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

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8

Fecha recibo estudio: 23/10/2024. **Fecha de aprobación:** _____

Lugar: Barranquilla.

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

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, APOYOS DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACIÓN ORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIAL NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8	**VALOR:** **2024: $ 60.000.000,00** **2025: $ 70.000.000,00**

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN: Mínima Cuantía

FUNCIONARIO - UNIDAD QUE PRESENTA EL ESTUDIO PREVIO: Subteniente LEITÓN CHITO FERLEY - JEFE 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)	SI	AISAR JOSE DIAZ DE LA HOZ	
ANALISTA DE CONTRATOS (RASES 8)	SI	YIBIER HUMBERTO ACUÑA MUÑOZ	
GRUPO DE CONTRATOS (RASES 8)	IJ	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:**	**$ 130.000.000,00**
GR.	**NOMBRES Y APELLIDOS**	**CARGO**	**FIRMA**
APA_12	KASANDRA NAYIBE PABON GOMEZ	RESPONSABLE DE PRESUPUESTO - UPRES DEGUA	

REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8

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

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

1.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL OBJETO

LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, APOYOS DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACIÓN ORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIAL NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8

CLASIFICACIÓN UNSPSC	SEGMENTO	FAMILIA	CLASE
85122000	Servicios de salud	Practica medica	Servicios dentales
85121700	Servicios de salud	Practica medica	Servicios de prestadores especialistas de servicios de salud

1.2 VALOR ESTIMADO

El valor estimado del presente proceso es de El valor estimado del presente proceso es de **CIENTO TREINTA MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL ($130.000.000,00)**, correspondientes a las vigencias presupuestal 2024-2025, distribuidos así: **SESENTA MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL ($60.000.000,00)**, correspondientes a la vigencia presupuestal 2024 y la suma de **SETENTA MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL ($70.000.000,00)**, correspondientes a la vigencia presupuestal 2025

ÍTEM Y/O LOTE	RUBRO Y DESAGREGACIÓN PRESUPUESTAL	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	REC	CANT	VALOR UNITARIO ESTIMADO, INLCUIDO IVA, EXENTO DE IVA O EXCLUIDO DE IVA SEGÚN CORRESPONDA 2024-2025
1	02-02-02-009	RASES 8	DISPONIBILIDAD DE RECURSOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA, APOYO DIAGNOSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACION PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA	16	1	$ 60.000.000
2	02-02-02-009	RASES 8	CERTIFICACION CUPO VIGENCIA FUTURA 2025 "AUTORIZADO MEDIANTE COMUNICADO OFICIAL GS2024-050515-DISAN DEL CUPO AUTORIZADO A LA RASES No. 8, EN CONCORDANCIA CON LA APROBACION IMPARTIDA POR EL MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO, MEDIANTE OFICIO No. 2-2024-037162 del 09 de julio del 2024" DISPONIBILIDAD DE RECURSOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA, APOYO DIAGNOSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACION PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA	16	1	70.000.000,00
VALOR TOTAL ESTIMADO						130.000.000,00

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 unitario 2024-2025
1	09/09/2024	629	RASES 8	16	DISPONIBILIDAD DE RECURSOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA, APOYO DIAGNOSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACION PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA	1	60 000 000,00
2	09/09/2024	629	RASES 8	16	CERTIFICACION CUPO VIGENCIA FUTURA 2025 "AUTORIZADO MEDIANTE COMUNICADO OFICIAL GS2024-050515-DISAN DEL CUPO AUTORIZADO A LA RASES No 8 EN CONCORDANCIA CON LA APROBACION IMPARTIDA POR EL MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO MEDIANTE OFICIO No 2-2024-037162 del 09 de julio del 2024" DISPONIBILIDAD DE RECURSOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA, APOYO DIAGNOSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACION PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA	1	70.000.000 00
VALOR TOTAL ESTIMADO							130.000.000,00

1.4 CLASE DE CONTRATO

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

1.5 PERFIL Y CALIDAD DE LOS PROPONENTES

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 NO 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, a través de los Establecimientos de Baja Complejidad en Riohacha y en Maicao, tiene como fin primordial: prestar los servicios de Odontología Especializada para todos los usuarios y beneficiarios que pertenecen al Subsistema de Salud de la Policía Nacional en el departamento de la Guajira.

La Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, como entidad promotora de salud, perteneciente al Subsistema de Salud de las fuerzas militares y de policía de conformidad a las leyes 352 de 1997 delega a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 8. la gestión del aseguramiento en salud y administración de los recursos con la finalidad de prestar la atención integral oportuna y con calidad a sus usuarios (cotizantes y beneficiarios), la ley 1751 de 2015 define la salud como un derecho fundamental, es así que para la garantía de este derecho fundamental. La REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 8. Cuenta con presencia en la jurisdicción comprendida por los departamentos de ATLANTICO, BOLIVAR, CESAR, GUAJIRA, MAGDALENA. En consecuencia, se garantiza protección y cuidado del derecho a la salud por medio de diferentes establecimientos de sanidad policial primarios y uno complementario.

La misionalidad de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 8. Es la de garantizar la prestación de servicios de salud con calidad y oportunidad, por medio de establecimientos propios y red contratada en el marco del acuerdo 002 del 27 de abril de 2001.

Los establecimientos de salud primarios y complementario son los encargados de prestar servicios de salud a la población. Sin embargo, su portafolio de servicios es limitado en cuanto al apoyo tecnológico en materia de servicios de odontología especializada, que son necesarias para realizar diagnósticos precisos y orientar las acciones de tratamiento. Estos servicios pueden ser solicitados por los profesionales en red propia y contratada, quienes requieren contar con herramientas adecuadas para garantizar la toma de decisiones a favor de la salud de los pacientes.

Los servicios a prestar a los usuarios adscritos al Subsistema de Salud, están identificados en el Manual de Actividades Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud (MAPIPOS), en la jurisdicción y dar cumplimiento al Plan de Beneficios de la Policía Nacional, según Decreto 1795 de 2.000 "Por el cual se estructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional"; Capítulo II RÉGIMEN DE BENEFICIOS; ARTICULO 27, y el ACUERDO 002 ya mencionado, del Consejo Superior De Salud De Las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional "Plan De Beneficios De Sanidad Policial".

Identificada la necesidad de asegurar la prestación de los servicios médicos hospitalarios ambulatorios y de urgencias por la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 8, en cumplimiento del deber constitucional se requiere contratar los servicios objeto del presente proceso, de acuerdo al plan de beneficios para la sanidad militar y policial contenidos en el acuerdo no 002 / 01.

CAPACIDAD INSTALADA

La Unidad Prestadora de Salud Guajira, no cuenta con los servicios de odontología especializada en la red propia, teniendo en cuenta que esta no cuenta con personal ni equipos ni instalaciones adecuadas para satisfacer las necesidades de nuestros usuarios.

ALTERNATIVAS PARA SUPLIR LA NECESIDAD

Como alternativa Nro. 1, Contratación de los profesionales especialistas, con adquisición de equipos tecnológicos, adecuación de las áreas físicas y adquisición de elementos e insumos para los diferentes procedimientos.

Como alternativa Nro. 2, Contratación de una entidad I.P.S especializada en la prestación de los servicios de odontología especializada para la atención de nuestros usuarios en la totalidad de los servicios y procedimientos que requieran.

Por lo anterior se establece que la mejor alternativa para suplir nuestra necesidad, resulta ser la contratación con una entidad I.P.S. que preste la totalidad de servicios requeridos, ya que con la alternativa Nro.1 resultaría muy costoso la

implementación del servicio y remodelación de la infraestructura física de la clínica. Lo anterior teniendo en cuenta que el decreto No. 7595 del 2000, que reestructuró el SSPN, autoriza la contratación de aquellos servicios.

AUSENCIA DE INFRAESTRUCTURA Y/O CAPACIDAD INSTALADA PARA LLEVAR A CABO LA ATENCIÓN MEDICA DE LOS SERVICIOS A CONTRATAR

La ausencia de Instalaciones propias infraestructura o capacidad instalada, donde se le pueda brindar y garantizar la prestación de servicios de odontología especializada para los usuarios y beneficiarios del SSPN, se hace necesario llevar a cabo y buscar alternativas de solución que se encuentren en capacidad de garantizar el servicio a nuestros usuarios y beneficiarios, para lo cual los posibles oferentes deben contar con las debida infraestructura física y tecnológica suficiente para atender la población con necesidad de la atención, cumpliendo con los diferentes requisitos emanados por el Decreto 780 de 2016 del Ministerio de Protección Social, "Por el cual se establece el Sistema obligatorio de Garantía de Calidad" de aplicación estricta y obligatoria.

Se hace necesario, y teniendo en cuenta lo descrito sobre la necesidad de la prestación de los servicios de odontología especializada para los afiliados y beneficiarios del subsistema de salud de la policía nacional, adscritos a la Unidad Prestadora de Salud Guajira, pertenecientes a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 según lo establecido en el acuerdo 002 del 2001 del CSSSMP, es de obligatoriedad la contratación de los diferentes Niveles de atención antes anotados, con el fin de garantizar una atención en salud oportuna, con inmediatez, racionalidad del gasto y con calidad a todos los usuarios.

Conveniencia: Se contrata para satisfacer las necesidades de la población de los usuarios del sistema de salud de la Policía Nacional en la Unidad Prestadora de Salud Guajira, para la prestación de los servicios de odontología especializada para los afiliados y beneficiarios del subsistema de salud de la policía nacional, adscritos a la Unidad Prestadora de Salud Guajira, pertenecientes a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 según lo establecido en el acuerdo 002 del 2001 del CSSSMP buscando ofrecer servicios integrales de salud.

Oportunidad: En la actualidad la Unidad Prestadora de Salud Guajira, perteneciente a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 NO cuenta en la actualidad con los servicios de odontología especializada para los afiliados y beneficiarios del subsistema de salud de la policía nacional en la ciudad de Riohacha - Guajira.

Además la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, en el departamento de la Guajira NO cuenta con capacidad instalada, infraestructura técnica y científica suficiente, para la prestación de los servicios de odontología especializada para los afiliados y beneficiarios del subsistema de salud de la policía nacional con el fin de atender los requerimientos que se generan por parte de los usuarios de la Unidad Prestadora de salud Guajira y su área de influencia.

Tomando en consideración que el espíritu de la ley de seguridad social en salud colombiana es la cobertura y protección del riesgo de la población usuaria del sistema (Ley 100 de 1993), lo cual se hará por parte de las entidades que integran el régimen y que en esta reciben la denominación de Empresas Promotoras de Salud (EPS), y que la Dirección de Sanidad (DISAN) según el Artículo 18 del Decreto 1795 de 2.000, es dentro del Subsistema de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (S.S.M.P.), la encargada de administrar e implementar las políticas que emita el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional (CSSMP) asumiendo el papel de EPS, al igual que los planes y programas que coordine con el comité de salud de la policía nacional y que como cualquier EPS es la que cubre el riesgo de sus usuarios (afiliados y beneficiarios) policiales; además que este ente jurídico está conformado por regionales y seccionales para poder disponer de una red completa nacional buscando ofrecer servicios integrales de

salud a los usuarios policiales de todo el país y que para el caso del Departamento de la Guajira es la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 la que debe contratar, regular, organizar, proveer y controlar los servicios requeridos para proporcionar a la población usuaria una protección integral a su salud.

Que los servicios a prestar a los usuarios adscritos al subsistema de salud, están identificados en *el **M**anual de **A**ctividades **P**rocedimientos e **I**ntervenciones del **P**lan **O**bligatorio de **S**alud* (**MAPIPOS**), para la atención integral en servicios de salud de mediana y alta complejidad en la jurisdicción y dar cumplimiento al plan de beneficios de la Policía Nacional, según Decreto 1795 de 2000 "*por el cual se estructura el sistema de salud de las fuerzas militares y de la Policía Nacional*"; capítulo ii régimen de beneficios; Articulo 27, y el Acuerdo 002 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional "*plan de beneficios de Sanidad Policial*"

Los usuarios del departamento de la Guajira, La población discriminada por municipio y cursos de vida por género es:

MUNICIPIO	DANE	GENERO	0 a 5 años Primera Infancia	6 a 11 años Infancia	12 a 17 años Adolescencia	18 a 28 años Juventud	29 a 59 años Adultez	Mayor a 60 Vejez	Total general
ALBANIA	44035	F				5			5
ALBANIA	44035	M				2			2
BARRANCAS	44078	F	3		2	3	3		11
BARRANCAS	44078	M	1	3	2	1	12		19
DIBULLA	44090	F	7	2	3	12	7	3	34
DIBULLA	44090	M	2	3	2	10	14		31
DISTRACCIÓN	44098	F	2		2		2		6
DISTRACCIÓN	44098	M			2	4	6		12
EL MOLINO	44110	F	1	3	1	1	5		11
EL MOLINO	44110	M	2	1	4	5	7	1	20
FONSECA	44279	F	7	2	3	7	9	3	31
FONSECA	44279	M	6	4	5	8	30	4	57
HATONUEVO	44378	F	1	2		3	1	1	8
HATONUEVO	44378	M	1	2	2	5	6		16
LA JAGUA DEL PILAR	44420	F				1			1
LA JAGUA DEL PILAR	44420	M				3			3
MAICAO	44430	F	43	57	46	54	87	9	296
MAICAO	44430	M	44	63	37	60	242	11	457
MANAURE	44560	F	1	3		6		3	13
MANAURE	44560	M	1	1	2	1	4	1	10
RIOHACHA	44001	F	259	297	212	361	597	65	1791
RIOHACHA	44001	M	228	319	243	455	1121	111	2477
SAN JUAN DEL CESAR	44650	F	2	7	5	6	9		29
SAN JUAN DEL CESAR	44650	M	7	6	6	17	30	2	68
URIBIA	44847	F	8	9	1	167	25		210
URIBIA	44847	M	5	9	7	36	25	1	83
URUMITA	44855	F		1		3	1		5
URUMITA	44855	M	2			1	5		8
VILLANUEVA	44874	F			1	4	2	1	8
VILLANUEVA	44874	M		1		1	7		9

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.

NOTA: El oferente deberá asumir como su responsabilidad cualquier infracción ambiental por omisión de permisos, concesiones o licencias ambientales que hubiese sido necesaria tramitar antes del Inicio del servicio.

ACUERDO INTERNACIONAL O TRATADO DE LIBRE COMERCIO:

En cumplimiento a lo establecido en los términos del Capítulo 1 sistema de compras y contratación pública, Sección 4 de la Subsección 1 del Decreto 1082 de 2015, sobre la indicación de si la contratación respectiva está cobijada por un Acuerdo Internacional o un Tratado de Libre Comercio vigente para el Estado Colombiano, se concluye que el presente proceso de contratación **NO** está cobijado por los Tratados de Libre Comercio, según lo señalado en el literal D del **MANUAL PARA EL MANEJO DE LOS ACUERDOS COMERCIALES EN PROCESOS DE CONTRATACIÓN-COLOMBIA COMPRA EFICIENTE"** el cual dice: "*Las Entidades Estatales deben determinar en la etapa de planeación si los Acuerdos Comerciales son aplicables al Proceso de Contratación que están diseñando y en caso de que sean aplicables, cumplir con las obligaciones derivadas de los mismos.* ***Las Entidades Estatales no deben hacer este análisis para los Procesos de Contratación adelantados por las modalidades de selección de contratación directa y de mínima cuantía".***

2. ANTECEDENTES ADMINISTRATIVOS DEL PROCESO

UNIDAD CONTRATANTE Y CONTRATISTA	NÚMERO DEL CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN	OBJETO	NÚMERO DE PROCESO	ACIERTOS	PROBLEMAS
ODONTS CENTER LTDA. – RASES 8 - UPRES GUAJIRA	67-7-20012-21 DEL 17/03/2021	PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA, APOYO DIAGNOSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACION PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA	PN RASE 8 UPRES GUAJIRA MIC 120-2021	Desarrollo del objeto del contrato sin contratiempos	NINGUNO
ODONTS CENTER LTDA. – RASES 8 - UPRES GUAJIRA	67-7-200342-22 DEL 30/11/2022	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, APOYOS DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACIÓN ORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIAL NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA	PN RASE 8 UPRES GUAJIRA MIC 131-2022	Desarrollo del objeto del contrato sin contratiempos	NINGUNO
ODONTS CENTER LTDA. – RASES 8 -	67-7-200263-23 DEL 19/07/2023	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, APOYOS DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACIÓN ORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD	PN RASE 8 UPRES GUAJIRA SA MC 025-2023	Desarrollo del objeto del contrato sin contratiempos	NINGUNO

UPRES GUAJIRA		DE LA POLICIAL NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA			

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 de especificaciones técnicas**, los cuales se comprobarán como **CUMPLE o NO CUMPLE**.

4.1.1 EXPERIENCIA PROPONENTE

Los factores de verificación técnicas están descritos en el **Anexo de especificaciones técnicas**, los cuales se comprobarán como **CUMPLE o NO CUMPLE**.

4.1.2 NIVEL DE EDUCACION O NIVEL ACADEMICO (No aplica)

4.1.3 EXPERIENCIA (No aplica)

4.1.4 EXPERIENCIA DEL PERSONAL

Los factores de verificación técnicas están descritos en el **Anexo de especificaciones técnicas**, los cuales se comprobarán como **CUMPLE o NO CUMPLE**.

4.1.5 CAPACIDAD OPERATIVA

Los factores de verificación técnicas están descritos en el **Anexo de especificaciones técnicas**, los cuales se comprobarán como **CUMPLE o NO CUMPLE**.

4.1.6 OTRAS CONDICIONES TECNICAS VERIFICABLES (No aplica)

4.2 EVALUACIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA

4.3.1 EVALUACION ECONOMICA

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, 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*, 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), y que ofrezca el mayor porcentaje de descuento en el **anexo OFERTA ECONOMICA**.

1. La Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, revisará las ofertas económicas y verificará que el mayor porcentaje de descuento cumpla con las condiciones JURIDICAS TECNICAS Y ECONOMIICAS de la invitación.
2. Si la que ofreció el mejor porcentaje de descuento no cumple con las condiciones JURIDICAS TECNICAS Y ECONOMIICAS de la invitación, se procederá a verificar el cumplimento de los requisitos de la invitación de la oferta con el segundo mayor porcentaje de descuento y así sucesivamente.

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

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, 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.

Nota 1: El proceso será adjudicado por la totalidad del presupuesto oficial establecido por la entidad.
Nota 2: 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

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 o quien haga sus veces y ubicadas en la Ciudad de Riohacha.

5.2. FORMA DE EJECUCIÓN

El objeto del contrato a celebrar se ejecutará en forma de TRACTO SUCESIVO, por ser servicios impredecibles que varían de acuerdo a la demanda y necesidades de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional pertenecientes a la Unidad Prestadora de Salud guajira, y que surjan en el transcurso de la ejecución del contrato debido a las remisiones de los profesionales de salud de la unidad prestadora de salud guajira.

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 y para la vigencia 2025 hasta el 31 de mayo y/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

El supervisor del contrato será el **RESPONSABLE DE PRESUPUESTO DE LA UPRES GUAJIRA** o quien haga sus veces o quien con posterioridad designe el jefe de La Regional de Aseguramiento en Salud N° 8, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo con las funciones asignadas para el efecto en la Resolución No. 3256 de 16 de diciembre de 2004. Y capítulo XII de la resolución 00090 del 15/01/2018 "Por la cual se reglamenta la actividad de los interventores, supervisores y coordinadores de los contratos y/o convenios en La Policía Nacional"

5.6. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

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

5.7. OBLIGACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL

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

6. FORMA Y PROCEDIMIENTO DE ADJUDICACIÓN

La adjudicación del presente proceso se efectuará de forma TOTAL al oferente seleccionado, previo cumplimiento de los requerimientos técnicos, económicos y jurídicos establecidos en el presente proceso contractual y de acuerdo a lo normado en el numeral 4 y 6 del Capítulo 2, Sección 1, Subsección 5, Artículo 2.2.1.2.1.5.2., del Decreto 1082 del 2015.

La forma de adjudicación del presente proceso se efectuará mediante comunicación de aceptación de la oferta. La Entidad manifestará la aceptación expresa e incondicional de la misma, los datos de contacto de la Entidad y del Supervisor o Interventor designado. Con la publicación de la comunicación de aceptación en el SECOP II el proponente seleccionado quedará informado de la aceptación de su oferta.

7. 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 Regional de Aseguramiento en Salud Nº 8 - Unidad Prestadora De Salud Guajira, tiene la necesidad de contratar los servicios de ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, APOYOS DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACIÓN ORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIAL NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 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.

Este servicio se ha contratado en años anteriores así: 67-7-20012 – 21, contrato 67-7-200342-22 y contrato 67-7-200263 – 23, en los cuales han tenido un comportamiento dentro de lo normal, con gran acogida y satisfacción de resolver las necesidades de nuestros usuarios.

Por esta razón se requiere la nueva contratación de un proveedor especializado en odontología, por que nuestra unidad prestadora no cuenta con los equipos, infraestructura ni personal idóneo para resolver las necesidades de nuestros usuarios.

En esta ocasión el proceso contractual se realizara bajo la modalidad de mínima cuantía 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.

2. ANÁLISIS DEL MERCADO

DESCRIPCIÓN DEL MERCADO

En la ciudad de Riohacha se encuentran entidades prestadoras de servicios de salud para la rehabilitación terapéutica de nuestros usuarios

3. ANÁLISIS DE LA OFERTA

IDENTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR:

NOMBRE	NIT	DV	DIRECCIÓN
ODONTS CENTER S.A.S	900579595		Calle 7 No.12 - 48 Riohacha La Guajira, Colombia
ODONTHOS	900524618		Cl. 7 #7 - 22, Riohacha La Guajira, Colombia
VITALIA			Calle 13 #13-59 Riohacha La Guajira, Colombia

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 los servicios objeto del presente estudio para el manejo adecuado de nuestros pacientes en la ciudad de Riohacha - La Guajira y corregimientos aledaños, que amerita servicios de odontología especializada 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 que se llegaran a utilizar para ejecución del futuro contrato 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
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA – LINA PATRICIA FERNANDEZ REUTO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN NIVEL II DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL PERTENECIENTES A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ARAUCA EN EL MUNICIPIO DE ARAUCA DE ACUERDO AL SIGUIENTE GRUPO	068-7-200014-23 - 22/03/2023	No. PN RASES No. 5 MIC 003 2023	$ 12.240.000,00

Nota: Según la consulta realizada en el Portal de Contratación Estatal, se encuentran varios procesos con objeto similar del presente proceso, pero los servicios y las condiciones técnicas son totalmente diferentes a las del presente proceso.

5.2. PRECIOS HISTÓRICOS

ITEMS	CUBS	DESCRIPCION	CONTRATO – 67-7-20012-21	67-7-20012-21 +IPC 2021+IPC 2022+IPC 2023	CONTRATO – 67-7-200342-22	67-7-200342-22 +IPC 2022+IPC 2023	CONTRATO – 67-7-200263-23	67-7-200263-23 +IPC 2021+IPC 2022+IPC 2023	VALOR HISTÓRICO DE REFERENCIA
1	890203B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL Incluye: ANAMNESIS, EXAMEN ORAL Y ELABORACIÓN DEL ODONTOGRAMA O CARTA ODONTOLÓGICA, PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA, ELABORACIÓN DE UN PLAN DE TRATAMIENTO, REMISIÓN AL ESPECIALISTA Excluye: PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE OPERATORIA, CIRUGÍA, ENDODONCIA, EXODONCIA (23.), PROFILAXIS Y DE APLICACIÓN DE SUSTANCIAS PREVENTIVAS (99.7)	52.261	68.234	60.802	75.162	67.493	73.756	72.384
2	890217B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL	52.261	68.234	60.802	75.162	67.493	73.756	72.384
3	890218B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	52.261	68.234	60.802	75.162	67.493	73.756	72.384
4	890219B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	52.261	68.234	60.802	75.162	67.493	73.756	72.384
5	890220B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA	52.261	68.234	60.802	75.162	67.493	73.756	72.384
6	890221B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	52.261	68.234	60.802	75.162	67.493	73.756	72.384
7	890222B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	52.261	68.234	60.802	75.162	67.493	73.756	72.384
8	890223B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	52.261	68.234	60.802	75.162	67.493	73.756	72.384
9	890224B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL	52.261	68.234	60.802	75.162	67.493	73.756	72.384
10	890317B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL	52.261	68.234	60.802	75.162	67.493	73.756	72.384

11	890318B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	52.261	68.234	60.802	75.162	67.493	73.756	72.384
12	890319B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	52.261	68.234	60.802	75.162	67.493	73.756	72.384
13	890320B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA	52.261	68.234	60.802	75.162	67.493	73.756	72.384
14	890321B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	52.261	68.234	60.802	75.162	67.493	73.756	72.384
15	890322B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	52.261	68.234	60.802	75.162	67.493	73.756	72.384
16	890323B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	52.261	68.234	60.802	75.162	67.493	73.756	72.384
17	890324B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL	52.261	68.234	60.802	75.162	67.493	73.756	72.384
18	230101B	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	28.213	36.836	32.823	40.575	36.435	39.816	39.076
19	230102B	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	34.528	45.081	40.169	49.656	44.590	48.728	47.822
20	230103B	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES	34.528	45.081	40.169	49.656	44.590	48.728	47.822
21	230201B	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	15.988	20.875	18.600	22.993	20.646	22.562	22.143
22	230202B	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	15.988	20.875	18.600	22.993	20.646	22.562	22.143
23	230203B	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	15.988	20.875	18.600	22.993	20.646	22.562	22.143
24	231100B	EXODONCIA QUIRÚRGICA UNIRRADICULAR SOD	78.594	102.616	91.437	113.032	101.500	110.919	108.856
25	231200B	EXODONCIA QUIRÚRGICA MULTIRRADICULAR SOD	130.586	170.499	151.926	187.807	168.646	184.296	180.868
26	231301B	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	350.649	457.824	407.950	504.298	452.848	494.872	485.665
27	231302B	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE EXTRAORAL	350.649	457.824	407.950	504.298	452.848	494.872	485.665
28	231303B	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	350.649	457.824	407.950	504.298	452.848	494.872	485.665
29	231400B	EXODONCIAS MÚLTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA, POR CUADRANTE SOD	350.649	457.824	407.950	504.298	452.848	494.872	485.665
30	231500B	COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTE RETENIDO (VENTANA QUIRÚRGICA) SOD	350.649	457.824	407.950	504.298	452.848	494.872	485.665
31	232101B	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA	28.929	37.771	33.657	41.606	37.361	40.828	40.068
32	232102B	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	50.380	65.779	58.613	72.456	65.064	71.102	69.779
33	232103B	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	34.035	44.438	39.597	48.949	43.954	48.033	47.140
34	232104B	OBTURACIÓN DENTAL	50.380	65.779	58.613	72.456	65.064	71.102	69.779
35	232200B	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD	50.380	65.779	58.613	72.456	65.064	71.102	69.779
36	232300B	COLOCACIÓN DE PIN MILIMÉTRICO SOD	36.409	47.537	42.359	52.363	47.019	51.382	50.428
37	232401B	RECONSTRUCCIÓN DE ÁNGULO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO	114.823	149.918	133.586	165.136	148.288	162.049	159.034

38	232402B	RECONSTRUCCIÓN TERCIO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO	250.872	327.551	291.868	360.800	323.991	354.057	347.469
39	232403B	RECONSTRUCCIÓN DENTAL	250.872	327.551	291.868	360.800	323.991	354.057	347.469
40	233100B	RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN METÁLICA SOD	503.805	657.792	586.134	724.564	650.644	711.024	697.793
41	233200B	RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN NO METÁLICA SOD	783.697	1.023.233	911.765	1.127.101	1.012.113	1.106.037	1.085.457
42	234101B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES)	48.231	62.973	56.112	69.364	62.288	68.068	66.802
43	234102B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)	48.231	62.973	56.112	69.364	62.288	68.068	66.802
44	234103B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN FORMA PLÁSTICA	48.231	62.973	56.112	69.364	62.288	68.068	66.802
45	234104B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA ACRÍLICA TERMOCURADA	220.600	288.026	256.649	317.263	284.895	311.333	305.541
46	234105B	INSERCIÓN O APLICACIÓN DE CORONA	671.740	877.056	781.512	966.086	867.525	948.031	930.391
47	234201B	COLOCACIÓN O INSERCIÓN DE PRÓTESIS FIJA CADA UNIDAD (PILAR Y PÓNTICOS)	263.994	344.683	307.134	379.671	340.936	372.575	365.643
48	234202B	RECONSTRUCCIÓN DE MUÑONES	268.696	350.823	312.605	386.435	347.009	379.211	372.156
49	234203B	PATRÓN DE NÚCLEO	107.613	140.505	125.198	154.767	138.976	151.873	149.048
50	234204B	REPARACIÓN DE PRÓTESIS FIJA	403.044	526.234	468.908	579.653	520.515	568.819	558.235
51	234301B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) MUCOSOPORTADA	604.567	789.352	703.362	869.479	780.773	853.229	837.353
52	234302B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) DENTOMUCOSOPORTADA	604.567	789.352	703.362	869.479	780.773	853.229	837.353
53	234303B	REPARACIÓN DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL	268.696	350.823	312.605	386.435	347.009	379.211	372.156
54	234401B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL MEDIO CASO SUPERIOR O INFERIOR Incluye: PRÓTESIS	940.436	1.227.879	1.094.118	1.352.522	1.214.535	1.327.244	1.302.548
55	234402B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL SUPERIOR E INFERIOR Incluye: PRÓTESIS	1.746.525	2.280.348	2.031.933	2.511.826	2.255.566	2.464.883	2.419.019
56	235100B	REIMPLANTE DE DIENTE SOD	186.207	243.121	216.636	267.800	240.477	262.793	257.905
57	235200B	TRASPLANTE DE DIENTE (INTENCIONAL) SOD	186.207	243.121	216.636	267.800	240.477	262.793	257.905
58	236100B	IMPLANTE ALOPLÁSTICO CERÁMICO SOD	157.994	206.285	183.813	227.225	204.042	222.977	218.829
59	236200B	IMPLANTE ALOPLÁSTICO METÁLICO SOD	157.994	206.285	183.813	227.225	204.042	222.977	218.829
60	236300B	IMPLANTE DENTAL ALOPLÁSTICO (ÓSEOINTEGRACIÓN) SOD	333.721	435.722	388.255	479.951	430.987	470.983	462.219
61	237101B	PULPOTOMÍA CON PULPECTOMÍA	80.608	105.246	93.781	115.930	104.102	113.763	111.646
62	237102B	PULPOTOMÍA	80.608	105.246	93.781	115.930	104.102	113.763	111.646
63	237200B	APEXIFICACIÓN (INDUCCIÓN DE APEXOGÉNESIS) SOD	537.392	701.645	625.210	772.869	694.020	758.425	744.313

64	237301B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	104.254	136.119	121.291	149.937	134.639	147.133	144.397
65	237302B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	261.173	341.000	303.852	375.614	337.293	368.594	361.736
66	237303B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	471.562	615.694	548.622	678.193	609.002	665.517	653.135
67	237304B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	52.261	68.234	60.802	75.162	67.493	73.756	72.384
68	237305B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	52.261	68.234	60.802	75.162	67.493	73.756	72.384
69	237306B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR	471.562	615.694	548.622	678.193	609.002	665.517	653.135
70	237401B	CURETAJE APICAL CON APICECTOMÍA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGÍA PERIRRADICULAR)	235.109	306.970	273.530	338.131	303.633	331.810	325.637
71	237501B	PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN RESORCION RADICULAR (INTERNA Y EXTERNA)	471.562	615.694	548.622	678.193	609.002	665.517	653.135
72	237502B	PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS EN FRACTURAS RADICULARES	471.562	615.694	548.622	678.193	609.002	665.517	653.135
73	237601B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR TREPANACIÓN Y DRENAJE	471.562	615.694	548.622	678.193	609.002	665.517	653.135
74	237602B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR INCISIÓN	471.562	615.694	548.622	678.193	609.002	665.517	653.135
75	237603B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA	471.562	615.694	548.622	678.193	609.002	665.517	653.135
76	237701B	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR) ÚNICA	157.994	206.285	183.813	227.225	204.042	222.977	218.829
77	237702B	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR) MÚLTIPLE	157.994	206.285	183.813	227.225	204.042	222.977	218.829
78	237703B	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR)	157.994	206.285	183.813	227.225	204.042	222.977	218.829
79	237800B	HEMISECCIÓN DEL DIENTE SOD	157.994	206.285	183.813	227.225	204.042	222.977	218.829
80	237901B	BLANQUEAMIENTO DE DIENTE (INTRÍNSECO) POR CAUSAS ENDODÓNTICAS	268.696	350.823	312.605	386.435	347.009	379.211	372.156
81	237902B	EXPLORACIÓN Y MOVILIZACIÓN DE NERVIO DENTARIO INFERIOR	333.721	435.722	388.255	479.951	430.987	470.983	462.219
82	240200B	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	123.466	161.203	143.642	177.567	159.450	174.247	171.006
83	240300B	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD	132.333	172.780	153.958	190.319	170.902	186.762	183.287
84	240400B	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIODONTAL (CERRADO CON ALISADO RADICULAR) SOD	132.333	172.780	153.958	190.319	170.902	186.762	183.287
85	241101B	BIOPSIA INCISIONAL DE ENCÍA	74.160	96.827	86.279	106.656	95.773	104.661	102.715
86	241102B	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA CON CIERRE PRIMARIO	74.160	96.827	86.279	106.656	95.773	104.661	102.715
87	241103B	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA Y RECUBRIMIENTO CON COLGAJO O INJERTO	74.160	96.827	86.279	106.656	95.773	104.661	102.715
88	241104B	BIOPSIA DE ENCÍA	74.160	96.827	86.279	106.656	95.773	104.661	102.715
89	241200B	BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR SOD	111.243	145.244	129.422	159.988	143.665	156.997	154.077
90	242101B	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)	132.333	172.780	153.958	190.319	170.902	186.762	183.287
91	242102B	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE	132.333	172.780	153.958	190.319	170.902	186.762	183.287

92	242103B	PLASTIA MUCOGINGIVAL	132.333	172.780	153.958	190.319	170.902	186.762	183.287
93	242201B	CURETAJE A CAMPO ABIERTO	157.994	206.285	183.813	227.225	204.042	222.977	218.829
94	242202B	CIRUGÍA A COLGAJO CON RESECCIÓN RADICULAR (AMPUTACIÓN, HEMISECCIÓN)	157.994	206.285	183.813	227.225	204.042	222.977	218.829
95	242204B	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (SIN MATERIAL)	403.044	526.234	468.908	579.653	520.515	568.819	558.235
96	242205B	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (CON MATERIAL)	806.088	1.052.468	937.815	1.159.304	1.041.030	1.137.638	1.116.470
97	242300B	PLASTIAS PREPROTÉSICAS (AUMENTO DE CORONA CLÍNICA) SOD	157.994	206.285	183.813	227.225	204.042	222.977	218.829
98	242400B	REPARACIÓN O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS, MEMBRANAS) SOD	201.523	263.118	234.454	289.826	260.257	284.409	279.118
99	243101B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS	185.400	242.067	215.697	266.639	239.436	261.656	256.787
100	243102B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS	259.561	338.895	301.977	373.297	335.211	366.319	359.504
101	243103B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS	296.640	387.308	345.116	426.624	383.099	418.651	410.861
102	243104B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS	333.721	435.722	388.255	479.951	430.987	470.983	462.219
103	243105B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCIÓN DE ESTRUCTURAS VECINAS U ÓSEAS	506.493	661.302	589.261	728.430	654.114	714.816	701.516
104	243106B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO	1.035.824	1.352.422	1.205.093	1.489.706	1.337.724	1.461.865	1.434.664
105	243107B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO PEDICULADO	1.132.554	1.478.717	1.317.631	1.628.823	1.462.648	1.598.382	1.568.641
106	243108B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO PEDICULADO	1.278.994	1.669.916	1.488.000	1.839.429	1.651.768	1.805.052	1.771.466
107	243109B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO LIBRE	1.625.612	2.122.478	1.891.261	2.337.930	2.099.412	2.294.237	2.251.548
108	243110B	RESECCIÓN DE LESIÓN DE ENCÍA	185.400	242.067	215.697	266.639	239.436	261.656	256.787
109	243201B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MENOR DE TRES CENTÍMETROS	132.333	172.780	153.958	190.319	170.902	186.762	183.287

110	243202B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MAYOR DE TRES CENTÍMETROS	157.994	206.285	183.813	227.225	204.042	222.977	218.829
111	243203B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA	157.994	206.285	183.813	227.225	204.042	222.977	218.829
112	243301B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA INTRAORAL	259.561	338.895	301.977	373.297	335.211	366.319	359.504
113	243302B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA EXTRAORAL	333.721	435.722	388.255	479.951	430.987	470.983	462.219
114	243303B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE	333.721	435.722	388.255	479.951	430.987	470.983	462.219
115	243400B	GINGIVECTOMIA SOD	157.994	206.285	183.813	227.225	204.042	222.977	218.829
116	243501B	CUÑA DISTAL	132.333	172.780	153.958	190.319	170.902	186.762	183.287
117	243502B	OPERCULECTOMÍA	157.994	206.285	183.813	227.225	204.042	222.977	218.829
118	244101B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO HASTA DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	259.561	338.895	301.977	373.297	335.211	366.319	359.504
119	244102B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	333.721	435.722	388.255	479.951	430.987	470.983	462.219
120	244103B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO	333.721	435.722	388.255	479.951	430.987	470.983	462.219
121	244104B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA CON INJERTO ÓSEO LIBRE	333.721	435.722	388.255	479.951	430.987	470.983	462.219
122	244105B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO PEDICULADO	333.721	435.722	388.255	479.951	430.987	470.983	462.219
123	244106B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO LIBRE	333.721	435.722	388.255	479.951	430.987	470.983	462.219
124	244107B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA	333.721	435.722	388.255	479.951	430.987	470.983	462.219
125	244108B	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO	185.400	242.067	215.697	266.639	239.436	261.656	256.787
126	244109B	RESECCIÓN DE LESIÓN ODONTOGÉNICA SOD	333.721	435.722	388.255	479.951	430.987	470.983	462.219
127	245100B	REGULARIZACIÓN DE REBORDES SOD	150.604	196.636	175.215	216.596	194.498	212.547	208.593
128	245200B	ALVEOLECTOMÍA SOD	332.377	433.968	386.692	478.019	429.251	469.085	460.357
129	247401B	FERULIZACIÓN RÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	104.926	136.996	122.073	150.904	135.507	148.082	145.327
130	247402B	FERULIZACIÓN SEMIRÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	70.802	92.443	82.372	101.826	91.437	99.922	98.064
131	247403B	FERULIZACIÓN	104.926	136.996	122.073	150.904	135.507	148.082	145.327
132	248100B	CIERRE DE DIASTEMA (ALVEOLAR, DENTAL) SOD	259.561	338.895	301.977	373.297	335.211	366.319	359.504
133	248200B	AJUSTAMIENTO OCLUSAL SOD	69.682	90.980	81.069	100.216	89.991	98.342	96.513
134	249100B	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRÚRGICA SOD	81.281	106.124	94.563	116.896	104.969	114.710	112.577
135	274101B	FRENILLECTOMIA LABIAL VÍA ABIERTA	99.418	129.805	115.664	142.981	128.393	140.308	137.698
136	760902B	DECORTICACIÓN O CURETAJE ÓSEO EN HUESO FACIAL	296.640	387.308	345.116	426.624	383.099	418.651	410.861
137	870101B	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA) Incluye CON CEFALOSTATO	83.027	108.404	96.595	119.408	107.226	117.177	114.996
138	870112B	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	48.156	62.875	56.026	69.258	62.191	67.962	66.698
139	870113B	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	48.156	62.875	56.026	69.258	62.191	67.962	66.698

140	870114B	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MAXILARES, SUPERIOR E INFERIOR [ORTOPANTOMOGRAFÍA]	48.156	62.875	56.026	69.258	62.191	67.962	66.698
141	870131B	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]	48.156	62.875	56.026	69.258	62.191	67.962	66.698
142	870440B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES OCLUSALES	25.258	32.978	29.385	36.325	32.618	35.645	34.983
143	870450B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS	13.704	17.893	17.460	21.584	19.056	20.824	20.100
144	870451B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	13.704	17.893	17.460	21.584	19.056	20.824	20.100
145	870452B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	13.704	17.893	17.460	21.584	19.056	20.824	20.100
146	870453B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	13.704	17.893	17.460	21.584	19.056	20.824	20.100
147	870454B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	13.704	17.893	17.460	21.584	19.056	20.824	20.100
148	870455B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	13.704	17.893	17.460	21.584	19.056	20.824	20.100
149	870456B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO	134.348	175.411	156.302	193.217	173.504	189.605	186.078
150	870460B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES CORONALES	13.704	17.893	17.460	21.584	19.056	20.824	20.100
151	763101B	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL	2.181.611	2.848.417	2.196.519	2.715.283	2.516.768	2.750.324	2.771.341
152	763102B	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, SEGMENTARIA	1.784.955	2.330.524	1.897.301	2.345.397	2.086.079	2.279.667	2.318.529
153	763103B	HEMIMANDIBULECTOMÍA SIN DESARTICULACIÓN	3.966.566	5.178.941	4.216.225	5.211.993	4.635.734	5.065.930	5.152.288
154	763104B	HEMIMANDIBULECTOMÍA CON DESARTICULACIÓN	6.247.343	8.156.833	6.640.555	8.208.890	7.301.281	7.978.840	8.114.855
155	764101B	MANDIBULECTOMÍA TOTAL CON RECONSTRUCCIÓN ÓSEA	5.751.521	7.509.464	6.113.527	7.557.391	6.721.814	7.345.598	7.470.818
156	764201B	MANDIBULECTOMÍA TOTAL SIN RECONSTRUCCIÓN ÓSEA	4.759.880	6.214.730	5.059.471	6.254.393	5.562.881	6.079.116	6.182.747
157	762105B	ELIMINACIÓN DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR	446.239	582.631	474.325	586.349	521.520	569.917	579.632
158	766402B	CORTICOTOMIA MANDIBULAR	743.731	971.051	790.543	977.250	869.200	949.862	966.054
159	270101B	INCISIÓN Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	277.659	362.525	295.136	364.840	324.501	354.615	360.660
160	270102B	INCISIÓN Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	495.821	647.368	527.028	651.499	579.467	633.242	644.036
161	270103B	INCISIÓN Y DRENAJE EN CAVIDAD BUCAL	495.821	647.368	527.028	651.499	579.467	633.242	644.036
162	767302B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION	2.479.104	3.236.838	2.635.141	3.257.496	2.897.334	3.166.207	3.220.180
163	767402B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERNA	2.974.925	3.884.206	3.162.169	3.908.995	3.476.801	3.799.448	3.864.217
164	767403B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERNA	4.462.388	5.826.310	4.743.254	5.863.494	5.215.201	5.699.172	5.796.325

165	767404B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERNA	5.949.850	7.768.412	6.324.339	7.817.992	6.953.601	7.598.895	7.728.433
166	767201B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO CON FIJACION INTERNA	3.470.746	4.531.574	3.689.197	4.560.494	4.056.267	4.432.689	4.508.252
167	767701B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON FIJACION	1.189.970	1.553.682	1.264.868	1.563.599	1.390.720	1.519.779	1.545.687
168	767802B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACION	991.641	1.294.735	1.054.056	1.302.998	1.158.933	1.266.482	1.288.072
169	767602B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	2.974.925	3.884.206	3.162.169	3.908.995	3.476.801	3.799.448	3.864.217
170	767603B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	2.974.925	3.884.206	3.162.169	3.908.995	3.476.801	3.799.448	3.864.217
171	767502B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	991.641	1.294.735	1.054.056	1.302.998	1.158.933	1.266.482	1.288.072
172	767503B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	1.289.134	1.683.156	1.370.273	1.693.898	1.506.613	1.646.427	1.674.493
173	275303B	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL	386.740	504.946	411.082	508.169	451.983	493.927	502.348
174	764302B	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO	3.966.566	5.178.941	4.216.225	5.211.993	4.322.234	4.723.337	5.038.090
175	768110B	INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO POR REBORDE ALVEOLAR	1.983.284	2.589.472	2.108.113	2.605.997	2.161.117	2.361.669	2.519.046

NOTA: Para hallar el precio del valor histórico se tomó de referencia CONTRATO 67-7-20012 – 21 +IPC 2021+IPC 2022+IPC 2023, contrato 67-7-200342-22+IPC 2022+IPC 2023 Y CONTRATO 67-7-200263 – 23 + IPC 2023, y se saca el promedio entre los valores contratados dando cumplimiento al principio de pluralidad de oferentes.

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

5.3. PRECIOS DE CATÁLOGO O PORTALES WEB (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

ÍTEM	CÓDIGO	SERVICIO	COTIZACION 1 VITALIA CLINICA ODONTOLOGICA S.A.S	COTIZACION 2 ODONTCENTER	VALOR DEL MERCADO
1	890203B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL	60.000	84.108	72.054
2	890217B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL	80.000	84.108	82.054
3	890218B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	120.000	84.108	102.054
4	890219B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	120.000	84.108	102.054
5	890220B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA	120.000	84.108	102.054
6	890221B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	120.000	84.108	102.054
7	890222B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	120.000	84.108	102.054
8	890236B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL	150.000	84.108	117.054
9	890224B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL	120.000	84.108	102.054
10	890317B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL	80.000	84.108	82.054
11	890318B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	80.000	84.108	82.054
12	890319B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	80.000	84.108	82.054
13	890320B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA	80.000	84.108	82.054
14	890321B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	80.000	84.108	82.054
15	890322B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	80.000	84.108	82.054
16	890336B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL	80.000	84.108	82.054
17	890324B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL	80.000	84.108	82.054
18	230101B	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	100.000	45.405	72.703
19	230102B	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	150.000	55.568	102.784
20	230103B	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES	150.000	55.568	102.784
21	230201B	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	50.000	25.730	37.865
22	230202B	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	50.000	25.730	37.865
23	230203B	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	50.000	25.730	37.865
24	231100B	EXODONCIA QUIRÚRGICA UNIRRADICULAR SOD	120.000	126.486	123.243
25	231200B	EXODONCIA QUIRÚRGICA MULTIRRADICULAR SOD	150.000	210.162	180.081
26	231301B	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	250.000	564.324	407.162
27	231302B	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE EXTRAORAL	250.000	564.324	407.162
28	231303B	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	200.000	564.324	382.162
29	231400B	EXODONCIAS MÚLTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA, POR CUADRANTE SOD	150.000	564.324	357.162
30	231500B	COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTE RETENIDO (VENTANA QUIRÚRGICA) SOD	250.000	564.324	407.162
31	232101B	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA	60.000	46.559	53.280
32	232102B	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	80.000	81.081	80.541
33	232103B	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	80.000	54.775	67.388
34	232104B	OBTURACIÓN DENTAL	100.000	81.081	90.541
35	232200B	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD	80.000	81.081	80.541
36	232300B	COLOCACIÓN DE PIN MILIMÉTRICO SOD	80.000	58.595	69.298
37	232401B	RECONSTRUCCIÓN DE ÁNGULO INCISAL	150.000	184.793	167.397
38	232402B	RECONSTRUCCIÓN TERCIO INCISAL	150.000	403.747	276.874
39	232403B	RECONSTRUCCIÓN DENTAL	300.000	403.747	351.874
40	234101B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES)	400.000	77.622	238.811
41	234102B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)	400.000	77.622	238.811
42	234103B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN FORMA PLÁSTICA	300.000	77.622	188.811
43	234105B	INSERCIÓN O APLICACIÓN DE CORONA	1.200.000	1.081.080	1.140.540
44	234201B	COLOCACIÓN O INSERCIÓN DE PRÓTESIS FIJA CADA UNIDAD (PILAR Y PÓNTICOS)	1.000.000	424.864	712.432
45	234202B	RECONSTRUCCIÓN DE MUÑONES	300.000	432.432	366.216
46	234204B	REPARACIÓN DE PRÓTESIS FIJA	400.000	648.648	524.324
47	234301B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) MUCOSOPORTADA	900.000	972.972	936.486

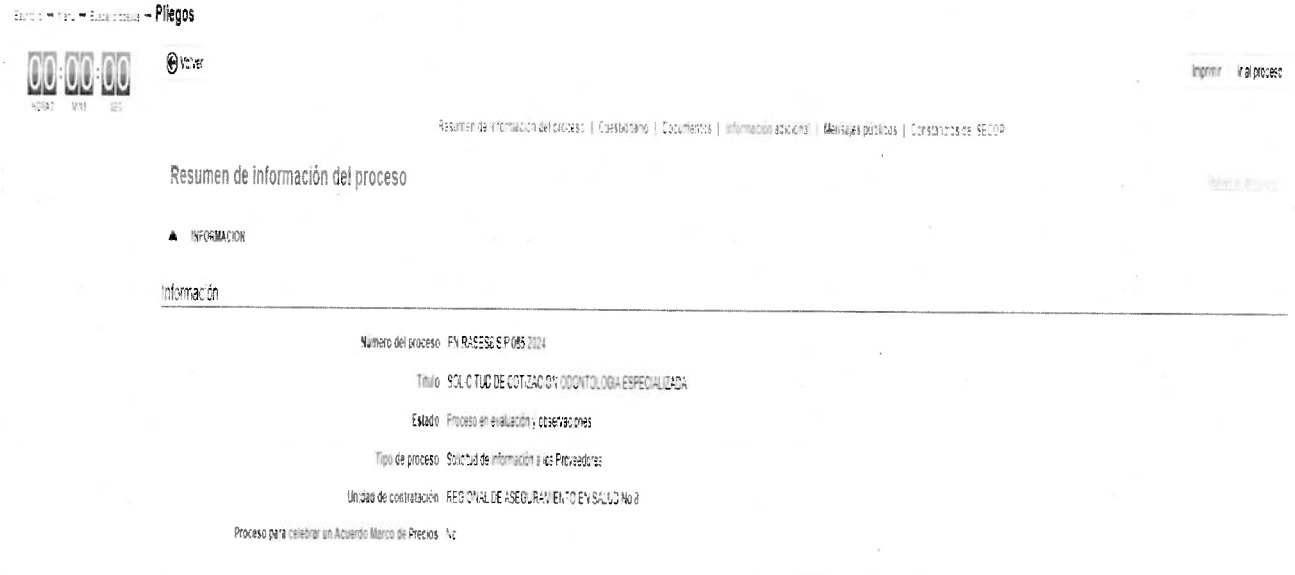
48	234302B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) DENTOMUCOSOPORTADA O IMPLANTOSOPORTADA	900.000	972.972	936.486
49	234303B	REPARACIÓN DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL	400.000	432.432	416.216
50	234401B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL MEDIO CASO SUPERIOR O INFERIOR	900.000	1.513.512	1.206.756
51	234402B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL SUPERIOR E INFERIOR	900.000	2.810.808	1.855.404
52	235100B	REIMPLANTE DE DIENTE SOD	1.500.000	299.675	899.838
53	235200B	TRASPLANTE DE DIENTE (INTENCIONAL) SOD		299.675	299.675
54	236100B	IMPLANTE ALOPLÁSTICO CERÁMICO SOD		254.270	254.270
55	236200B	IMPLANTE ALOPLÁSTICO METÁLICO SOD		254.270	254.270
56	236300B	IMPLANTE DENTAL ALOPLÁSTICO (ÓSEOINTEGRACIÓN) SOD		537.081	537.081
57	237102B	PULPOTOMÍA	200.000	129.730	164.865
58	237301B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	300.000	167.784	233.892
59	237302B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	450.000	420.324	435.162
60	237303B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	600.000	758.918	679.459
61	237304B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	200.000	84.108	142.054
62	237305B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	250.000	84.108	167.054
63	237401B	CURETAJE APICAL CON APICECTOMÍA Y OBTURACIÓN RETRÓGADA (CIRUGÍA PERIRRADICULAR)	700.000	378.378	539.189
64	237501B	PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN RESORCIÓN RADICULAR (INTERNA Y EXTERNA)	700.000	758.918	729.459
65	237502B	PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS EN FRACTURAS RADICULARES	500.000	758.918	629.459
66	237601B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR TREPANACIÓN Y DRENAJE	180.000	758.918	469.459
67	237602B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR INCISIÓN	180.000	758.918	469.459
68	237603B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA	180.000	758.918	469.459
69	237701B	RADECTOMÍA (AMPUTACIÓN RADICULAR) ÚNICA	250.000	254.270	252.135
70	237702B	RADECTOMÍA (AMPUTACIÓN RADICULAR) MÚLTIPLE	250.000	254.270	252.135
71	237703B	RADECTOMÍA (AMPUTACIÓN RADICULAR)	250.000	254.270	252.135
72	237800B	HEMISECCIÓN DEL DIENTE SOD	250.000	254.270	252.135
73	237901B	BLANQUEAMIENTO DE DIENTE (INTRÍNSECO) POR CAUSAS ENDODÓNTICAS	180.000	432.432	306.216
74	237902B	EXPLORACIÓN Y MOVILIZACIÓN DE NERVIO DENTARIO INFERIOR	250.000	537.081	393.541
75	240200B	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	120.000	198.703	159.352
76	240300B	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD	200.000	212.973	206.487
77	240400B	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIODONTAL (CERRADO CON ALISADO RADICULAR) SOD	300.000	212.973	256.487
78	241101B	BIOPSIA INCISIONAL DE ENCÍA	600.000	119.351	359.676
79	241102B	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA CON CIERRE PRIMARIO	600.000	119.351	359.676
80	241103B	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA Y RECUBRIMIENTO CON COLGAJO O INJERTO	600.000	119.351	359.676
81	241104B	BIOPSIA DE ENCÍA	600.000	119.351	359.676
82	241200B	BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR SOD		179.031	179.031
83	242101B	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)		212.973	212.973
84	242102B	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE		212.973	212.973
85	242103B	PLASTIA MUCOGINGIVAL		212.973	212.973
86	242201B	CURETAJE A CAMPO ABIERTO	250.000	254.270	252.135
87	242202B	CIRUGÍA A COLGAJO CON RESECCIÓN RADICULAR (AMPUTACIÓN, HEMISECCIÓN)		254.270	254.270
88	242204B	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (SIN MATERIAL)		648.648	648.648
89	242205B	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (CON MATERIAL)		1.297.296	1.297.296
90	242300B	PLASTIAS PREPROTÉSICAS (AUMENTO DE CORONA CLÍNICA) SOD		254.270	254.270
91	242400B	REPARACIÓN O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS, MEMBRANAS) SOD		324.324	324.324
92	243101B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS		298.378	298.378
93	243102B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS		417.729	417.729
94	243103B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS		477.405	477.405
95	243104B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS		537.081	537.081
96	243105B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCIÓN DE ESTRUCTURAS VECINAS U ÓSEAS		815.134	815.134
97	243106B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO		1.667.025	1.667.025

98	243107B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO PEDICULADO		1.822.701	1.822.701
99	243108B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO PEDICULADO		2.058.376	2.058.376
100	243109B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO LIBRE		2.616.214	2.616.214
101	243110B	RESECCIÓN DE LESIÓN DE ENCÍA		298.378	298.378
102	243201B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MENOR DE TRES CENTÍMETROS	150.000	212.973	181.487
103	243202B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MAYOR DE TRES CENTÍMETROS	150.000	254.270	202.135
104	243203B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA	150.000	254.270	202.135
105	243301B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA INTRAORAL	500.000	417.729	458.865
106	243302B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA EXTRAORAL	500.000	537.081	518.541
107	243303B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE	500.000	537.081	518.541
108	243400B	GINGIVECTOMIA SOD	200.000	254.270	227.135
109	243501B	CUÑA DISTAL		212.973	212.973
110	243502B	OPERCULECTOMÍA		254.270	254.270
111	244101B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO HASTA DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO		417.729	417.729
112	244102B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO		537.081	537.081
113	244103B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO		537.081	537.081
114	244104B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA CON INJERTO ÓSEO LIBRE		537.081	537.081
115	244105B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO PEDICULADO		537.081	537.081
116	244106B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO LIBRE		537.081	537.081
117	244107B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA		537.081	537.081
118	244108B	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO		298.378	298.378
119	244109B	RESECCIÓN DE LESIÓN ODONTOGÉNICA SOD		537.081	537.081
120	245100B	REGULARIZACIÓN DE REBORDES SOD		242.378	242.378
121	245200B	ALVEOLECTOMÍA SOD		534.918	534.918
122	247401B	FERULIZACIÓN RÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)		168.865	168.865
123	247402B	FERULIZACIÓN SEMIRÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)		113.946	113.946
124	247403B	FERULIZACIÓN		168.865	168.865
125	248100B	CIERRE DE DIASTEMA (ALVEOLAR, DENTAL) SOD		417.729	417.729
126	248200B	AJUSTAMIENTO OCLUSAL SOD		112.144	112.144
127	249100B	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRÚRGICA SOD		130.811	130.811
128	274101B	FRENILLECTOMIA LABIAL VÍA ABIERTA		160.000	160.000
129	760902B	DECORTICACIÓN O CURETAJE ÓSEO EN HUESO FACIAL		477.405	477.405
130	870101B	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA)		133.621	133.621
131	870112B	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	26.000	77.501	51.751
132	870113B	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	26.000	77.501	51.751
133	870114B	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MAXILARES, SUPERIOR E INFERIOR [ORTOPANTOMOGRAFÍA]	26.000	77.501	51.751
134	870131B	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]	40.000	77.501	58.751
135	870440B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES OCLUSALES	26.000	40.649	33.325
136	870450B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS		23.440	23.440
137	870451B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES		23.440	23.440
138	870452B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES		23.440	23.440
139	870453B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS		23.440	23.440
140	870454B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES		23.440	23.440
141	870455B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES		23.440	23.440
142	870456B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO	200.000	216.216	208.108
143	870460B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES CORONALES		23.440	23.440
144	763101B	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL		3.049.200	3.049.200
145	763102B	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, SEGMENTARIA		2.494.800	2.494.800
146	763103B	HEMIMANDIBULECTOMÍA SIN DESARTICULACIÓN		5.544.000	5.544.000
147	763104B	HEMIMANDIBULECTOMÍA CON DESARTICULACIÓN		8.731.800	8.731.800
148	764101B	MANDIBULECTOMÍA TOTAL CON RECONSTRUCCIÓN ÓSEA		8.038.800	8.038.800
149	764201B	MANDIBULECTOMÍA TOTAL SIN RECONSTRUCCIÓN ÓSEA		6.652.800	6.652.800
150	762105B	ELIMINACIÓN DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR		623.700	623.700
151	766402B	CORTICOTOMIA MANDIBULAR		1.039.500	1.039.500
152	270101B	INCISIÓN Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	150.000	388.080	269.040

153	270102B	INCISIÓN Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	200.000	693.000	446.500
154	270103B	INCISIÓN Y DRENAJE EN CAVIDAD BUCAL	250.000	693.000	471.500
155	767302B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION		3.465.000	3.465.000
156	767402B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERNA		4.158.000	4.158.000
157	767403B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERNA		6.237.000	6.237.000
158	767404B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERNA		8.316.000	8.316.000
159	767201B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO CON FIJACION INTERNA		4.851.000	4.851.000
160	767701B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON FIJACION		1.663.200	1.663.200
161	767802B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACION		1.386.000	1.386.000
162	767602B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA		4.158.000	4.158.000
163	767603B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA		4.158.000	4.158.000
164	767502B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA		1.386.000	1.386.000
165	767503B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA		1.801.800	1.801.800
166	275303B	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL		540.540	540.540
167	764302B	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO		5.544.000	5.544.000
168	768110B	INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO POR REBORDE ALVEOLAR		2.772.000	2.772.000

NOTA 1: El proceso de solicitud de cotización se surtió según lo establecido y fue publicado en la plataforma electrónica SECOP II mediante número PN-RASES8-SIP-085-2024, donde solo una entidad cotizó, ODONTS CENTER S.A.S, sin embargo, se solicita mediante correo electrónico a otras entidades como lo son ODONTHOS, VITALIA, se obtiene respuesta de una entidad VITALIA.

NOTA 2: para obtener el precio del mercado se tomaron las cotizaciones allegas y se procedió promediar los valores, dando cumplimiento al principio de pluralidad.



DU DEGUA UPRES-PLANEACION

Para: vitalsodontologia@gmail.com

Responder | Responder a todos | Reenviar

Lun 22/07/2024 19:19

SOLICITUD COTIZACION OD...

Dios y Patria buenas noches, siguiendo instrucciones del señor Intendente JOSE MARIO MURGAS RIVADENEIRA, jefe de la unidad Prestadora de Salud Guajira, respetuosamente me permito solicitar amablemente a su entidad cotizaciones para el próximo contrato de Odontología Especializada pendiente a realizarse en la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 con desarrollo del objeto contractual en la ciudad de Riohacha- Guajira.

Es de anotar que se debe diligenciar el valor a ofrecer por cada cubs de los servicios de salud relacionados en el archivo adjunto, asi mismo se informa que la cotización deberá ser enviada con firma del Representante Legal.

La anterior cotización se deberá enviar con **PLAZO 23 DE JULIO 2024**, con el fin de ser aportada en el proceso de contratación mencionado

Nota : diligenciar los valores a ofertar en el cuadro anexo.

Cualquier informacion adicional comunicarse al 3012911647

Imprimir | Cerrar

solicitud de cotización servicios de odontología especializada

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

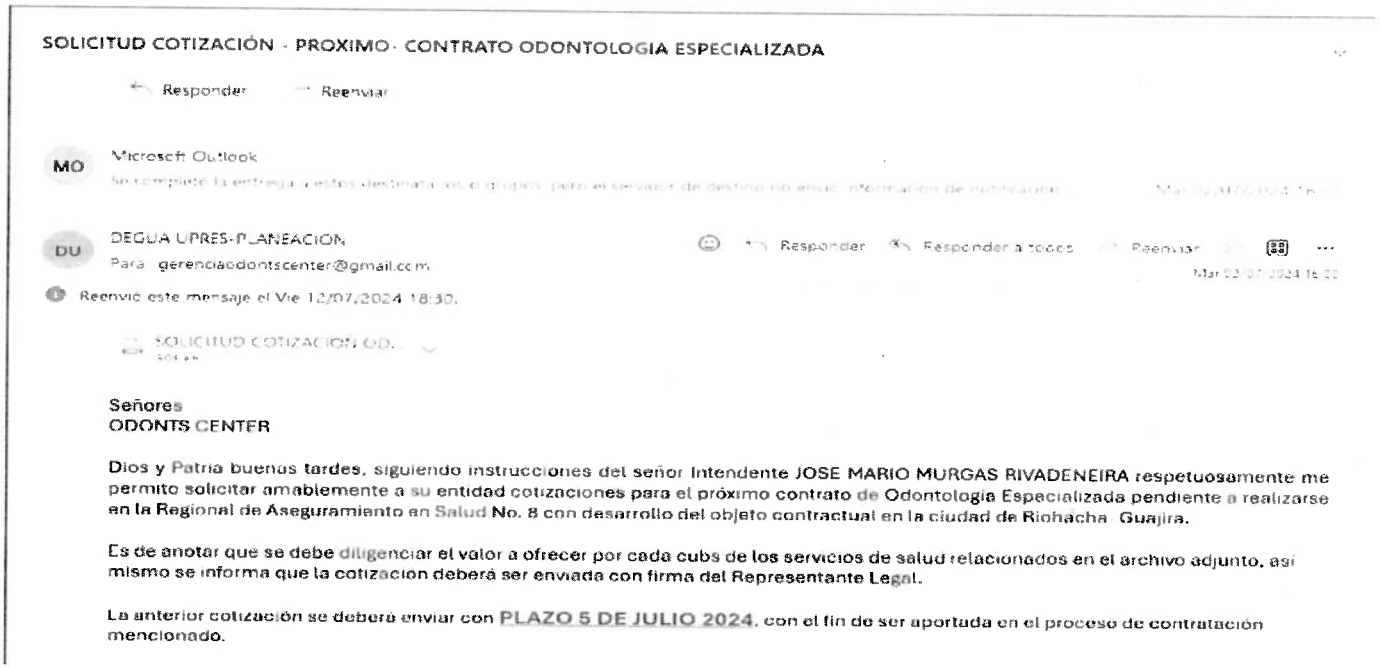
Mar 23/07/2024 8:20 AM

Para: odonthos2012@hotmail.com <odonthos2012@hotmail.com>

1 archivos adjuntos (258 KB)

SOLICITUD COTIZACION ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA 2.pdf;

de manera atenta y respetuosa me permito solicitar cotización para los servicios de odontología especializada para los usuarios de la Policía Nacional en la ciudad de Riohacha.



SOLICITUD COTIZACIÓN - PROXIMO- CONTRATO ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA

Responder Reenviar

MO Microsoft Outlook

DU DEGUA UPRES-PLANEACION Responder Responder a todos Reenviar

Para gerenciaodontscenter@gmail.com

Reenvió este mensaje el Vie 12/07/2024 18:30.

SOLICITUD COTIZACION OD...

Señores
ODONTS CENTER

Dios y Patria buenas tardes, siguiendo instrucciones del señor Intendente JOSE MARIO MURGAS RIVADENEIRA respetuosamente me permito solicitar amablemente a su entidad cotizaciones para el próximo contrato de Odontologia Especializada pendiente a realizarse en la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 con desarrollo del objeto contractual en la ciudad de Riohacha Guajira.

Es de anotar que se debe diligenciar el valor a ofrecer por cada cubs de los servicios de salud relacionados en el archivo adjunto, asi mismo se informa que la cotizacion deberá ser enviada con firma del Representante Legal.

La anterior cotización se deberá enviar con PLAZO 5 DE JULIO 2024, con el fin de ser aportada en el proceso de contratación mencionado.

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

5.5 ANÁLISIS DEL VALOR ESTIMADO

ÍTEM	CÓDIGO	SERVICIO	VALOR HISTÓRICO DE REFERENCIA	VALOR DEL MERCADO	VALOR ESTIMADO
1	890203B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL	72.384	72.054	72.219
2	890217B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL	72.384	82.054	77.219
3	890218B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	72.384	102.054	87.219
4	890219B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	72.384	102.054	87.219
5	890220B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA	72.384	102.054	87.219
6	890221B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	72.384	102.054	87.219
7	890222B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	72.384	102.054	87.219
8	890236B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL	72.384	117.054	94.719
9	890224B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL	72.384	102.054	87.219
10	890317B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL	72.384	82.054	77.219
11	890318B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	72.384	82.054	77.219
12	890319B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	72.384	82.054	77.219
13	890320B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA	72.384	82.054	77.219
14	890321B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	72.384	82.054	77.219
15	890322B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	72.384	82.054	77.219
16	890336B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL	72.384	82.054	77.219
17	890324B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL	72.384	82.054	77.219

18	230101B	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	39.076	72.703	55.890
19	230102B	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	47.822	102.784	75.303
20	230103B	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES	47.822	102.784	75.303
21	230201B	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	22.143	37.865	30.004
22	230202B	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	22.143	37.865	30.004
23	230203B	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	22.143	37.865	30.004
24	231100B	EXODONCIA QUIRÚRGICA UNIRRADICULAR SOD	108.856	123.243	116.050
25	231200B	EXODONCIA QUIRÚRGICA MULTIRRADICULAR SOD	180.868	180.081	180.475
26	231301B	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	485.665	407.162	446.414
27	231302B	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE EXTRAORAL	485.665	407.162	446.414
28	231303B	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	485.665	382.162	433.914
29	231400B	EXODONCIAS MÚLTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA, POR CUADRANTE SOD	485.665	357.162	421.414
30	231500B	COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTE RETENIDO (VENTANA QUIRÚRGICA) SOD	485.665	407.162	446.414
31	232101B	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA	40.068	53.280	46.674
32	232102B	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	69.779	80.541	75.160
33	232103B	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	47.140	67.388	57.264
34	232104B	OBTURACIÓN DENTAL	69.779	90.541	80.160
35	232200B	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD	69.779	80.541	75.160
36	232300B	COLOCACIÓN DE PIN MILIMÉTRICO SOD	50.428	69.298	59.863
37	232401B	RECONSTRUCCIÓN DE ÁNGULO INCISAL	159.034	167.397	163.216
38	232402B	RECONSTRUCCIÓN TERCIO INCISAL	347.469	276.874	312.172
39	232403B	RECONSTRUCCIÓN DENTAL	347.469	351.874	349.672
40	234101B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES)	66.802	238.811	152.807
41	234102B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)	66.802	238.811	152.807
42	234103B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN FORMA PLÁSTICA	66.802	188.811	127.807
43	234105B	INSERCIÓN O APLICACIÓN DE CORONA	930.391	1.140.540	1.035.466
44	234201B	COLOCACIÓN O INSERCIÓN DE PRÓTESIS FIJA CADA UNIDAD (PILAR Y PÓNTICOS)	365.643	712.432	539.038
45	234202B	RECONSTRUCCIÓN DE MUÑONES	372.156	366.216	369.186
46	234204B	REPARACIÓN DE PRÓTESIS FIJA	558.235	524.324	541.280
47	234301B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) MUCOSOPORTADA	837.353	936.486	886.920
48	234302B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) DENTOMUCOSOPORTADA O IMPLANTOSOPORTADA	837.353	936.486	886.920
49	234303B	REPARACIÓN DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL	372.156	416.216	394.186
50	234401B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL MEDIO CASO SUPERIOR O INFERIOR	1.302.548	1.206.756	1.254.652
51	234402B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL SUPERIOR E INFERIOR	2.419.019	1.855.404	2.137.212
52	235100B	REIMPLANTE DE DIENTE SOD	257.905	899.838	578.872
53	235200B	TRASPLANTE DE DIENTE (INTENCIONAL) SOD	257.905	299.675	278.790
54	236100B	IMPLANTE ALOPLÁSTICO CERÁMICO SOD	218.829	254.270	236.550
55	236200B	IMPLANTE ALOPLÁSTICO METÁLICO SOD	218.829	254.270	236.550
56	236300B	IMPLANTE DENTAL ALOPLÁSTICO (ÓSEOINTEGRACIÓN) SOD	462.219	537.081	499.650
57	237102B	PULPOTOMÍA	111.646	164.865	138.256
58	237301B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	144.397	233.892	189.145
59	237302B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	361.736	435.162	398.449
60	237303B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	653.135	679.459	666.297
61	237304B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	72.384	142.054	107.219
62	237305B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	72.384	167.054	119.719
63	237401B	CURETAJE APICAL CON APICECTOMÍA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGÍA PERIRRADICULAR)	325.637	539.189	432.413
64	237501B	PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN RESORCION RADICULAR (INTERNA Y EXTERNA)	653.135	729.459	691.297
65	237502B	PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS EN FRACTURAS RADICULARES	653.135	629.459	641.297
66	237601B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR TREPANACIÓN Y DRENAJE	653.135	469.459	561.297
67	237602B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR INCISIÓN	653.135	469.459	561.297
68	237603B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA	653.135	469.459	561.297
69	237701B	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR) ÚNICA	218.829	252.135	235.482
70	237702B	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR) MÚLTIPLE	218.829	252.135	235.482
71	237703B	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR)	218.829	252.135	235.482
72	237800B	HEMISECCIÓN DEL DIENTE SOD	218.829	252.135	235.482
73	237901B	BLANQUEAMIENTO DE DIENTE (INTRÍNSECO) POR CAUSAS ENDODÓNTICAS	372.156	306.216	339.186
74	237902B	EXPLORACIÓN Y MOVILIZACIÓN DE NERVIO DENTARIO INFERIOR	462.219	393.541	427.880

75	240200B	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	171.006	159.352	165.179
76	240300B	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD	183.287	206.487	194.887
77	240400B	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIODONTAL (CERRADO CON ALISADO RADICULAR) SOD	183.287	256.487	219.887
78	241101B	BIOPSIA INCISIONAL DE ENCÍA	102.715	359.676	231.196
79	241102B	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA CON CIERRE PRIMARIO	102.715	359.676	231.196
80	241103B	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA Y RECUBRIMIENTO CON COLGAJO O INJERTO	102.715	359.676	231.196
81	241104B	BIOPSIA DE ENCÍA	102.715	359.676	231.196
82	241200B	BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR SOD	154.077	179.031	166.554
83	242101B	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)	183.287	212.973	198.130
84	242102B	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE	183.287	212.973	198.130
85	242103B	PLASTIA MUCOGINGIVAL	183.287	212.973	198.130
86	242201B	CURETAJE A CAMPO ABIERTO	218.829	252.135	235.482
87	242202B	CIRUGÍA A COLGAJO CON RESECCIÓN RADICULAR (AMPUTACIÓN HEMISECCIÓN)	218.829	254.270	236.550
88	242204B	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (SIN MATERIAL)	558.235	648.648	603.442
89	242205B	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (CON MATERIAL)	1.116.470	1.297.296	1.206.883
90	242300B	PLASTIAS PREPROTÉSICAS (AUMENTO DE CORONA CLÍNICA) SOD	218.829	254.270	236.550
91	242400B	REPARACIÓN O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS, MEMBRANAS) SOD	279.118	324.324	301.721
92	243101B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS	256.787	298.378	277.583
93	243102B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS	359.504	417.729	388.617
94	243103B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS	410.861	477.405	444.133
95	243104B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS	462.219	537.081	499.650
96	243105B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCIÓN DE ESTRUCTURAS VECINAS U ÓSEAS	701.516	815.134	758.325
97	243106B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO	1.434.664	1.667.025	1.550.845
98	243107B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO PEDICULADO	1.568.641	1.822.701	1.695.671
99	243108B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO PEDICULADO	1.771.466	2.058.376	1.914.921
100	243109B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO LIBRE	2.251.548	2.616.214	2.433.881
101	243110B	RESECCIÓN DE LESIÓN DE ENCÍA	256.787	298.378	277.583
102	243201B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MENOR DE TRES CENTÍMETROS	183.287	181.487	182.387
103	243202B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MAYOR DE TRES CENTÍMETROS	218.829	202.135	210.482
104	243203B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA	218.829	202.135	210.482
105	243301B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA INTRAORAL	359.504	458.865	409.185
106	243302B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA EXTRAORAL	462.219	518.541	490.380
107	243303B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE	462.219	518.541	490.380
108	243400B	GINGIVECTOMIA SOD	218.829	227.135	222.982
109	243501B	CUÑA DISTAL	183.287	212.973	198.130
110	243502B	OPERCULECTOMÍA	218.829	254.270	236.550
111	244101B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO HASTA DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	359.504	417.729	388.617
112	244102B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	462.219	537.081	499.650
113	244103B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO	462.219	537.081	499.650
114	244104B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA CON INJERTO ÓSEO LIBRE	462.219	537.081	499.650
115	244105B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO PEDICULADO	462.219	537.081	499.650
116	244106B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO LIBRE	462.219	537.081	499.650
117	244107B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA	462.219	537.081	499.650
118	244108B	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO	256.787	298.378	277.583
119	244109B	RESECCIÓN DE LESIÓN ODONTOGÉNICA SOD	462.219	537.081	499.650
120	245100B	REGULARIZACIÓN DE REBORDES SOD	208.593	242.378	225.486
121	245200B	ALVEOLECTOMÍA SOD	460.357	534.918	497.638
122	247401B	FERULIZACIÓN RÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	145.327	168.865	157.096
123	247402B	FERULIZACIÓN SEMIRÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	98.064	113.946	106.005
124	247403B	FERULIZACIÓN	145.327	168.865	157.096

125	248100B	CIERRE DE DIASTEMA (ALVEOLAR, DENTAL) SOD	359.504	417.729	388.617
126	248200B	AJUSTAMIENTO OCLUSAL SOD	96.513	112.144	104.329
127	249100B	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRÚRGICA SOD	112.577	130.811	121.694
128	274101B	FRENILLECTOMIA LABIAL VÍA ABIERTA	137.698	160.000	148.849
129	760902B	DECORTICACIÓN O CURETAJE ÓSEO EN HUESO FACIAL	410.861	477.405	444.133
130	870101B	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA)	114.996	133.621	124.309
131	870112B	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	66.698	51.751	59.225
132	870113B	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	66.698	51.751	59.225
133	870114B	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MAXILARES, SUPERIOR E INFERIOR [ORTOPANTOMOGRAFÍA]	66.698	51.751	59.225
134	870131B	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]	66.698	58.751	62.725
135	870440B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES OCLUSALES	34.983	33.325	34.154
136	870450B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS	20.100	23.440	21.770
137	870451B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	20.100	23.440	21.770
138	870452B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	20.100	23.440	21.770
139	870453B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	20.100	23.440	21.770
140	870454B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	20.100	23.440	21.770
141	870455B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	20.100	23.440	21.770
142	870456B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO	186.078	208.108	197.093
143	870460B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES CORONALES	20.100	23.440	21.770
144	763101B	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL	2.771.341	3.049.200	2.910.271
145	763102B	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, SEGMENTARIA	2.318.529	2.494.800	2.406.665
146	763103B	HEMIMANDIBULECTOMÍA SIN DESARTICULACIÓN	5.152.288	5.544.000	5.348.144
147	763104B	HEMIMANDIBULECTOMÍA CON DESARTICULACIÓN	8.114.855	8.731.800	8.423.328
148	764101B	MANDIBULECTOMÍA TOTAL CON RECONSTRUCCIÓN ÓSEA	7.470.818	8.038.800	7.754.809
149	764201B	MANDIBULECTOMÍA TOTAL SIN RECONSTRUCCIÓN ÓSEA	6.182.747	6.652.800	6.417.774
150	762105B	ELIMINACIÓN DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR	579.632	623.700	601.666
151	766402B	CORTICOTOMIA MANDIBULAR	966.054	1.039.500	1.002.777
152	270101B	INCISIÓN Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	360.660	269.040	314.850
153	270102B	INCISIÓN Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	644.036	446.500	545.268
154	270103B	INCISIÓN Y DRENAJE EN CAVIDAD BUCAL	644.036	471.500	557.768
155	767302B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION	3.220.180	3.465.000	3.342.590
156	767402B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERNA	3.864.217	4.158.000	4.011.109
157	767403B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERNA	5.796.325	6.237.000	6.016.663
158	767404B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERNA	7.728.433	8.316.000	8.022.217
159	767201B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO CON FIJACION INTERNA	4.508.252	4.851.000	4.679.626
160	767701B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON FIJACION	1.545.687	1.663.200	1.604.444
161	767802B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACION	1.288.072	1.386.000	1.337.036
162	767602B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	3.864.217	4.158.000	4.011.109
163	767603B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	3.864.217	4.158.000	4.011.109
164	767502B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	1.288.072	1.386.000	1.337.036
165	767503B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	1.674.493	1.801.800	1.738.147
166	275303B	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL	502.348	540.540	521.444
167	764302B	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO	5.038.090	5.544.000	5.291.045
168	768110B	INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO POR REBORDE ALVEOLAR	2.519.046	2.772.000	2.645.523

NOTA: El valor estimado se obtuvo teniendo en cuenta el valor histórico, valor del mercado estos se sumaron y se promediaron.

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

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, 2024-2025
1	A-02-02-02-009	16	RASES 8	DISPONIBILIDAD DE RECURSOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA, APOYO DIAGNOSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACION PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA	1	60.000.000,00
2	A-02-02-02-009	16	RASES 8	CERTIFICACION CUPO VIGENCIA FUTURA 2025 "AUTORIZADO MEDIANTE COMUNICADO OFICIAL GS2024-050515-DISAN DEL CUPO AUTORIZADO A LA RASES No. 8, EN CONCORDANCIA CON LA APROBACION IMPARTIDA POR EL MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO, MEDIANTE OFICIO No. 2-2024-037162 del 09 de julio del 2024" DISPONIBILIDAD DE RECURSOS PARA PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA, APOYO DIAGNOSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACION PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA		70.000.000,00
VALOR TOTAL ESTIMADO						130.000.000,00

Subteniente **PERLEY LEITON CHITO**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Guajira

APA 12 **KASANDRA NAYIBE PABON GOMEZ**
Estructurador E.C.O

Documentos Anexos al Estudio Previo:

Los documentos seleccionados en la siguiente lista, aplican para el proceso de Seleccionar modalidad de contratación cuyo objeto es **LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, APOYOS DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACIÓN ORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIAL NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8**

- 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.
- X Apoyo a la industria nacional (en caso de empate)
- ☐ 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 mí calidad de jefe de la Unidad Prestadora de Salud Guajira, manifiesto con la suscripción de esta CERTIFICACION que la Unidad Prestadora de Salud Guajira, actualmente no contamos con contrato vigente, cuyo objeto es la **LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, APOYOS DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACIÓN ORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIAL NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8**, 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.

Subteniente **FERLEY LEITON CHITO**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Guajira

El oferente deberá diligenciar y presentar este anexo con la oferta, debidamente firmado por el representante legal, en el que exprese su manifestación de cumplimiento o no cumplimiento con cada uno de los servicios y especificaciones técnicas solicitadas, las cuales serán verificadas por el comité técnico aplicando el criterio de CUMPLE o NO CUMPLE.

REQUISITOS GENERALES.

1. El oferente deberá diligenciar el presente formato, colocando una X en la casilla de CUMPLE o en la casilla NO CUMPLE, que se encuentra frente a cada una de las condición técnica o servicio.
2. El presente formato debe ser allegado con la oferta y dentro de los tiempos establecidos en el cronograma del SECOP II.
3. Las especificaciones técnicas requeridas son de obligatorio cumplimiento, de no diligenciar el presente formato o indicar que NO CUMPLE en alguno de los servicios o especificación técnica, se considera que no acepta técnicamente, so pena de rechazo de la oferta.

El contenido del presente formato no puede ser modificado, SO PENA DE RECHAZO DE LA OFERTA.

<table>
<tr><th rowspan="2">ITEM</th><th rowspan="2">CONDICIONES TECNICAS</th><th colspan="2">CUMPLE</th></tr>
<tr><th>SI</th><th>NO</th></tr>
<tr><td>1</td><td>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:

<table><tr><th>Servicio</th></tr><tr><td>410 -CIRUGIA ORAL</td></tr><tr><td>311 -ENDODONCIA</td></tr><tr><td>343 -PERIODONCIA</td></tr><tr><td>347 -REHABILITACION ORAL</td></tr><tr><td>396 -ODONTOPEDIATRIA</td></tr><tr><td>411 -CIRUGIA MAXILOFACIAL</td></tr></table>
Sujeto a verificación por el comité técnico, el supervisor del contrato está obligado a verificar durante la ejecución del contrato, que el contratista mantenga vigentes y habilitados los servicios en la jurisdicción donde presta el servicio.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td>Allegar con la oferta el modelo de atención, que incluya los servicios del presente proceso de contratación.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>3</td><td>Allegar con la oferta el portafolio de servicios, que incluya los servicios del presente proceso de contratación.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>4</td><td>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</td><td></td><td></td></tr>
</table>

	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:** la entidad proponente que le sea adjudicada la contratación objeto del presente estudio, deberá certificar que cuenta con la infraestructura, equipos y recursos para 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 ubicadas en la ciudad de Riohacha - Guajira. (DILIGENCIAR FORMULARIO CAPACIDAD OPERACIONAL Y ADMINISTRATIVA).		
6	El contratista se compromete a permitir durante la ejecución del contrato, **AUDITORIAS MÉDICAS**, el acceso directo a la información relacionada con el estado de salud del paciente y la prestación de los servicios de salud, así mismo, permitirle el acceso a todos los demás documentos que requiera, de acuerdo con la ley, con el fin de realizar seguimiento y control al cumplimiento del objeto contractual, mediante valoraciones a la institución, previo de la documentación solicitada, verificando las condiciones locativas, recursos humano disponible para el desarrollo de las actividades, así como los programas desarrollados.		
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	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"*.		
9	El OFERENTE deberá entregar junto con la propuesta el registro de la autoevaluación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) del año inmediatamente anterior, realizado en aplicativo de la página del Sistema General de Riesgos Laborales del Ministerio del Trabajo, donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración *"Aceptable"*, es decir un puntaje mayor a 85% (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el registro de la autoevaluación por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). Así mismo, se deberá mantener la calificación y evidencias de la autoevaluación del SGSST a disposición, las cuales serán objeto de verificación durante la ejecución del contrato.		
10	**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	**ADICIÓN DE SERVICIOS** En caso de requerirse uno o varios servicios y/o elementos que no se encuentren contratados y que guarden relación con el objeto contractual o que sean ordenados por fallo de tutela o CTC, las partes podrán mediante documento modificatorio incluirlos teniendo en cuenta lo siguiente: - El (la) supervisor (a) del contrato solicitara mínimo 2 cotizaciones, con el fin de determinar el precio o valor **más económico** que se utilizara como referencia para la modificación. - Una vez determinado el menor valor cotizado, el (la) supervisor (a) solicitara mediante comunicación oficial a la entidad contratista la aceptación de la modificación, aplicando el descuento ofrecido por este en su oferta inicial. - Con la aceptación por parte del contratista, el (la) supervisor (a) solicitara al ordenador del gasto la modificación de inclusión de los servicios y/o elementos. **NOTA**: En caso tal, que el (la) supervisor (a) solicite las cotizaciones a las entidades que el considere y por alguna razón ajena a su voluntad, solo se allega una cotización, se tomara esta como referente, de lo cual se debe dejar constancia de las solicitudes realizadas.		
12	**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.		
13	**OPORTUNIDAD PARA LA ATENCIÓN DEL SERVICIO: la regional de aseguramiento en salud requiere el servicio se preste con la siguiente oportunidad.** OPORTUNIDAD PARA LA ATENCION DE CONSULTAS, DESDE QUE EL USUARIO REQUIERE EL SERVICIO A LA ENTIDAD: ENTRE 2 - 8 DIAS		
14	OPORTUNIDAD PARA LA PROGRAMACIÓN DE PROCEDIMIENTOS: ENTRE 2 - 10 DIAS		
15	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** ENDODONCISTA: 1 PERIODONCISTA: 1 REHABILITADOR (A) ORAL: 1 ODONTOPEDIATRA (A): 1 CIRUJANO (A) MAXILOFACIAL: 1 Para el cumplimiento de lo anterior, debe aportar la inscripción en el RETHUS (la cual debe ser verificada por el evaluador técnico), 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 educación profesional (pregrado), especialidad, subespecialista y / o su certificación de Homologación y/o Convalidación del título, si fue obtenido (a) en el exterior. **NOTA**: para el personal profesional, especialista o subespecialista según corresponda) -Fotocopia de la tarjeta profesional		
16	**EJECUTADO EL 100% PRESUPUESTO DEL CONTRATO NO CONTINUARA PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO** El oferente se compromete con la Regional de Aseguramiento en Salud No.8, que una vez ejecutado el 100% presupuesto del contrato **NO CONTINUARA PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL CONTRATO** salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado de acuerdo con las disposiciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud (atención de urgencias vitales y/o atención inicial de urgencias en solo triage 1 y/o 2), los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, serán asumidos por el contratista.		
17	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.		
18	El oferente garantizará la prestación de los servicios estipulados dentro de la propuesta y con las tarifas pactadas, comprometiéndose a **SOSTENER LOS PRECIOS** durante toda la ejecución del contrato. La Regional de Aseguramiento en Salud N°8 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 considera costos adicionales, los cuales deberán sostener durante el plazo de ejecución del contrato.		
19	Los costos por atención de los **EVENTOS ADVERSOS**, generados durante la prestación de un servicio, correrán por cuenta del prestador cuando en el análisis se evidencie que son de responsabilidad del mismo, entendido el evento adverso como se estipula en la Resolución 4816 del 27 de noviembre de 2008 por la cual se reglamenta el Programa Nacional de Tecno vigilancia de MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL