA 150 mg	TABLETA O CAPSULA	150 MG	5.126
121	VENLAFAXINA 75 mg	TABLETA O CAPSULA	75 MG	4.140
122	VITAMINA C 500 mg	SOLUCION INYECTABLE	500 MG	3.000
123	VITAMINA C TABLETA 500 mg	SOLUCION INYECTABLE	500 MG	3.000

INSUMOS

ITEMS	*Descripción*	*UNIDAD DE MEDIDA*	*VALOR ESTIMADO*
1	CATETER INTRAVENOSO # 24	UNIDAD	3.000

2	CATETER INTRAVENOSO # 24	UNIDAD	3.000
3	CATETER INTREVENOSO #18	UNIDAD	3.500
4	CATETER INTREVENOSO #20	UNIDAD	1.087
5	CATETER INTREVENOSO #22	UNIDAD	2.500
6	COMPRESA DE GASA X 5 UNIDS	UNIDAD	1.130
7	ELECTRODO ADULTO	UNIDAD	1.000
8	EQUIPO BURETROL	UNIDAD	4.000
9	EQUIPO MACRO GOTEO	UNIDAD	6.000
10	GASA ESTERIL 10 X10	UNIDAD	1.631
11	GASA ESTERIL 3X3	UNIDAD	1.631
12	GASA ESTERIL 7.5 CM X 7.5 CM PAQUETE X 5	UNIDAD	1.631
13	JERINGA 5ML	UNIDAD	700
14	JERINGA #10	UNIDAD	466
15	JERINGA #5	UNIDAD	700
16	JERINGA 1 ML	UNIDAD	1.500
17	JERINGA 10 ML	UNIDAD	466
18	JERINGA 20 ML	UNIDAD	1.500
19	RECOLECTOR DE ORINA	UNIDAD	1.000
20	TAPON HEPARINIZADO DESECHABLE	UNIDAD	1.500

Ciudad, dd de mes del año

Señores
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8
Calle 15 con carrera 7, esquina
Riohacha D.E.T. y C. – La Guajira

YO, _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de _____, de conformidad con lo establecido en el(la) _____, me permito presentar, en nombre de (Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), propuesta seria y formal para participar en el proceso convocado por la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8, conforme a la información suministrada en los términos establecidos en la invitación publica que rige el proceso, en las Leyes de la República de Colombia y en particular de la Ley 80 de 1993, sus Decretos reglamentarios, los Códigos Civil y de Comercio, y las demás normas que conforman el régimen legal del presente proceso de contratación, o que llegaren a regular algún aspecto concerniente a él.

El objeto del proceso se encuentra detalladamente enunciado en los Pliegos de Condiciones y en el Anexo 1 "Especificaciones Técnicas" y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida al mismo, teniendo en cuenta su descripción y especificaciones técnicas.

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

1. Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de los Pliegos de Condiciones y de sus Anexos y Formularios, así como el de cada uno de las Adendas hechos al mismo.
2. Que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.
3. Que ni el representante legal o apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad determinadas por la Constitución Política y la ley aplicable.
4. Que el proponente, en este caso (Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa), está compuesto por las siguientes personas, y que el nombre de su representante legal, dirección, teléfono y fax son los siguientes: (Información de cada uno de los integrantes que componen al proponente, si son varias personas; Si se tratara de un proponente persona jurídica, se puede adaptar la declaración, para suministrar la información allí requerida respecto de la sociedad proponente y su representante legal únicamente)
5. Que nuestra propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en los Pliegos de Condiciones y en la Ley, y cualquier omisión, contradicción o declaración debe interpretarse de la manera que resulte compatible con los términos y condiciones del proceso de contratación dentro del cual se presenta la misma, y aceptamos expresa y explícitamente que así se interprete nuestra propuesta.
6. Que nos comprometemos a proveer a la POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8, en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de contratación, los bienes ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados por los Pliegos de Condiciones para la Selección Abreviada, con las especificaciones y en los términos, condiciones y plazos establecidos en los Pliegos de Condiciones, y en las condiciones allegada a esa entidad a través de la presente carta de presentación.
7. Reconocemos la responsabilidad que nos concierne en el sentido de conocer técnicamente las características y especificaciones de los bienes y/o servicios ofertados, y asumimos la responsabilidad que se deriva de la obligación de haber realizado todas las evaluaciones e indagaciones necesarias para presentar la presente propuesta sobre la base de un examen cuidadoso de las características del negocio. En particular declaramos bajo nuestra responsabilidad, que los bienes que se entregarán a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8, en el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple

con todas y cada una de las exigencias de los Pliegos de Condiciones, sus Anexos, sus Formularios y Adendas que llegaren a suscribirse.

8. Manifestamos además que hemos realizado el examen completo y cuidadoso, y que hemos investigado plenamente, las condiciones del contrato que nos comprometemos a ejecutar, así como los riesgos que del mismo se derivan, y declaramos que se encuentra bajo nuestra responsabilidad y es nuestra especialidad técnica el conocimiento detallado de la tecnología y los equipos a los cuales aplicaremos nuestro trabajo, y en general, que conocemos todos los factores determinantes de los costos de ejecución del contrato a suscribir, los cuales se encuentran incluidos en los términos de nuestra propuesta.
9. En todo caso, aceptamos y reconocemos que cualquier omisión en la que hayamos podido incurrir en la investigación de la información que pueda influir para la determinación de nuestra propuesta, no nos eximirá de la obligación de asumir las responsabilidades que nos lleguen a corresponder como contratistas, y renunciamos a cualquier reclamación, reembolso o ajuste de cualquier naturaleza por cualquier situación que surja y no haya sido contemplada por nosotros en razón de nuestra falta de diligencia en la obtención de la información.
10. Reconocemos que ni la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8, ni el personal interno o externo al mismo que haya intervenido en la contratación que se promueve por medio del presente proceso de selección y contratación, han manifestado declaración o garantía alguna expresa o implícita en cuanto a la exactitud, confiabilidad o integridad de la información contenida en las fuentes de información analizadas y conocidas por el proponente, en los materiales proporcionados o en las declaraciones realizadas durante el transcurso de cualquier audiencia o visita efectuada a las instalaciones en las cuales se llevarán a cabo las labores para la ejecución del contrato, ya sea por escrito o en forma verbal, y que nada de lo contenido en cualquiera de los documentos a los que hemos tenido acceso ha sido considerado como una promesa o declaración en cuanto al pasado o al futuro.
11. Reconocemos que ni los Pliegos de Condiciones, del proceso de contratación, ni la información contenida en este documento o proporcionada en conjunto con el mismo o comunicada posteriormente a cualquier persona, ya sea en forma verbal o escrita con respecto a cualquiera de los aspectos del contrato ofrecido, se ha considerado como una asesoría en materia de inversiones, legal, tributaria, fiscal o de otra naturaleza, y declaramos que para la preparación de nuestra propuesta hemos obtenido asesoría independiente en materia financiera, legal, fiscal, tributaria, y técnica, y que nos hemos informado plena y adecuadamente sobre los requisitos legales aplicables en la jurisdicción del presente proceso de selección y contratación y del contrato que se suscriba.
12. Manifestamos y declaramos que nuestra propuesta no contiene ningún tipo de información confidencial o privada de acuerdo con la ley colombiana, y, en consecuencia, consideramos que LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 se encuentra facultado para revelar dicha información sin reserva alguna, a partir de la fecha de apertura de las propuestas, a sus agentes o asesores, a los demás proponentes o participantes en el proceso de selección y contratación impulsado, y al público en general (Esta declaración puede ser suprimida y sustituida por una en la que se declare que la propuesta contiene información confidencial, en el caso de ser ello así, debiendo indicar de manera explícita los folios en los cuales obra tal información, y la justificación legal y técnica que ampara los documentos que sean citados con la confidencialidad invocada, mencionando las normas, disposiciones, decisiones de organismos competentes y actos administrativos que le confieran tal confidencialidad a los mismos).
13. Los suscritos (Integrantes del proponente en el caso de proponente plural; nombre del proponente, en caso de persona jurídica, adaptando la redacción del párrafo a tal circunstancia), quienes nos presentamos en calidad de proponentes al presente proceso de selección y contratación bajo (Forma o título bajo el cual se presenta la propuesta), declaramos y aceptamos, explícitamente, que asumimos la responsabilidad plena por los resultados y obligaciones del contrato ofrecido, según los términos del Reglamento que rige el proceso de contratación, y reconocemos que nos encontramos vinculados o comprometidos de manera ilimitada, incondicional, insubordinada y solidaria respecto de todas y cada una de las obligaciones o responsabilidades derivadas de la presentación de la propuesta, de la correspondiente adjudicación, y de la suscripción del contrato respectivo, conforme a las condiciones de responsabilidad previstas en la Ley.
14. Declaramos bajo juramento, el que se entiende prestado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información

aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.

15. Que me obligo a suministrar a solicitud de LA POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.
16. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de su Despacho, o en la(s) siguiente(s) dirección: _____; Teléfono (os): _____ Fax: _____.
17. Que, en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro del contrato respectivo, deberán consignarse en la cuenta No. (Indicar clase de cuenta, número, banco, sucursal, ciudad, país y cualquier otro dato necesario).
18. Que no nos hallamos relacionados en el Boletín de Responsables Fiscales (artículo 60 Ley 610 de 2000).
19. Que la vigencia de la presente oferta es de cuatro (04) meses, contados a partir de la presentación de la misma.

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

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO	

Este anexo debe ser diligenciado por todo el personal que conforma el Recurso Humano Ofertado. La Regional de Aseguramiento en salud No.8 se reserva el derecho de verificar la información plasmada en este formato.

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO	
Ciudad y Fecha:	
Nombres y Apellidos:	
Cedula de Ciudadanía:	
Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:
Profesión:	
Nombre Universidad:	
No. Registro Profesional:	
Título Obtenido:	
Especializaciones:	
Subespecialización:	
Tiempo de Experiencia en la Profesión:	
Tiempo de Servicio en la Institución Oferente:	
Cargo que desempeña:	
_____ **FIRMA DE REPRESENTANTE LEGAL** **CC No.**	

NOTA: Junto a este formato se debe anexa los diplomas que acreditan los estudios enunciadas, tarjetas profesionales, y si estudiaron en el exterior deben presentar la documentación que demuestre la homologación correspondiente.

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	
CERTIFICADO ORIGEN LÍCITO DE RECURSOS	POLICÍA NACIONAL

Ciudad, seleccionar la fecha

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Ciudad.

Referencia: origen licito de recursos del proceso de Mínima Cuantía , Número PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC _____ 2024 cuyo objeto es: LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP

Yo. _____, identificado como aparece al pie de mi firma, representando legalmente a la firma _____ identificada con el Nit No. _____, manifiesto expresamente que los activos y recursos que conforman mi patrimonio, que se emplearan para el desarrollo del contrato que se llegare a celebrar, provienen de actividades licitas.

_____
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
FORMULARIO EXPERIENCIA DEL PROPONENTE	

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Ciudad.

Referencia: experiencia del proponente del proceso de Mínima Cuantía , Número PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC _____ 2024 cuyo objeto es: LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP".

RELACIÓN DE CONTRATOS CON LOS QUE CUMPLE EXPERIENCIA REGISTRADA EN EL RUP- EXPERIENCIA DEL PROPONENTE.

CONSECUTIVO	ENTIDAD CONTRATANTE	FECHA DE INICIO DD/MM/AA	FECHA DE TERMINACIÓN DD/MM/AA	MODALIDAD *			% PART	VALOR CONTRATO EXPRESADO EN SALARIOS MÍNIMOS (SMMLV)	FOLIO EN QUE SE ENCUENTRA LA CERTIFICACIÓN PRESENTADA EN LA OFERTA	FOLIO EN QUE SE ENCUENTRA REGISTRADA LA EXPERIENCIA EN EL RUP.
				I	UT	C				
1	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00	00	00
2	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00	00	00
3	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00	00	00
4	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00	00	00
5	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00	00	00
TOTAL								00		

*** I: INDIVIDUAL, UT: UNIÓN TEMPORAL, C: CONSORCIO**

Nota: el diligenciamineto del presente formulario se hará conforme a las condiciones establacidas en el pliego de condiciones definitivo publicado por la entidad

_____
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

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Ciudad.

Referencia: sostenimiento de precios del proceso de Mínima Cuantía , Número PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC _____ 2024 cuyo objeto es: LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP".

La firma _____ se compromete a sostener los precios y/o tarifas ofertadas dentro del proceso _____, durante la vigencia del contrato y las eventuales adiciones si este se llegara a suscribir, el cual tiene por objeto la LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP"

_____
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
COMPROMISO AMBIENTAL	

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Ciudad.

El suscrito_____ identificado con C.C. Nro. _____ expedida en _____, actuando en nombre propio y/o en representación de la firma: _____ me comprometo a realizar con la adjudicación del presente proceso contractual buenas prácticas ambientales, en cumplimiento a la Legislación Ambiental Colombiana vigente en lo que respecta a la entrega de los elementos pos consumos y a su disposición final.

Aquellos elementos considerados como contaminantes del medio ambiente (llantas para vehículos, baterías, luminaria de todo tipo, químicos, aceites...), con sujeción a la legislación ambiental son de mi responsabilidad y una vez terminada la vida útil de los bienes que provea a la Policía Nacional de Colombia, los reciba nuevamente y proceda a realizar su disposición final adecuada.

De igual manera me comprometo a:

La aplicación de buenas prácticas ambientales, de acuerdo con el tipo de servicio a contratar.

a) Cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales, que hubiese sido necesario tramitar antes, durante y al finalizar el servicio u obra, serán asumidas como mi responsabilidad.

b) Presentar las actas de disposición final correspondientes y las licencias ambientales de dicha disposición.

El personal bajo mi responsabilidad, deberá contemplar capacitaciones en temas ambientales como: impactos ambientales, manejo de residuos sólidos, líquidos, escombros entre otros, donde se realice el manejo y actuación de los mismos, e igualmente identificar los elementos utilizados (químicos, eléctricos, manufacturación entre otros), para el bien o servicio que se va a realizar de acuerdo a cada actividad específica que se desarrolle.

c) Presentar al supervisor del contrato el análisis de ciclo de vida del producto y/o servicio a contratar según corresponda.

Atentamente,

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

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Ciudad.

Referencia: acuerdo de confidencialidad del proceso de Mínima Cuantía , Número PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC _____ 2024 cuyo objeto es: LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP".

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 Mínima Cuantía, para la celebración de un contrato estatal para. LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP

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 – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Ciudad.

Referencia: sistema de seguridad y salud en el trabajo del proceso de Mínima Cuantía , Número PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC _____ 2024 cuyo objeto es: LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP"

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

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Ciudad. .

Referencia: compromiso anticorrupción del proceso de Mínima Cuantía , Número PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC _____ 2024 cuyo objeto es LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP"

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

PRIMERO: que la POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8, adelanta un proceso de selección para la celebración de un contrato estatal.

SEGUNDO: que es interés del proponente apoyar la acción del estado colombiano, y de la POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

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

COMPROMISOS ASUMIDOS.

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

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

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

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

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

Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

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

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

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

No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que, por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta.

No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de la POLICÍA NACIONAL - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8 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

_____

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES	

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Ciudad.

PERSONA JURÍDICA

Referencia: constancia cumplimiento obligaciones parafiscales del proceso de Mínima Cuantía , Número PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC _____ 2024 cuyo objeto es: LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP".

Yo _____, Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° _____expedida en _____ representante legal de la Empresa_____ con Nit N°_____ manifiesto bajo la gravedad del juramento: Que hemos cumplido con las obligaciones parafiscales señaladas en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002,durante los seis meses anteriores a la fecha de firma de la presente certificación, por tanto nos encontramos a Paz y Salvo por conceptos de pago a las entidades promotoras de salud, fondo de pensiones, riesgos profesionales y aportes parafiscales (Cajas de compensación familiar, SENA, ICBF) según consta en la última planilla de pago No_____ que se efectúa por medio de la entidad _____ y nos comprometemos a cumplir con dicha obligación durante la vigencia del contratado cuyo objeto es: LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP

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

_____
Firma del Contador público y/o Revisor fiscal
Nombre: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Cargo: Diligenciar cargo
Número de la Tarjeta Profesional: Diligenciar el número de la tarjeta profesional

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES	

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Ciudad.

PERSONA NATURAL

Referencia: constancia cumplimiento obligaciones parafiscales del proceso de Mínima Cuantía , Número PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC 133 2024 cuyo objeto es: LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRÈSENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP"

Yo _____, Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° _____expedida en _____ manifiesto bajo la gravedad de juramento: Que actualmente me encuentro vinculado al Sistema General de Salud, Pensiones y Atención a Riesgos Profesionales ARP, me encuentro al día con los aportes de ley según planilla de pago No._____ que se efectuó por medio de la entidad _____, en caso de ser adjudicatario con la Policía Nacional – Departamento de Policía Guajira me obligo hacer los aportes de Ley a dichos Sistemas durante la vigencia del contrato cuyo Objeto es: PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP, lo anterior en cumplimiento del artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

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

Ciudad, seleccionar la fecha

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Ciudad.

PERSONA JURÍDICA

Referencia: certificado de inhabilidad e incompatibilidad del proceso de Mínima Cuantía , Número PN RASES 8·UPRES GUAJIRA MIC _____ 2024 cuyo objeto es: LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP".

Yo _____, Identificado con la Cedula de Ciudadanía No _____expedida en _____, representante legal de la Empresa_____ con NIT No_____ manifiesto bajo la gravedad del juramento: Que ni yo ni la empresa a la cual represento nos encontramos incursos dentro de las causales de inhabilidades e incompatibilidades establecidas en la Constitución Nacional, en el Artículo 8 de la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia, que tampoco me hallo o hallamos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el Estado (POLICÍA NACIONAL - DEPARTAMENTO DE POLICÍA GUAJIRA). En especial, que no aparezco o aparecemos reportados en el Boletín de Responsables Fiscales vigente expedido por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo previsto en el Artículo 60 de la Ley 610 de 2000, en concordancia con la ley 1952 del 28 de enero del 2019 en el TITULO IV CAPITULO IV.

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

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Ciudad.

PERSONA NATURAL

Referencia: certificado de inhabilidad e incompatibilidad del proceso de Mínima Cuantía , Número PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC _____ 2024 cuyo objeto es: LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP".

Yo _____, Identificado con la Cedula de Ciudadanía No _____expedida en _____ manifiesto bajo la gravedad del juramento: Que no me encuentro incursos dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad legal establecidas en la Constitución Nacional, en el Artículo 8 de la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia y que tampoco me hallo en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el Estado (Policía Nacional – Departamento de Policía Guajira). En especial, que no aparezco reportado en el Boletín de Responsables Fiscales vigente, expedido por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo previsto en el Artículo 60 de la Ley 610 de 2000, en concordancia con la ley 1952 del 28 de enero del 2019 en el TITULO IV CAPITULO IV

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

Ciudad, seleccionar la fecha

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Ciudad.

Referencia: Certificado de capacidad operacional del proceso de Mínima Cuantía , Número PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC _____ 2024 cuyo objeto es: LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP".

Yo,_____, Representante de la Firma_____, identificado con c.c._____ de _____certifico que la firma que represento, Cuenta con la infraestructura, recursos técnicos y tecnológicos y disponibilidad e idoneidad del personal, necesarios para cumplir el objeto de la presente contratación, en las condiciones señaladas en los presentes términos de referencia.

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
DATOS BASICOS DE LA CUENTA BANCARIA	

CIUDAD_____ FECHA _____

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

APERTURA _____ CANCELACIÓN_____

I. DATOS ENTIDAD INFORMANTE (Beneficiario)

Entidad o beneficiario _____ NIT _____
_____ Y/O
_____ C.C. _____

Dirección _____ Teléfono _____ Fax_____
_____ _____
_____

Departamento _____ Ciudad_____ Municipio_____

Teniendo en cuenta que la Tesorería informará al proveedor sobre la realización del pago, indicando el día del giro, concepto y cuenta del beneficiario, para que éste verifique el abono en la respectiva cuenta y confirme a la Entidad, el proponente deberá manifestar si está información la recibirá por correo electrónico o telefónicamente para lo cual tendrá en cuenta lo siguiente:

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

2. Si desea la información vía telefónica al día hábil siguiente de confirmada la información deberá acercarse personalmente a la Tesorería para firmar el egreso original y el libro de radicación de giros de cuentas comerciales

CORREO ELECTRÓNICO: _____ SI (___)

TELÉFONO: _____ SI (___)

II. DATOS DE LA ENTIDAD DE CRÉDITO:

Entidad Financiera _____ Código _____

Sucursal _____ Código_____ Ciudad_____

Dirección _____ Teléfono_____ Fax_____

Número de la cuenta _____

Denominación de la cuenta Corriente _____
Ahorros _____

(Adjuntar certificación bancaria)

_____
NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO

1. Cumplir con el objeto contractual.

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

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

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

5. Constituir en debida forma y aportar al Grupo Contractual y Seguimiento de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 o quien haga sus veces, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.

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

7. No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.

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

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

10. CATALOGACIÓN. - EL CONTRATISTA deberá proporcionar la información necesaria para denominar, clasificar, identificar y numerar los artículos de abastecimiento relacionados y/o incluidos en el objeto del contrato, dentro del plazo y en las condiciones señaladas por el Supervisor, quien acreditará el cumplimiento de la presente cláusula, mediante un certificado en que conste la entrega total de la información requerida. La presente certificación será necesaria para la liquidación del contrato. Entendiéndose no finalizada la entrega de los bienes objeto del contrato, en tanto no se cumplan las obligaciones de la cláusula de catalogación.

11. Incluir todas aquellas obligaciones que el contratista debe cumplir con el fin de alinear la actividad contractual a las buenas prácticas en materia ambiental.

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

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

14. Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias.

15. Una vez agotado el contrato, el CONTRATISTA se compromete con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con la normatividad vigente. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante

16. Deben contar con los certificados de habilitación de los servicios a prestar, soportado por registro único de habilitación para cada uno de los servicios a contratar en su IPS sede principal y cada una de las IPS sedes alternas puestas a disposición de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (Anexar formulario de inscripción y cumplimiento con los requisitos de habilitación para los servicios ofrecidos).

17. Prestar en forma continua y permanente los servicios a todos los usuarios de la Policía Nacional bajo los principios de eficacia, universalidad y solidaridad.

18. 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 oficina de referencia y contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Salud Guajira la única dirección electrónica válida para este proceso es degua.upres-aut@policia.gov.co , o a la Dirección de Sanidad central de autorizaciones el aval para esta, el estará disponible las 24 horas del día en los siguientes teléfonos (1) 5804400 – extensiones 7646-7426-7695-7617 y por medio de avantel al 3504131671-3505546128 y a los correos disan.griss-aut@policia.gov.co – disan.griss-crf@policia.gov.co - disan.refer-nal@policia.gov.co , sin que se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del usuario.

19. Abstenerse de prestar servicios, que sean improcedentes según la ética profesional y sin diligenciar la historia clínica, que será el soporte de estas solicitudes.

20. El contratista debe designar funcionario, e informar teléfono, correo electrónico, ubicación física en la IPS, que permita a los usuarios y a las personas que delegue la Unidad Prestadora de Salud Guajira, realizar contacto con la IPS con el fin de solucionar los problemas que se presenten durante el desarrollo del contrato, incluyendo problemas relacionados con la oportunidad o con la autorización de servicios, códigos o tarifas.

21. Permitir al Auditor Médico Concurrente de la Unidad Prestadora de Salud Guajira, el acceso directo a la información relacionada con la prestación de los servicios de salud; así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley y permitirle realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual.

22. Prestar los servicios sin ningún tipo de discriminación, y con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como

los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, la moral y las buenas costumbres.

23. Presentar la facturación los primeros cinco (05) días del mes siguiente en que prestó el servicio con los debidos soportes de acuerdo a la normatividad que rige los Registro Información de Prestación según Resolución (RIPS) 03374 del 200 y la ley 1122 de 2007 en el artículo 44 párrafo 12, ley 1438 del 2011 en el artículo 112,114 de la resolución 1531 del 2014.

24. Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que formule la Regional de aseguramiento en salud No. 8 a través de la Unidad Prestadora de Salud Guajira.

25. En caso de tener contratos profesionales con colombianos o extranjeros que hayan obtenido u obtengan título equivalente expedido por instituciones de países con los cuales Colombia tenga o no celebrado tratados o convenios sobre equivalencia de títulos, deberá homologar ante la entidad competente y presentar estos documentos en la oferta.

26. Cualquier cambio en las condiciones técnicas que surjan durante el término de ejecución del contrato, deberá hacerse por mutuo acuerdo, previa solicitud escrita plenamente justificada por cualquiera de las partes.

27. El CONTRATISTA dará respuesta oportuna a las glosas realizadas por el Auditor de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Guajira o sus fines.

28. El CONTRATISTA designará un funcionario, para que en coordinación con el Supervisor del Contrato vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presenten. estos datos deben ser presentado en la oferta.

29. Informar al supervisor del contrato, y a la jefatura de la Unidad Prestadora de Salud Guajira cuando el estado de ejecución del contrato se encuentre en un setenta (70%) por ciento. Una vez recibida la información estudiará la viabilidad de adicionar el contrato. De ahí en adelante informará semanal la ejecución del mismo con corte a Domingo 24:00 horas.

30. El CONTRATISTA se compromete a poner en conocimiento del personal que tenga a su cargo sobre los servicios contemplados en el contrato con la Policía Nacional y velará por su aplicación en todos los servicios que tenga inscritos, ejerciendo control estricto sobre este aspecto con monitoreo permanente por parte del supervisor del contrato.

31. EL CONTRATISTA debe garantizar lo ofertado en la propuesta presentada, durante la ejecución del contrato.

32. El CONTRATISTA debe responder por la prestación de los servicios objeto del presente contrato y en el caso de que en un momento dado no pueda prestar alguno de ellos, deberá informar a la Unidad Prestadora de Salud Guajira, por lo anterior debe presentar un plan de contingencia en caso de fuerza mayor o caso fortuito para garantizar la prestación del servicio a los usuarios.

33. En caso de requerirse un procedimiento que el oferente presente dentro de su portafolio de servicios y no se encuentre dentro del objeto contractual se podrá prestar única y exclusivamente mediante autorización del CTC y autorización de referencia y contra referencia y será cancelado según el valor estipulado en el contrato.

34. Prestar los servicios que sean autorizada por CTC, mediante entidades subcontratadas o red propia, con la debida autorización y tramites de ley.

35. Cumplir con las obligaciones de pagar mensualmente los aportes de afiliación y cotización a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, cuando a ello haya lugar de acuerdo con los artículos 282 de la Ley 100 de 1993, parágrafo 2 del artículo 50 de la ley 789 de 2002 y Artículo 1ro de la Ley 828 de Julio 10 de 2003; para tal fin deberá allegar con la correspondiente factura certificación donde conste dicho cumplimiento firmada por el Representante Legal y revisor fiscal si conforme a las normas pertinentes estuviera obligado a tenerlo, vigente a la fecha de la facturación.

36. La entidad prestadora del servicio se abstendrá de realizar exámenes y/o otros procedimientos que estén por fuera de la orden de autorización realizada por la oficina de referencia de la Unidad Prestadora de Salud Guajira, así mismo de exigir el pago de exámenes y/o procedimientos adicionales para la atención del usuario, Para lo cual, deberá presentar carta de compromiso suscrita por el representante legal.

37. **PROCESOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN**:
La entidad prestadora del servicio deberá cumplir de acuerdo a las especificaciones del MINISTERIO DE SALUD, con un proceso dinámico y continuo que garantice la asepsia de las áreas de atención en salud, cumpliendo con protocolos de limpieza, cronogramas y actividades que permitan la eliminación de microorganismos patógenos y garanticen la atención de nuestros pacientes.

38. Permitir al Auditor Médico de la Unidad Prestadora de Salud Guajira, el acceso directo a la información relacionada con la prestación de los servicios de salud de nuestros usuarios, así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley y permitirle realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual.

39. Diligenciar la documentación requerida por el contratante como son: Historia Clínica, Registros Administrativos, Formulación, incapacidades, hojas de remisión. Todos estos con la codificación definida por la Dirección de Sanidad Policial, especialmente en lo relacionado a codificación CUPS y CIE10.

40. Formular medicamentos según el manual vigente emitido por la Dirección de Sanidad Policía Nacional, así mismo tener en cuenta la resolución No. 718 del 11/03/2015 para la facturación de los precios de los medicamentos.

41. **SUMINISTRO DE AGUA POTABLE:**
El oferente deberá garantizar la distribución y consumo de agua potable dentro de sus instalaciones para la prestación de servicios de salud, cumpliendo con los parámetros establecidos por el Decreto N° 1575 2007 y la Resolución 2115 de 2007.

42. Acatar lo dispuesto en la Directiva Administrativa Permanente N°. 003 "directrices a observar en la expedición y registro de las excusas de servicio por incapacidad médica o licencia por maternidad y para el control y seguimiento del personal excusado de servicio" respecto a cantidad de días de acuerdo a profesional que atiende al usuario, tipo de patología, tipo de excusa total o parcial.

43. **Informar ejecución del contrato (porcentajes de facturación)**
El oferente deberá presentar CERTIFICACIÓN firmada por el representante legal de la entidad, donde se compromete a entregar de manera mensual la ejecución del contrato al supervisor del mismo, e informar, de manera inmediata cuando el contrato se haya ejecutado en los siguientes porcentajes:

- En un cincuenta 50%
- En un setenta 70%

- En el noventa 90%
- En el cien 100%

Nota: Las certificaciones en cada uno de sus cortes (50%, 70%, 90% y 100%) deberá estar firmada por el Representante Legal.

Con el fin de realizar los respectivos trámites administrativos tendientes a garantizar la prestación del servicio a contratar y ejercer control a la facturación y ejecución.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Ciudad.

Referencia: Apoyo a la industria nacional del proceso de Mínima Cuantía , Número PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC _____ 2024 cuyo objeto es: LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP"

Declaramos bajo nuestra responsabilidad personal y/o comprometiendo a las personas naturales y/o personas jurídicas que represento o apodero que:

1. **OFRECIMIENTO DE BIENES Y/O SERVICIOS NACIONALES (PRODUCCIÓN NACIONAL, ACUERDO O TRATADO INTERNACIONAL O PRINCIPIO DE RECIPROCIDAD)**

Este punto lo deben diligenciar los oferentes cuyos bienes y/o servicios sean prestados y suministrados así:

		Marcar (X) según corresponda
Por Producción Nacional	Cuando es prestado y/o suministrado por un oferente colombiano o residente en Colombia	SI ☐
Por Acuerdo o Tratado Internacional o Principio de Reciprocidad	Para los bienes y/o servicios correspondientes a empresas nacionales de países que hacen parte de Acuerdos o Tratados Internacionales celebrados con Colombia para compras estatales aplicables a este proceso de contratación	SI ☐ Deberá allegar diligenciado el formulario indicación de trato nacional
	Para los bienes y/o servicios correspondientes a empresas nacionales de países que aplican el Principio de Reciprocidad	SI ☐ Deberá allegar diligenciado el formulario indicación de trato nacional

Porcentaje de los bienes y/o servicios de acuerdo con el desarrollo del proceso contractual.	**Certifico Marcar con (x) donde corresponda**	**Puntaje determinado según pliego de condiciones**
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	☐	%.
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	☐	%.
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	☐	%.

Nota 1: los oferentes que certifiquen el cumplimiento de cualquiera de las situaciones y condiciones exigidas en el Numeral 1 del presente obtendrán la asignación puntos de acuerdo a lo descrito en el numeral 3 del formulario **FACTORES DE VERIFICACIÓN Y PONDERACIÓN.**

Nota 2: los oferentes que hayan diligenciado el Numeral 1 del presente formulario, en cualquiera de sus apartes, no deberán diligenciar lo exigido en el Numeral 2 de este formulario

Nota 3: para la verificación y asignación del puntaje de que trata el Numeral 1 de este formulario, el mismo se entenderá prestado bajo la gravedad de juramento con su suscripción y presentación junto con la propuesta.

2. OFRECIMIENTOS DE BIENES Y/O SERVICIOS EXTRANJEROS CON COMPONENTE NACIONAL

Este punto lo deben diligenciar los oferentes cuyos bienes y/o servicios sean ejecutados así:

		Marcar (X) según corresponda
Por Componente Nacional	Cuando la incorporación de bienes y/o servicios es realizada mediante la vinculación de personas naturales o jurídicas que presten servicios profesionales, técnicos u operativos	SI ☐
En el Exterior	Cuando la incorporación de bienes y/o servicios es realizada mediante la vinculación de personas naturales o jurídicas que presten servicios profesionales, técnicos u operativos extranjeras	SI ☐

Porcentaje de los bienes y/o servicios de acuerdo con el desarrollo del proceso contractual.	**Certifico Marcar con (x) donde corresponda**	**Puntaje determinado según pliego de condiciones**
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	☐	%.
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	☐	%.
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	☐	%.

Nota 1: los oferentes que demuestren el cumplimiento de cualquiera de las situaciones y condiciones exigidas en el Numeral 2 del presente obtendrán la asignación puntaje de acuerdo a lo descrito en el numeral 3 del formulario **FACTORES DE VERIFICACIÓN Y PONDERACIÓN**

Nota 2: la incorporación de componente colombiano puede ofrecer servicios profesionales, técnicos y operativos, para esto último deberá allegar el comprobante de afiliación al Sistema General de Seguridad Social o copia de Contratos de Trabajo o Comprobante de los Pagos de Nómina. En todo caso, el componente nacional debe corresponder al porcentaje mínimo aquí exigido.

Nota 3: para la verificación y asignación del puntaje de que trata el Numeral 2 de este formulario, el mismo se entenderá prestado bajo la gravedad de juramento con su suscripción y presentación junto con la propuesta.

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

ITEMS	*Descripción*	*UNIDAD DE MEDIDA*	*VALOR A COTIZAR*
1	AGUJA ESPINAL #25G	UNIDAD	N/A
2	AGUJA ESPINAL PUNTA LAPIZ #27G	UNIDAD	N/A
3	ALGODÓN HOSPITALARIO	UNIDAD	N/A
4	BAJA LENGUA DE MADERA	UNIDAD	N/A
5	BATA PACIENTE DESECHAVBLE (Manga Larga)	UNIDAD	N/A
6	CANULA DE GUEDEL #3	UNIDAD	N/A
7	CANULA DE GUEDEL #4	UNIDAD	N/A
8	CANULA DE GUEDEL #5	UNIDAD	N/A
9	CANULA DE OXIGENO ADULTO	UNIDAD	N/A
10	CANULA DE OXIGENO PEDIATRICO	UNIDAD	N/A
11	CARETA PROTECTORA IDEPLAS SAS	UNIDAD	N/A
12	CATETER INTRAVENOSO # 24	UNIDAD	3000
13	CATETER INTRAVENOSO # 24	UNIDAD	3000
14	CATETER INTREVENOSO #18	UNIDAD	3500
15	CATETER INTREVENOSO #20	UNIDAD	1087
16	CATETER INTREVENOSO #22	UNIDAD	2500
17	CISTOFLO 2000ML	UNIDAD	N/A
18	COMPRESA DE GASA X 5 UNIDS	UNIDAD	1130
19	CUCHILLA DE BISTURI # 15	UNIDAD	N/A
20	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 5% 500ML	UNIDAD	N/A
21	ELECTRODO ADULTO	UNIDAD	1000
22	EQUIPO BURETROL	UNIDAD	4000
23	EQUIPO BURETROL PRECISION	UNIDAD	N/A
24	EQUIPO DE TRANFUSION DE SANGRE	UNIDAD	N/A
25	EQUIPO MACRO GOTEO	UNIDAD	6000
26	ESPARADRAPO A/ALERG PIEL 10YD	UNIDAD	N/A
27	ESPARADRAPO A/ALERG PIEL 10YD	UNIDAD	N/A
28	ESPARADRAPO TELA HOSPITALARIO	UNIDAD	N/A
29	EXTENSIONES DE ANESTECIA	UNIDAD	N/A
30	GASA ESTERIL 10 X10	UNIDAD	1631
31	GASA ESTERIL 3X3	UNIDAD	1631
32	GASA ESTERIL 7.5 CM X 7.5 CM PAQUETE X 5	UNIDAD	1631
33	GORRO DESECHABLES	UNIDAD	N/A
34	GUANTE DE MANEJO TALLA L CAJA X 100	UNIDAD	N/A
35	GUANTE DESECHABLE DE MANEJO VINILO TALLA L	UNIDAD	N/A
36	GUANTE ESTERIL # 7.5	UNIDAD	N/A

37	GUANTE ESTERIL #6,5	UNIDAD	N/A
38	GUANTE ESTERIL #7.0	UNIDAD	N/A
39	GUANTES DE MANEJO TALLA M	UNIDAD	N/A
40	GUANTES DE MANEJO TALLA S	UNIDAD	N/A
41	HILO CROMADO 2-0 CT1 70CM	UNIDAD	N/A
42	JABON QUIRURGICO ASEPTIDINA	UNIDAD	N/A
43	JERINGA 5ML	UNIDAD	700
44	JERINGA #10	UNIDAD	466
45	JERINGA #5	UNIDAD	700
46	JERINGA 1 ML	UNIDAD	1500
47	JERINGA 10 ML	UNIDAD	466
48	JERINGA 20 ML	UNIDAD	1500
49	JERINGA PUNTA CATETER 60ML	UNIDAD	N/A
50	KIT VENTURI ADULTO	UNIDAD	N/A
51	LLAVE DE TRES VIAS	UNIDAD	N/A
52	MASCARA DE OXIGENO SIMPLE ADULTO	UNIDAD	N/A
53	MASCARA PARA NEBULIZAR ADULTO	UNIDAD	N/A
54	MASCARA PARA NEBULIZAR PEDIATRICA	UNIDAD	N/A
55	MASCARILLA DESECHABLE	UNIDAD	N/A
56	NEBULIZADOR ALT/RENDIM	UNIDAD	N/A
57	NYLON 2/0 CDS-26 45CM SUTURA	UNIDAD	N/A
58	POLAINA DESECHABLE	UNIDAD	N/A
59	PRUEBA RAPIDA DE VIH HBsAG	UNIDAD	N/A
60	PRUEBA RAPIDA SIFILIS SYPHILIS AB	UNIDAD	N/A
61	QUIRUGER PLUS GALON GLUTARALDEHIDO	UNIDAD	N/A
62	RECOLECTOR DE AGUJAS GUARDIAN	UNIDAD	N/A
63	RECOLECTOR DE ORINA	UNIDAD	1000
64	RESUCITADOR ADULTO DESECHABLE 7010	UNIDAD	N/A
65	RESUCITADOR PEDIATRICO	UNIDAD	N/A
66	SEDA 2-0 SH 75 CM	UNIDAD	N/A
67	SONADA NELATON #6	UNIDAD	N/A
68	SONDA FOLEY 2 VIAS # 18	UNIDAD	N/A
69	SONDA FOLEY 2 VIAS # 20	UNIDAD	N/A
70	SONDA FOLEY 2 VIAS # 22	UNIDAD	N/A
71	SONDA FOLEY 2 VIAS #16	UNIDAD	N/A
72	SONDA NASOGASTRICA #16	UNIDAD	N/A
73	SONDA NASOGASTRICA # 10	UNIDAD	N/A
74	SONDA NASOGASTRICA # 12	UNIDAD	N/A

75	SONDA NASOGASTRICA # 16	UNIDAD	N/A
76	SONDA NASOGASTRICA #18	UNIDAD	N/A
77	SONDA NASOGASTRICA #20	UNIDAD	N/A
78	SONDA NASOGASTRICA #22	UNIDAD	N/A
79	SONDA NELATON # 12	UNIDAD	N/A
80	SONDA PARA SUCCION # 12	UNIDAD	N/A
81	SONDA PARA SUCCION # 14	UNIDAD	N/A
82	SONDA PARA SUCCION # 16	UNIDAD	N/A
83	SONDA PARA SUCCION # 8	UNIDAD	N/A
84	SUTURA VICRYL PLUS 5-0 RB-1 70CM	UNIDAD	N/A
85	TAPON HEPARINIZADO DESECHABLE	UNIDAD	1500
86	TUBO ENDOTRAQUEAL # 6.0 C/B	UNIDAD	N/A
87	TUBO ENDOTRAQUEAL #3,0 CB	UNIDAD	N/A
88	TUBO ENDOTRAQUEAL #3,5 CB	UNIDAD	N/A
89	TUBO ENDOTRAQUEAL #4,0 CB	UNIDAD	N/A
90	TUBO ENDOTRAQUEAL #4,5 CB	UNIDAD	N/A
91	TUBO ENDOTRAQUEAL #5,0 CB	UNIDAD	N/A
92	TUBO ENDOTRAQUEAL C/B # 7.0	UNIDAD	N/A
93	TUBO ENDOTRAQUEAL C/B # 8.5	UNIDAD	N/A
94	TUBO ENDOTRAQUEAL C/B #07.5	UNIDAD	N/A
95	TUBO ENDOTRAQUEAL SIN BALON # 3.0	UNIDAD	N/A
96	TUBO ENDOTRAQUEL C/B # 9.5	UNIDAD	N/A
97	TUBO ENDOTRAQUEL S/B # 6.5	UNIDAD	N/A
98	TUBO TORAX #14	UNIDAD	N/A
99	TUBO TORAX #16	UNIDAD	N/A
100	TUBO TORAX #20	UNIDAD	N/A
101	TUBO TORAX #22	UNIDAD	N/A
102	POLAINA DESECHABLE	UNIDAD	N/A
103	AGUJA HIPODERMICA 18G X 1 1/2 ALFASAFE	UNIDAD	N/A
104	AGUJA HIPODERMICA 20G X 1 1/2	UNIDAD	N/A
105	GORRO DE ENFERMERIA	UNIDAD	N/A
106	VENDA ELASTICA 3X5 YDAS	UNIDAD	N/A
107	VENDA ELASTICA 5 X5 YDAS	UNIDAD	N/A
108	VENDA ELASTICA 4X5 YDAS	UNIDAD	N/A
109	CABESTRILLO INMOVILIZADOR DE HOMBRO SENCILLO ADUL REF: KM2000	UNIDAD	N/A
110	CABESTRILLO INMOVILIZADOR DE HOMBRO SENCILLO INFANTIL REF: KM2102	UNIDAD	N/A

111	CUELLO ORTOPEDICO ADULTO	UNIDAD	N/A

LISTADO DE MEDICAMENTOS:

ITEMS	DESCRIPCION	PRESENTACION	MEDIDA	VALOR A COTIZAR
1	ACETAMINOFEN 500MG	TABLETA O CAPSULA	500 MG	400
2	ACIDO A SALICILICO 100 MG TAB	TABLETA	100 MG	1831
3	ACIDO VALPROICO 250 MG	TABLETA O CAPSULA	250 MG	1086
4	ADENOSINA 6 mg AMPOLLA	SOLUCION INYECTABLE	6 MG	107640
5	ADRENALINA 1 mg7ml	SOLUCION INYECTABLE	1 MG	5000
6	AGUA ESTERIL 500 ML	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	N/A
7	ALBENDAZOL 200 MG	TABLETA O CAPSULA	200 MG	3503
8	ALCOHOL FRASCO 350ML	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	4310
9	ALFAMETILDOPA 250 MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA	250 MG	N/A
10	ALPRAZOLAN 0.5 MG	TABLETA O CAPSULA	0.5 MG	2832
11	AMANTADINA CAPSULA 100MG	Sin Presentacion Farmacéutica	No Aplica	2000
12	AMIKACINA AMPOLLA 500MG/2ML I.M. I.V.	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	6000
13	AMINOFILINA 240 MG/10ML	SOLUCION INYECTABLE	240 MG/10 ML	4616
14	AMLODIPINO 10 MG AG	TABLETA O CAPSULA	10 MG	5000
15	AMLODIPINO 5 MG	TABLETA O CAPSULA	5 MG	4099
16	AMOXICILINA 500 MG	TABLETA O CAPSULA	500 MG	2584
17	AMPICILINA+SULBACTAM AMPOLLA 1.5GR	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	9000

18	ARIPIPRAZOL 15 MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA	15 MG	1200
19	ATORVASTATINA 20 MG	TABLETA O CAPSULA	20 MG	3000
20	ATORVASTATINA 20 MG	TABLETA O CAPSULA	20 MG	3000
21	ATROPINA SULFATOP	SOLUCION INYECTABLE	1 MG	N/A
22	bactroderm yodo-povidona espuma 60ml	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	N/A
23	bactroderm yodo-povidona solucion	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	N/A
24	BERODUAL SOL PARA INHALAR	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	40000
25	BETA METIL DEGOXINA 0.02% X 2 ML	SOLUCION INYECTABLE	0,2%/2 ML	N/A
26	BETAMETASONA 0.005	CREMA TOPICA	0,0005 G	6624
27	BETAMETILDIGOXIA AMPOLLA 0.2MG/2ML	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	N/A
28	BICARBONATO DE SODIO 840 MG	SOLUCION INYECTABLE	840 MG	N/A
29	BIPERIDENO 2 MG	TABLETA O CAPSULA	2 MG	444
30	BISACODILO 5 MG	TABLETA O CAPSULA	5 mg	1567
31	BROMURO DE IPRATROPIO	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	2357
32	BROMURO DE IPRATROPIO SOLUCION PARA INHALACION 20MCG	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	2357
33	CAPTOPRIL 50 MG	TABLETA O CAPSULA	50 MG	932
34	CARBAMAZEPINA 200 MG	TABLETA O CAPSULA	200 MG	2459
35	CARBONATO DE LITIO 300 MG	TABLETA O CAPSULA	300 MG	1533
36	CEFALEXINA 500 MG	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	3933
37	CEFTRIAXONA VIAL 1G	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	14000

38	CIPROFLOXACINO 500 MG	TABLETA O CAPSULA	500 MG	1000
39	CLINDAMICINA AMP 600MG	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	N/A
40	CLOBAZAN	TABLETA O CAPSULA	20 MG	N/A
41	CLONAZEPAM 2.5 MG/ ML SOLUCION ORAL	SOLUCION	No Aplica	213221
42	CLONAZEPAN 2MG	TABLETA O CAPSULA	2 MG	2005
43	CLONIDINA 0.150 MG	TABLETA O CAPSULA	0,150 MG	411
44	CLORFENIRAMINA JARABE FRASCO X 120 ML	JARABE	120 ML	N/A
45	CLORRHEX-WESCOHEX 2,3% SOLUCION	SOLUCION INYECTABLE	No Aplica	N/A
46	CLORUDO DE POTASIO 2MEQ / ML 10 AMPOLLA	SOLUCION	No Aplica	3972
47	CLORURO DE POTASIO	SOLUCION INYECTABLE	2 mqui/ml	3972
48	CLORURO DE SODIO 0.9% 100 ML	SOLUCION INYECTABLE	100 ML	3150
49	CLORURO DE SODIO 0.9% 250 ML	SOLUCION INYECTABLE	250 ML	3312
50	CLORURO DE SODIO 0.9% 500 ML	SOLUCION INYECTABLE	500 ML	6500
51	CLORURO DE SODIO AMPOLLA 2mEq/ML	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	N/A
52	CLOTRIMAZOL 40 GR	CREMA TOPICA	40 G	5382
53	clotrimazol crema 1 %	TOPICO	1%	5382
54	CLOTRIMAZOL CREMA VAGINAL 1% 40G	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	5382
55	CLOZAPINA 100MG	TABLETA O CAPSULA	100 MG	2277
56	CLOZAPINA 25 MG	TABLETA O CAPSULA	25 MG	1000
57	DEXAMETASONA 4 MG AMPOLLA (1ML)	SOLUCION INYECTABLE	40 G	2559
58	DEXAMETASONA FOSFATO 8 MG /2ML	SOLUCION INYECTABLE	8 MG	3387

59	DEXTROSA 5% Y CLORURO DE SODIO 0.9% 500ML	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	N/A
60	DICLOFENACO 50 MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA	50 MG	1320
61	DICLOFENACO 75 MG/3 ML	SOLUCION INYECTABLE	75 MG/3 ML	4500
62	DICLOXACILINA 500 MG	TABLETA O CAPSULA	500 MG	2292
63	DIPIRONA SODICA 1 GR AMPOLLA	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	4500
64	DIPIRONA SODICA 2.5 G/5ML	SOLUCION INYECTABLE	2.5G/5ML	5000
65	DIPIRONA SODICA+ HIOCINA BUTILBROMURO 2.5+ 20 MG/5 ML	SOLUCION INYECTABLE	2.5G+20 MG/5 ML	4500
66	DOBUTAMINA 250 MG / 5 ML	SOLUCION	250 MG / 5 ML	N/A
67	DOPAMINA 200 MG AMPOLLA X 5 ML	SOLUCION INYECTABLE	200 MG/5 ML	N/A
68	ENALAPRIL TABLETA 20 MG	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	N/A
69	ENALAPRIL TABLETA 5MG	TABLETA O CAPSULA	5 mg	890
70	ENOXAPARINA AMPOLLA 40UI/0.4ML	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	12000
71	ERTAPENEN AMPOLLA 1GR	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	77500
72	ESCITALOPRAM 10 mg	TABLETA O CAPSULA	10 MG	1700
73	ESCITALOPRAM 20 MG	TABLETA O CAPSULA	20 MG	3141
74	ESZOPICLONA 2 MG	TABLETA O CAPSULA	2 MG	N/A
75	FENITOINA 100 MG	TABLETA O CAPSULA	100 MG	3429
76	FENITOINA SODICA AMPOLLA 250MG/5ML	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	N/A
77	FENOBARBITAL TAB 100 MG	TABLETA O CAPSULA	100 MG	1242
78	FLUCONAZOL 200 MG	TABLETA O CAPSULA	200 MG	8288

79	FLUOXETINA 20 MG	TABLETA O CAPSULA	20 MG	600
80	FLUOXETINA 20 MG /70 ML	JARABE	20 MG /70 ML	N/A
81	FUROSEMIDA 20 MG / 2 ML AMPOLLA	TABLETA O CAPSULA	20 MG	3359
82	GELOFUSINE 0.004mg	SOLUCION INYECTABLE	0,004 MG	N/A
83	GLUCONATO DE CALCIO 10% AMP BRAUN	SOLUCION INYECTABLE	No Aplica	N/A
84	GUAYACOLATO DE GLICERILO	JARABE	No Aplica	10000
85	HALOPERIDOL 5 MG / 1 ML	SOLUCION INYECTABLE	5 MG / 1 ML	7245
86	HALOPERIDOL 10 mg	TABLETA O CAPSULA	10 MG	520
87	HALOPERIDOL 5 mg	TABLETA O CAPSULA	5 mg	3172
88	HALOPERIDOL 5 MG/ 1 ML	SOLUCION INYECTABLE	5 MG / 1 ML	7245
89	HEPARINA SODICA SOL INY 5000UI/ML	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	N/A
90	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG	TABLETA O CAPSULA	25 MG	3000
91	HIDROCORTISONA	SOLUCION INYECTABLE	100 MG	5382
92	HIDROXIDO DE AL Y MG 150 ML	FRASCO	150 ML	10350
93	HIDROXIDO DE ALUMINIO 360 ML	SUSPENSION ORAL	500 ML	10350
94	HIDROXIDO DE ALUMINIO 6g/100ML 360 ML	SUSPENSION ORAL	500 ML	12000
95	HIDROXIDO DE ALUMINIO Y MAGNESIO + SIMETICONA	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	12000
96	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 10 MG TABLETA	TABLETA RECUBIERTA	10 MG	4347
97	JABON QUIRURGICO SOLUCION	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	N/A
98	KETOCONAZOL 200 MG	TABLETA O CAPSULA	200 MG	1939
99	LACTATO DE RINGER 500 ML	SOLUCION INYECTABLE	500 ML	3312
100	LAMOTRIGINA 100 mg	TABLETA O CAPSULA	100 MG	1271

101	LEVETIRACETAM 500 MG	TABLETA O CAPSULA	500 MG	N/A
102	LEVOMEPROMAZINA 100 MG	TABLETA O CAPSULA	100 MG	1308
103	LEVOMEPROMAZINA 25 MG	TABLETA O CAPSULA	25 MG	1215
104	LIDOCAINA 1% S/E AMPOLLA.FCOx10ML	SOLUCION INYECTABLE	0,01 ML	N/A
105	LIDOCAINA 2% C/E AMPOLLA 20 ML	SOLUCION INYECTABLE	0,02 ML	N/A
106	LIDOCAINA 2% S/E AMPOLLA 50 ML	SOLUCION INYECTABLE	0,02 ML	N/A
107	LIDOCAINA ATOMIZADOR	SOLUCION TOPICA	No Aplica	N/A
108	LIDOCAINA JALEA 2% TUBO X 30 ML	SOLUCION INYECTABLE	0,02 ML	N/A
109	LIDOCAINA S/E 1% FCOX50ML	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	N/A
110	LORATADINA 10 mg	TABLETA O CAPSULA	10 MG	1516
111	losartan 100 mg tableta	TABLETA O CAPSULA	100 MG	2129
112	LOSARTAN 50 MG	TABLETA O CAPSULA	50 MG	2122
113	MEMANTINA 10 MG	TABLETA O CAPSULA	10 MG	1796
114	MEROPENEN AMPOLLA 1GR	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	30000
115	METFORMINA 850 MG	TABLETA O CAPSULA	850 MG	518
116	METOCARBAMOL 750 MG	TABLETA O CAPSULA	750 MG	932
117	METOCLOPRAMIDA 10 MG	SOLUCION INYECTABLE	10 MG	1219
118	METOPROLOL 50 mg	TABLETA O CAPSULA	50 MG	2358
119	METRONIDAZOL 500 MG Genfar	TABLETA O CAPSULA	500 MG	1823
120	METRONIDAZOL 500 MG OVULOS VAGINALES	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	8000
121	MIDAZOLAM 5 MG / 5 ML AMPOLLA	SOLUCION	5 MG / 5 ML	6210

122	MIDAZOLAN 15 MG/ 3 ML	SUSPENSION INYECTABLE	15 MG	N/A
123	NALOXONA 4MG AMPOLLA X 1 ML	SOLUCION INYECTABLE	4 MG/1 ML	N/A
124	NAPROXENO 250 MG	TABLETA O CAPSULA	250 MG	673
125	NAPROXENO 500 MG	TABLETA O CAPSULA	500 MG	1400
126	NIFEDIPINO 30MG	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	4000
127	NITROFURAZONA 454 G POMADA	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	N/A
128	NITROPRUCIATO DE SODIO 50 MG AMP	SOLUCION INYECTABLE	50 MG	N/A
129	NOREPINEFRINA 4 MG AMPOLLA X 4 ML	SOLUCION INYECTABLE	4 MG/4 ML	N/A
130	OLANZAPINA 10 MG	TABLETA O CAPSULA	10 MG	4006
131	OLANZAPINA 5 MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA	5 MG	2197
132	OMEPRAZOL 40 MG AMPOLLA	AMPOLLA	40 MG	8280
133	OMEPRAZOL 20 mg	TABLETA O CAPSULA	20 MG	1072
134	PAROXETINA 20 MG Laboratorio Ecar	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	N/A
135	PENICILINA G BENZATINICA 2.400.000 UI	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	17400
136	PENICILINA G SODICA O CRISTALINA 1'000.000 UI I.M. I.V.	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	17400
137	PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4GR+0.5 POLVO ESTERIL PARA INYECCION	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	15000
138	PREDNISOLONA 5 MG	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	1537
139	PREGABALINA CAPSULAS 150 MG	TABLETA O CAPSULA	150 MG	N/A
140	PREGABALINA 75 mg	TABLETA O CAPSULA	75 MG	2300
141	PROPANOLOL 40 MG TABLETAS	TABLETA O CAPSULA	40 MG	1116

142	PROPOFOL 10 mg/ml	SOLUCION INYECTABLE	0,01 ML	N/A
143	QUETIAPINA 100 mg AUROBINDO PHARMA COLOMBIA S.A.S	TABLETA O CAPSULA	100 MG	700
144	QUETIAPINA 200 mg	TABLETA O CAPSULA	200 MG	1400
145	QUETIAPINA 25 mg	TABLETA O CAPSULA	25 MG	500
146	RANITIDINA 1 MG AMPOLLA	SOLUCION	1 MG	N/A
147	RISPERIDONA 1 mg	TABLETA O CAPSULA	1 MG	414
148	RISPERIDONA 2 mg TABLETA	TABLETA O CAPSULA	2 MG	1000
149	RISPERIDONA 3MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA	3 MG	1232
150	RISPERIDONA AMPOLLA 25 MG	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	336000
151	SALBUTAMOL (SALBUMED 100 MCG)	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	10000
152	SALES DE REHIDRATACION ORAL	POLVO O GRANULOS PARA RECONSTI	28,4 G	6859
153	SERTRALINA 100 MG TABLETA	TABLETA O CAPSULA	100 MG	N/A
154	SERTRALINA 50 MG TAB	TABLETA O CAPSULA	50 MG	2500
155	SERTRALINA 50 mg/10ML	JARABE	50 mg/10 ML	N/A
156	SULFATO DE MAGNESIO AMPOLLA 20%	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	N/A
157	TIAMINA AMPOLLA 100 MG/ ML	TABLETA O CAPSULA	100 MG	4244
158	TIAMINA TAB 300 MG	TABLETA RECUBIERTA	300 MG	900
159	TRAZODONA 50 mg	TABLETA O CAPSULA	50 MG	1035
160	TRIMETOPRIM SULFA 400MG	TABLETA O CAPSULA	No Aplica	1967
161	TRIMETOPRIM SULFA 80/400MG	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	2500
162	TRIMETROPIM SULFA 160MG/800MG	SOLUCION INYECTABLE	160 MG/800 MG	2000

163	VASOPRESINA AMPOLLA 20UI	Sin Presentacion Farmaceutica	No Aplica	N/A
164	VENLAFAXINA 150 mg	TABLETA O CAPSULA	150 MG	5126
165	VENLAFAXINA 75 mg	TABLETA O CAPSULA	75 MG	4140
166	VITAMINA C 500 mg	SOLUCION INYECTABLE	500 MG	3000
167	VITAMINA C TABLETA 500 mg	SOLUCION INYECTABLE	500 MG	3000

KAREN JOHANA RICO GUTIERREZ
CLINICA DE SALUD MENTAL MEDICAR S.A.S.
901274992-5

RV: SOLICITUD DE COTIZACION PSIQUIATRIA - UPRES GUAJIRA

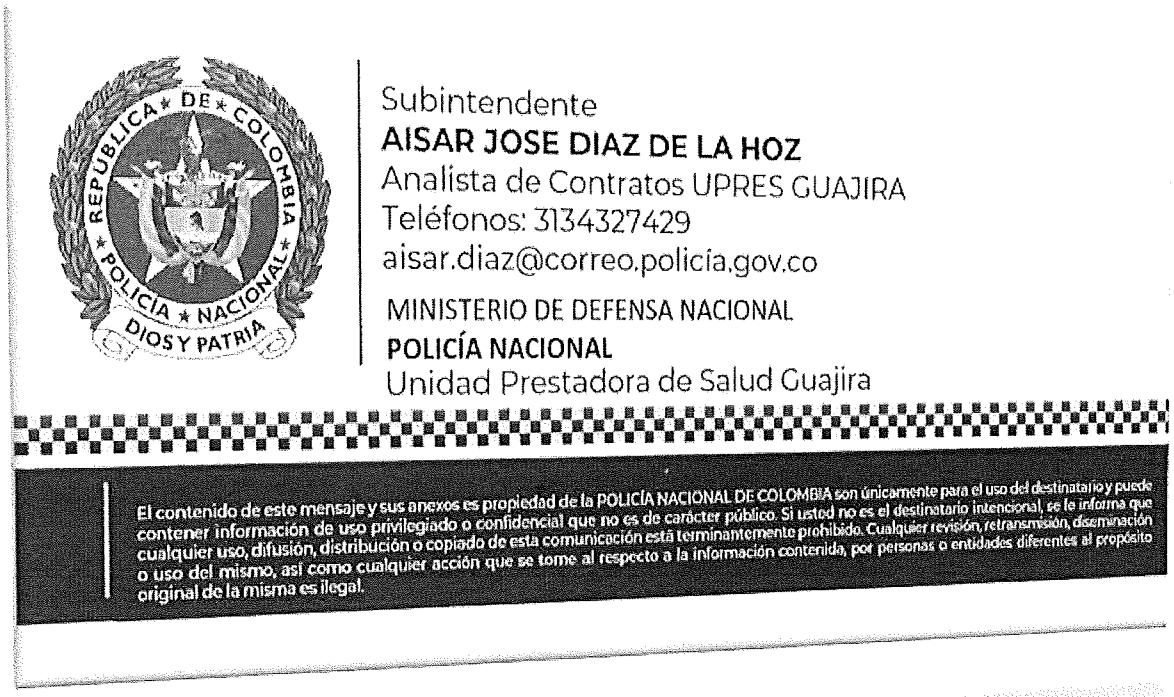
AISAR JOSE DIAZ DE LA HOZ <aisar.diaz@correo.policia.gov.co>

Mié 3/04/2024 8:15 AM

Para:Clinica de Salud Mental Medicar Medicar <csm.medicar@hotmail.com>

1 archivos adjuntos (2 MB)

Solicitud de cotizacion.pdf;



De: AISAR JOSE DIAZ DE LA HOZ <aisar.diaz@correo.policia.gov.co>
Enviado: lunes, 1 de abril de 2024 10:39 a. m.

Para: YIBIER HUMBERTO ACUÑA MUÑOZ <yibier.acuna5080@correo.policia.gov.co>
Asunto: RV: SOLICITUD DE COTIZACION PSIQUIATRIA - UPRES GUAJIRA

Subintendente
AISAR JOSE DIAZ DE LA HOZ
Analista de Contratos UPRES GUAJIRA
Teléfonos: 3134327429
aisar.diaz@correo.policía.gov.co
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
Unidad Prestadora de Salud Guajira

El contenido de este mensaje y sus anexos es propiedad de la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA son únicamente para el uso del destinatario y puede contener información de uso privilegiado o confidencial que no es de carácter público. Si usted no es el destinatario intencional, se le informa que cualquier uso, difusión, distribución o copiado de esta comunicación está terminantemente prohibido. Cualquier revisión, retransmisión, diseminación o uso del mismo, así como cualquier acción que se tome al respecto a la información contenida, por personas o entidades diferentes al propósito original de la misma es ilegal.

De: AISAR JOSE DIAZ DE LA HOZ <aisar.diaz@correo.policia.gov.co>
Enviado: martes, 19 de marzo de 2024 10:37 a. m.
Para: ASDRUBAL AMAYA SUAREZ <asdrubal.amaya@correo.policia.gov.co>
Asunto: RV: SOLICITUD DE COTIZACION PSIQUIATRIA - UPRES GUAJIRA

Subintendente
AISAR JOSE DIAZ DE LA HOZ
Analista de Contratos UPRES GUAJIRA
Teléfonos: 3134327429
aisar.diaz@correo.policía.gov.co
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
Unidad Prestadora de Salud Guajira

El contenido de este mensaje y sus anexos es propiedad de la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA con únicamente para el uso del destinatario y puede contener información de uso privilegiado o confidencial que no es de carácter público. Si usted no es el destinatario intencional, se le informa que cualquier uso, difusión, distribución o copiado de esta comunicación está terminantemente prohibido. Cualquier revisión, retransmisión, diseminación o uso del mismo, así como cualquier acción que se tome al respecto a la información contenida, por personas o entidades diferentes al propósito original de la misma es ilegal.

De: AISAR JOSE DIAZ DE LA HOZ
Enviado: viernes, 2 de febrero de 2024 6:42 p. m.
Para: ARTURO ALEJANDRO LUGO MATIZ <arturo.lugo1061@correo.policia.gov.co>
Asunto: SOLICITUD DE COTIZACION PSIQUIATRIA - UPRES GUAJIRA

Subintendente
AISAR JOSE DIAZ DE LA HOZ
Analista de Contratos UPRES GUAJIRA
Teléfonos: 3134327429
aisar.diaz@correo.policía.gov.co
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
Unidad Prestadora de Salud Guajira

El contenido de este mensaje y sus anexos es propiedad de la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA son únicamente para el uso del destinatario y puede contener información de uso privilegiado o confidencial que no es de carácter público. Si usted no es el destinatario intencional, se le informa que cualquier uso, difusión, distribución o copiado de esta comunicación está terminantemente prohibido. Cualquier revisión, retransmisión, diseminación o uso del mismo, así como cualquier acción que se tome al respecto a la información contenida, por personas o entidades diferentes al propósito original de la misma es ilegal.

solicitud de Cotización

AISAR JOSE DIAZ DE LA HOZ <aisar.diaz@correo.policia.gov.co>

Lun 15/04/2024 6:27 PM

Para:sanayviveips@gmail.com <sanayviveips@gmail.com>

1 archivos adjuntos (532 KB)

SOLICITUD COTIZACION PSIQUIATRIA (2).doc;

de manera atenta y respetuosa nos permitimos solicitar cotización en los términos según documento anexo

Subintendente
AISAR JOSE DIAZ DE LA HOZ
Analista de Contratos UPRES GUAJIRA
Teléfonos: 3134327429
aisar.diaz@correo.policia.gov.co
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
Unidad Prestadora de Salud Guajira

El contenido de este mensaje y sus anexos es propiedad de la POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA son únicamente para el uso del destinatario y puede contener información de uso privilegiado o confidencial que no es de carácter público. Si usted no es el destinatario intencional, se le informa que cualquier uso, difusión, distribución o copiado de esta comunicación está terminantemente prohibido. Cualquier revisión, retransmisión, diseminación o uso del mismo, así como cualquier acción que se tome al respecto a la información contenida, por personas o entidades diferentes al propósito original de la misma es ilegal.

CLINICA MEDICAR
SALUD MENTAL
NIT: 9012742932-3 DIR: CALLE 20 Nº 1 - 118 RIOHACHA - LA GUAJIRA

Riohacha, abril 16 del 2024

Señor:
Subintendente. **AIZAR JOSE DIAZ DE LA HOZ**
Analista de Contrato- Unidad Prestadora de Salud Guajira

Asunto: Cotización

Mediante la presente suministro la cotización solitada para PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP..

ITEM	CUBS	DESCRIPCION	VALOR COTIZACION IVA INCLUIDO
1	890284B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	100.000
2	890208B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	85.000
ATENCION DE URGENCIAS EN UNIDAD DE SALUD MENTAL PARA PACIENTES ADULTOS Y MENORES DE EDAD CON PATOLOGIA MENTAL AGUDA			
3	943101B	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA	100.000
4	943102B	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	85.000
5	890602B	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	390.600
6	940201B	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	120.000
7	940301B	EVALUACIÓN EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	120.000
8	940302B	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	120.000
9	940701B	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	180.000
10	940901B	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGÍA	100.000
11	941101B	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRÍA	100.000

ATENCION EN HOSPITALIZACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL PARA PACIENTES ADULTOS Y MENORES DE EDAD CON PATOLOGIA MENTAL AGUDA			
12	890284B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	100.000
13	890208B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	85.000
14	943101B	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA	100.000
15	943102B	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	85.000
16	890602B	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	388.420
17	890309B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL Incluye: AQUELLA REALIZADA AL INDIVIDUO, A LA PAREJA O A LA FAMILIA; MÉTODOS O TÉCNICAS TERAPÉUTICAS APLICADAS COMO LA TERAPIA FAMILIAR ENTRE OTRAS	89.000
18	940201B	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	120.000
19	940301B	EVALUACIÓN EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	120.000
20	940302B	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	120.000
21	940701B	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	180.000
22	940901B	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGÍA	85.000
23	941101B	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRÍA	110.000
ATENCION EN UNIDAD DE HOSPITALIZACION PARA DESINTOXICACION DE PACIENTES ADULTOS Y MENORES DE EDAD CON CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS			
24	890284B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	110.000
25	890208B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	85.000
26	943101B	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA	110.000
27	943102B	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	85.000
28	890602B	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	390.600
29	890309B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL Incluye: AQUELLA REALIZADA AL INDIVIDUO, A LA PAREJA O A LA FAMILIA; MÉTODOS O TÉCNICAS TERAPÉUTICAS APLICADAS COMO LA TERAPIA FAMILIAR ENTRE OTRAS	89.000
30	940201B	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	120.000
31	940301B	EVALUACIÓN EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	120.000

32	940302B	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	120.000
33	940701B	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	180.000
34	940901B	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGÍA	85.000
35	941101B	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRÍA	110.000
OTROS SERVICIOS RELACIONADOS			
36	S31301B	TRASLADO TERRESTRE BÁSICO DE PACIENTES, PRIMARIO	850.000
37	S33301B	TRASLADO TERRESTRE MEDICALIZADO DE PACIENTES, PRIMARIO	850.000
38	S12701B	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD BAJA	301.000
39	S12710B	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD MEDIANA	395.000
40	S12720B	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD ALTA	395.000
41		TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIOINCLUYENDO LA CONSERVACION DE LA MISMAY ENTREGA A LA ENTIDAD CONTRATADA DE NUESTRA RED DE SERVICIOS EN LA CIUDAD DE RIOHACHA	

ITEM	DESCRIPCIÓN TÉCNICA	OFERTA	
		SI	NO
1	**NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO** La educación recibida por el personal que prestara los servicios debe ser en entidades educativas debidamente reconocidas ante el ministerio de educación. Asociada a los niveles de primaria, secundaria, técnica, tecnológica, profesional-universitaria, especializaciones, maestrías y doctorados.	*	
2	**EXPERIENCIA EL PERSONAL** El contratista garantizará la calidad de los bienes o servicios contratados y para evitar incumplimientos en la ejecución del contrato, el contratista deberá tener en cuenta el tiempo de experiencia laboral del personal que debe ser mínimo de doce (12) meses.	*	
3	**COMPROMISO AMBIENTAL** El contratista comprometerse a realizar buenas prácticas ambientales, en cumplimiento a la Legislación Ambiental Colombiana vigente en lo que respecta a la entrega de los elementos pos consumos y a su disposición final, durante la ejecución del contrato.	*	
4	**OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO** El contratista mantendrá la oficina de atención al usuario en forma permanente que atienda los requerimientos y solicitudes en forma personalizada de nuestros usuarios.	*	

<table>
<tr><td>5</td><td>PERSONA ENLACE

El contratista mantendrá la persona enlace, que se encargará de resolver aquellos eventos relacionados con la referencia y contrarreferencia de usuarios, asignación de citas, oportunidad, precisión de exámenes, procedimientos y actividades y todos aquellos que se presentan durante la ejecución del contrato

Nombre: ___YENIS CASIMIRO_____

Teléfonos: __3242216007_____

Correo electrónico: __admisionmedicar.csm@gamil.com_____</td><td>*</td></tr>
<tr><td>6</td><td>OPORTUNIDAD PARA LA ATENCIÓN

<table>
<tr><th colspan="2">CRITERIOS TÉCNICOS</th><th>TIEMPO MINIMO</th><th>TIEMPO A OFERTAR</th></tr>
<tr><td>OPORTUNIDAD CONSULTA ESPECIALIZADA PSIQUIATRIA</td><td>CONSULTA EXTERNA</td><td>ENTRE 4 - 8 DIAS</td><td>4</td></tr>
</table>

CAPACIDAD INSTALADA CAMAS HOSPITALARIAS:

<table>
<tr><th>ITEMS</th><th>ESPECIFICACIONES</th><th>NUMERO DE CAMAS MINIMAS</th><th>CAMAS A OFERTAR</th></tr>
<tr><td>1</td><td>CAMAS DE PSIQUIATRIA HABILITADAS EN REPS</td><td>MAS DE 15 CAMAS</td><td>85</td></tr>
</table>
</td><td>*</td></tr>
<tr><td>7</td><td>El contratista Garantizara la prestación ininterrumpida del servicio durante la ejecución del contrato.</td><td>*</td></tr>
<tr><td>8</td><td>el contratista Prestara los servicios siempre y cuando el usuario presente la autorización de servicio de la oficina de referencia y contra referencia, documento de identidad que acredite la condición del usuario</td><td>*</td></tr>
<tr><td>9</td><td>el contratista se abstendrá de realizar exámenes y/o otros procedimientos que estén por fuera de la orden de autorización realizada por la oficina de referencia de la UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD GUAJIRA, así mismo de exigir el pago de exámenes y/o procedimientos adicionales para la atención del usuario</td><td>*</td></tr>
<tr><td>10</td><td>DOCUMENTOS SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

El contratista cumplirá con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. DECRETO NÚMERO 1227 DE 2022, DECRETO 2244 DE 2023, Y DECRETO 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”,</td><td>*</td></tr>
<tr><td>11</td><td>El contratista debe Permitir al Auditor Médico de la Unidad Prestadora de Salud Guajira, el acceso directo a la información relacionada con la prestación de los servicios de salud de nuestros usuarios, así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley y permitirle realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual.</td><td>*</td></tr>
</table>

12	El contratista debe Reportar mensualmente la ejecución del contrato a la Central de Referencia y Contra referencia de la Unidad Prestadora de Salud Guajira y al supervisor del contrato, cuando el monto ejecutado del contrato llegue al 50 y cuando llegue a un 70% se continuará reportando semanalmente, al supervisor del contrato.	*
13	**PROCESOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN**: El contratista cumplirá de acuerdo a las especificaciones del MINISTERIO DE SALUD, con un proceso dinámico y continuo que garantice la asepsia de las áreas de atención en salud, cumpliendo con protocolos de limpieza, cronogramas y actividades que permitan la eliminación de microorganismos patógenos y garanticen la atención de nuestros pacientes.	*
14	**SUMINISTRO DE AGUA POTABLE:** El contratista garantizara la distribución y consumo de agua potable dentro de sus instalaciones para la prestación de servicios de salud, cumpliendo con los parámetros establecidos por el Decreto N° 1575 2007 y la Resolución 2115 de 2007.	*

Atentamente,

KAREN JOHANA RICO GUTIERREZ
Representante Legal

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA

Riohacha D.E.T y C, 15 de abril del 2024

Señores:
SUGEIRIS ADELAIDA IGUARAN MEJÍA
I.P.S. SANA Y VIVE S.A.S.
Calle 19 No. 7A-169
Riohacha D.E.T y C

Asunto: Solicitud Cotización para Estudio de Mercado.

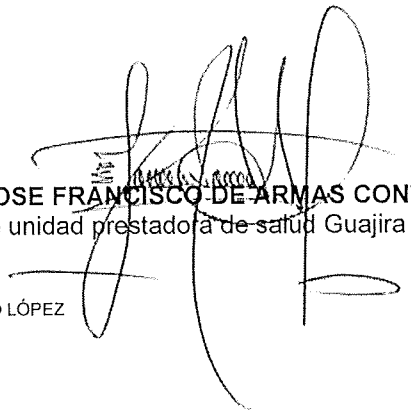
Por medio de la presente y con miras a adelantar un proceso para contratar la prestación de los SERVICIOS DE ATENCIÓN DE PSIQUIÁTRICA, *en la ciudad de Riohacha con el fin de satisfacer las necesidades de los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional de la Regional de Aseguramiento en Salud Número 8",* se permite solicitar cotización en los siguientes términos:

OBJETO	**PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP.**
PLAZO PARA PRESENTAR COTIZACION	El plazo para presentar la cotización será la establecida en el cronograma de SECOP II.
validez de la cotización	La cotización debe ser por un término no menor a 06 meses.
ADVERTENCIA	Indicación de que la cotización solicitada servirá de base para la elaboración de un estudio de mercado y, por tanto, no constituye en sí misma una oferta y consecuentemente no obliga a las partes.

ITEM	CUBS	DESCRIPCION	VALOR COTIZACION IVA INCLUIDO
1	890284B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	
2	890208B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	
ATENCION DE URGENCIAS EN UNIDAD DE SALUD MENTAL PARA PACIENTES ADULTOS Y MENORES DE EDAD CON PATOLOGIA MENTAL AGUDA			
3	943101B	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA	
4	943102B	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	
5	890602B	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	

6	940201B	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	
7	940301B	EVALUACIÓN EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	
8	940302B	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	
9	940701B	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	
10	940901B	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGÍA	
11	941101B	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRÍA	
ATENCION EN HOSPITALIZACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL PARA PACIENTES ADULTOS Y MENORES DE EDAD CON PATOLOGIA MENTAL AGUDA			
12	890284B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	
13	890208B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	
14	943101B	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA	
15	943102B	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	
16	890602B	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	
17	890309B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL Incluye: AQUELLA REALIZADA AL INDIVIDUO, A LA PAREJA O A LA FAMILIA; MÉTODOS O TÉCNICAS TERAPÉUTICAS APLICADAS COMO LA TERAPIA FAMILIAR ENTRE OTRAS	
18	940201B	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	
19	940301B	EVALUACIÓN EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	
20	940302B	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	
21	940701B	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	
22	940901B	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGÍA	
23	941101B	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRÍA	
ATENCION EN UNIDAD DE HOSPITALIZACION PARA DESINTOXICACION DE PACIENTES ADULTOS Y MENORES DE EDAD CON CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS			
24	890284B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	
25	890208B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	
26	943101B	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA	
27	943102B	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	
28	890602B	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	
29	890309B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL Incluye: AQUELLA REALIZADA AL INDIVIDUO, A LA PAREJA O A LA FAMILIA; MÉTODOS O TÉCNICAS TERAPÉUTICAS APLICADAS COMO LA TERAPIA FAMILIAR ENTRE OTRAS	

LUGAR DE ENTREGA DE LA COTIZACIÓN: Esta puede ser enviada medio físico a la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, ubicada en la calle 15 carrera 7 esq, o medio correo electrónico al degua.upres@policia.gov.co.



Intendente **JOSE FRANCISCO DE ARMAS CONTRERAS**
Jefe de unidad prestadora de salud Guajira (E)

Elaboro: PT NORHOR LLEY ANTONIO RESTREPO LÓPEZ
Estructurador estudio previo
Líder de Referencia y contra referencia (E)

Fecha de elaboración: 15/04/2024

Avenida Circunvalar N. 45-124
deata.rases@policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA

<table>
<tr><td>6</td><td>
OPORTUNIDAD PARA LA ATENCIÓN
<table>
<tr><th colspan="2">CRITERIOS TÉCNICOS</th><th>TIEMPO MINIMO</th><th>TIEMPO A OFERTAR</th></tr>
<tr><td>OPORTUNIDAD CONSULTA ESPECIALIZADA PSIQUIATRIA</td><td>CONSULTA EXTERNA</td><td>ENTRE 4 - 8 DIAS</td><td></td></tr>
</table>
CAPACIDAD INSTALADA CAMAS HOSPITALARIAS:
<table>
<tr><th>ITEMS</th><th>ESPECIFICACIONES</th><th>NUMERO DE CAMAS MINIMAS</th><th>CAMAS A OFERTAR</th></tr>
<tr><td>1</td><td>CAMAS DE PSIQUIATRIA HABILITADAS EN REPS</td><td>MAS DE 15 CAMAS</td><td></td></tr>
</table>
</td><td></td></tr>
<tr><td>7</td><td>El contratista Garantizara la prestación ininterrumpida del servicio durante la ejecución del contrato.</td><td></td></tr>
<tr><td>8</td><td>el contratista Prestara los servicios siempre y cuando el usuario presente la autorización de servicio de la oficina de referencia y contra referencia, documento de identidad que acredite la condición del usuario</td><td></td></tr>
<tr><td>9</td><td>el contratista se abstendrá de realizar exámenes y/o otros procedimientos que estén por fuera de la orden de autorización realizada por la oficina de referencia de la UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD GUAJIRA, así mismo de exigir el pago de exámenes y/o procedimientos adicionales para la atención del usuario</td><td></td></tr>
<tr><td>10</td><td>DOCUMENTOS SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
El contratista cumplirá con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. DECRETO NÚMERO 1227 DE 2022, DECRETO 2244 DE 2023, Y DECRETO 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",</td><td></td></tr>
<tr><td>11</td><td>El contratista debe Permitir al Auditor Médico de la Unidad Prestadora de Salud Guajira, el acceso directo a la información relacionada con la prestación de los servicios de salud de nuestros usuarios, así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley y permitirle realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual.</td><td></td></tr>
<tr><td>12</td><td>El contratista debe Reportar mensualmente la ejecución del contrato a la Central de Referencia y Contra referencia de la Unidad Prestadora de Salud Guajira y al supervisor del contrato, cuando el monto ejecutado del contrato llegue al 50 y cuando llegue a un 70% se continuará reportando semanalmente, al supervisor del contrato.</td><td></td></tr>
<tr><td>13</td><td>PROCESOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN:
El contratista cumplirá de acuerdo a las especificaciones del MINISTERIO DE SALUD, con un proceso dinámico y continuo que garantice la asepsia de las áreas de atención en salud, cumpliendo con protocolos de limpieza, cronogramas y actividades que permitan la eliminación de microorganismos patógenos y garanticen la atención de nuestros pacientes.</td><td></td></tr>
<tr><td>14</td><td>SUMINISTRO DE AGUA POTABLE:
El contratista garantizara la distribución y consumo de agua potable dentro de sus instalaciones para la prestación de servicios de salud, cumpliendo con los parámetros establecidos por el Decreto N° 1575 2007 y la Resolución 2115 de 2007.</td><td></td></tr>
</table>

La Regional De Aseguramiento En Salud Número 8, no exige ningún tipo de dinero previo al inicio, durante o después de un proceso contractual o durante la ejecución de los contratos, es por ello que se solicita no acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el OFERENTE deberá Informar de tal evento a las autoridades competentes para que se adopten las medidas necesarias teniendo en cuenta que el Código Penal Artículo 244. *Extorsión El que constriña a otro a hacer, tolerar u omitir alguna cosa, con el propósito de obtener provecho ilícito o cualquier utilidad ilícita o beneficio ilícito, para sí o para un tercero, incurrirá en prisión de ciento noventa y dos (192) a doscientos ochenta y ocho (288) meses y multa de ochocientos (800) a mil ochocientos (1.800) salarios mínimos legales mensuales vigentes.* En caso de presentarse alguna situación por favor comuníquese a la línea gratuita GAULA 165, para que sea atendido por un Investigador GAULA de la jurisdicción.

30	940201B	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	
31	940301B	EVALUACIÓN EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	
32	940302B	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	
33	940701B	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	
34	940901B	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGÍA	
35	941101B	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRÍA	
OTROS SERVICIOS RELACIONADOS			
36	S31301B	TRASLADO TERRESTRE BÁSICO DE PACIENTES, PRIMARIO	
37	S33301B	TRASLADO TERRESTRE MEDICALIZADO DE PACIENTES, PRIMARIO	
38	S12701B	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD BAJA	
39	S12710B	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD MEDIANA	
40	S12720B	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD ALTA	
41		TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIOINCLUYENDO LA CONSERVACION DE LA MISMAY ENTREGA A LA ENTIDAD CONTRATADA DE NUESTRA RED DE SERVICIOS EN LA CIUDAD DE RIOHACHA	

ITEM	DESCRIPCIÓN TÉCNICA	OFERTA	
		SI	NO
1	**NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO** La educación recibida por el personal que prestara los servicios debe ser en entidades educativas debidamente reconocidas ante el ministerio de educación. Asociada a los niveles de primaria, secundaria, técnica, tecnológica, profesional-universitaria, especializaciones, maestrías y doctorados.		
2	**EXPERIENCIA EL PERSONAL** El contratista garantizará la calidad de los bienes o servicios contratados y para evitar incumplimientos en la ejecución del contrato, el contratista deberá tener en cuenta el tiempo de experiencia laboral del personal que debe ser mínimo de doce (12) meses.		
3	**COMPROMISO AMBIENTAL** El contratista comprometerse a realizar buenas prácticas ambientales, en cumplimiento a la Legislación Ambiental Colombiana vigente en lo que respecta a la entrega de los elementos pos consumos y a su disposición final, durante la ejecución del contrato.		
4	**OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO** El contratista mantendrá la oficina de atención al usuario en forma permanente que atienda los requerimientos y solicitudes en forma personalizada de nuestros usuarios.		
5	**PERSONA ENLACE** El contratista mantendrá la persona enlace, que se encargará de resolver aquellos eventos relacionados con la referencia y contrarreferencia de usuarios, asignación de citas, oportunidad, precisión de exámenes, procedimientos y actividades y todos aquellos que se presentan durante la ejecución del contrato Nombre: _____ Teléfonos: _____ Correo electrónico: _____		

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA

Riohacha D.E.T y C, 15 de abril del 2024

Señores:
CLINICA DE SALUD MENTAL MEDICAR S.A.S.
KAREN JOHANA RICO GUTIERREZ
Calle 20 No. 1-118
Riohacha D.E.T y C

Asunto: Solicitud Cotización para Estudio de Mercado.

Por medio de la presente y con miras a adelantar un proceso para contratar la prestación de los SERVICIOS DE ATENCIÓN DE PSIQUIÁTRICA, *en la ciudad de Riohacha con el fin de satisfacer las necesidades de los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional de la Regional de Aseguramiento en Salud Número 8",* se permite solicitar cotización en los siguientes términos:

OBJETO	**PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, QUE PRESENTEN PATOLOGIAS DE SALUD MENTAL Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DEL 2001 ASI COMO LOS SERVICIOS AUTORIZADOS POR CTC Y TUTELAS QUE HAGAN PARTE DEL PORTAFOLIOS DEL SERVICIO, COMO CONSULTA AMBULATORIA SERVICIO HOSPITALARIO, MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS, SEGÚN EL ACUERDO 052 DE SEPTIEMBRE DE 2013 DEL CSSSMP.**
PLAZO PARA PRESENTAR COTIZACION	El plazo para presentar la cotización será la establecida en el cronograma de SECOP II.
validez de la cotización	La cotización debe ser por un término no menor a 06 meses.
ADVERTENCIA	Indicación de que la cotización solicitada servirá de base para la elaboración de un estudio de mercado y, por tanto, no constituye en sí misma una oferta y consecuentemente no obliga a las partes.

ITEM	CUBS	DESCRIPCION	VALOR COTIZACION IVA INCLUIDO
1	890284B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	
2	890208B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	
ATENCION DE URGENCIAS EN UNIDAD DE SALUD MENTAL PARA PACIENTES ADULTOS Y MENORES DE EDAD CON PATOLOGIA MENTAL AGUDA			
3	943101B	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA	
4	943102B	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	
5	890602B	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	

6	940201B	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	
7	940301B	EVALUACIÓN EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	
8	940302B	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	
9	940701B	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	
10	940901B	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGÍA	
11	941101B	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRÍA	
ATENCION EN HOSPITALIZACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL PARA PACIENTES ADULTOS Y MENORES DE EDAD CON PATOLOGIA MENTAL AGUDA			
12	890284B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	
13	890208B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	
14	943101B	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA	
15	943102B	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	
16	890602B	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	
17	890309B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL Incluye: AQUELLA REALIZADA AL INDIVIDUO, A LA PAREJA O A LA FAMILIA; MÉTODOS O TÉCNICAS TERAPÉUTICAS APLICADAS COMO LA TERAPIA FAMILIAR ENTRE OTRAS	
18	940201B	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	
19	940301B	EVALUACIÓN EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	
20	940302B	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	
21	940701B	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	
22	940901B	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGÍA	
23	941101B	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRÍA	
ATENCION EN UNIDAD DE HOSPITALIZACION PARA DESINTOXICACION DE PACIENTES ADULTOS Y MENORES DE EDAD CON CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS			
24	890284B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	
25	890208B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	
26	943101B	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA	
27	943102B	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	
28	890602B	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	
29	890309B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL Incluye: AQUELLA REALIZADA AL INDIVIDUO, A LA PAREJA O A LA FAMILIA; MÉTODOS O TÉCNICAS TERAPÉUTICAS APLICADAS COMO LA TERAPIA FAMILIAR ENTRE OTRAS	

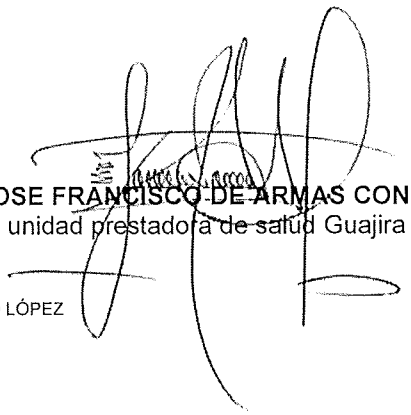
30	940201B	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	
31	940301B	EVALUACIÓN EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	
32	940302B	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	
33	940701B	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	
34	940901B	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGÍA	
35	941101B	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRÍA	
OTROS SERVICIOS RELACIONADOS			
36	S31301B	TRASLADO TERRESTRE BÁSICO DE PACIENTES, PRIMARIO	
37	S33301B	TRASLADO TERRESTRE MEDICALIZADO DE PACIENTES, PRIMARIO	
38	S12701B	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD BAJA	
39	S12710B	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD MEDIANA	
40	S12720B	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD ALTA	
41		TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIOINCLUYENDO LA CONSERVACION DE LA MISMAY ENTREGA A LA ENTIDAD CONTRATADA DE NUESTRA RED DE SERVICIOS EN LA CIUDAD DE RIOHACHA	

ITEM	DESCRIPCIÓN TÉCNICA	OFERTA	
		SI	NO
1	**NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO** La educación recibida por el personal que prestara los servicios debe ser en entidades educativas debidamente reconocidas ante el ministerio de educación. Asociada a los niveles de primaria, secundaria, técnica, tecnológica, profesional-universitaria, especializaciones, maestrías y doctorados.		
2	**EXPERIENCIA EL PERSONAL** El contratista garantizará la calidad de los bienes o servicios contratados y para evitar incumplimientos en la ejecución del contrato, el contratista deberá tener en cuenta el tiempo de experiencia laboral del personal que debe ser mínimo de doce (12) meses.		
3	**COMPROMISO AMBIENTAL** El contratista comprometerse a realizar buenas prácticas ambientales, en cumplimiento a la Legislación Ambiental Colombiana vigente en lo que respecta a la entrega de los elementos pos consumos y a su disposición final, durante la ejecución del contrato.		
4	**OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO** El contratista mantendrá la oficina de atención al usuario en forma permanente que atienda los requerimientos y solicitudes en forma personalizada de nuestros usuarios.		
5	**PERSONA ENLACE** El contratista mantendrá la persona enlace, que se encargará de resolver aquellos eventos relacionados con la referencia y contrarreferencia de usuarios, asignación de citas, oportunidad, precisión de exámenes, procedimientos y actividades y todos aquellos que se presentan durante la ejecución del contrato Nombre: _____ Teléfonos: _____ Correo electrónico: _____		

<table>
<tr><td>6</td><td>
OPORTUNIDAD PARA LA ATENCIÓN
<table>
<tr><th colspan="2">CRITERIOS TÉCNICOS</th><th>TIEMPO MINIMO</th><th>TIEMPO A OFERTAR</th></tr>
<tr><td>OPORTUNIDAD CONSULTA ESPECIALIZADA PSIQUIATRIA</td><td>CONSULTA EXTERNA</td><td>ENTRE 4 - 8 DIAS</td><td></td></tr>
</table>
CAPACIDAD INSTALADA CAMAS HOSPITALARIAS:
<table>
<tr><th>ITEMS</th><th>ESPECIFICACIONES</th><th>NUMERO DE CAMAS MINIMAS</th><th>CAMAS A OFERTAR</th></tr>
<tr><td>1</td><td>CAMAS DE PSIQUIATRIA HABILITADAS EN REPS</td><td>MAS DE 15 CAMAS</td><td></td></tr>
</table>
</td><td></td></tr>
<tr><td>7</td><td>El contratista Garantizara la prestación ininterrumpida del servicio durante la ejecución del contrato.</td><td></td></tr>
<tr><td>8</td><td>el contratista Prestara los servicios siempre y cuando el usuario presente la autorización de servicio de la oficina de referencia y contra referencia, documento de identidad que acredite la condición del usuario</td><td></td></tr>
<tr><td>9</td><td>el contratista se abstendrá de realizar exámenes y/o otros procedimientos que estén por fuera de la orden de autorización realizada por la oficina de referencia de la UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD GUAJIRA, así mismo de exigir el pago de exámenes y/o procedimientos adicionales para la atención del usuario</td><td></td></tr>
<tr><td>10</td><td>DOCUMENTOS SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
El contratista cumplirá con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. DECRETO NÚMERO 1227 DE 2022, DECRETO 2244 DE 2023, Y DECRETO 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",</td><td></td></tr>
<tr><td>11</td><td>El contratista debe Permitir al Auditor Médico de la Unidad Prestadora de Salud Guajira, el acceso directo a la información relacionada con la prestación de los servicios de salud de nuestros usuarios, así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley y permitirle realizar el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual.</td><td></td></tr>
<tr><td>12</td><td>El contratista debe Reportar mensualmente la ejecución del contrato a la Central de Referencia y Contra referencia de la Unidad Prestadora de Salud Guajira y al supervisor del contrato, cuando el monto ejecutado del contrato llegue al 50 y cuando llegue a un 70% se continuará reportando semanalmente, al supervisor del contrato.</td><td></td></tr>
<tr><td>13</td><td>PROCESOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN:
El contratista cumplirá de acuerdo a las especificaciones del MINISTERIO DE SALUD, con un proceso dinámico y continuo que garantice la asepsia de las áreas de atención en salud, cumpliendo con protocolos de limpieza, cronogramas y actividades que permitan la eliminación de microorganismos patógenos y garanticen la atención de nuestros pacientes.</td><td></td></tr>
<tr><td>14</td><td>SUMINISTRO DE AGUA POTABLE:
El contratista garantizara la distribución y consumo de agua potable dentro de sus instalaciones para la prestación de servicios de salud, cumpliendo con los parámetros establecidos por el Decreto N° 1575 2007 y la Resolución 2115 de 2007.</td><td></td></tr>
</table>

La Regional De Aseguramiento En Salud Número 8, no exige ningún tipo de dinero previo al inicio, durante o después de un proceso contractual o durante la ejecución de los contratos, es por ello que se solicita no acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el OFERENTE deberá Informar de tal evento a las autoridades competentes para que se adopten las medidas necesarias teniendo en cuenta que el Código Penal Artículo 244. *Extorsión El que constriña a otro a hacer, tolerar u omitir alguna cosa, con el propósito de obtener provecho ilícito o cualquier utilidad ilícita o beneficio ilícito, para sí o para un tercero, incurrirá en prisión de ciento noventa y dos (192) a doscientos ochenta y ocho (288) meses y multa de ochocientos (800) a mil ochocientos (1.800) salarios mínimos legales mensuales vigentes.* En caso de presentarse alguna situación por favor comuníquese a la línea gratuita GAULA 165, para que sea atendido por un Investigador GAULA de la jurisdicción.

LUGAR DE ENTREGA DE LA COTIZACIÓN: Esta puede ser enviada medio físico a la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, ubicada en la calle 15 carrera 7 esq, o medio correo electrónico al degua.upres@policia.gov.co.



Intendente **JOSE FRANCISCO DE ARMAS CONTRERAS**
Jefe de unidad prestadora de salud Guajira (E)

Elaboro: PT NORHOR LLEY ANTONIO RESTREPO LÓPEZ
Estructurador estudio previo
Líder de Referencia y contra referencia (E)

Fecha de elaboración: 15/04/2024

Avenida Circunvalar N. 45-124
deata.rases@policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA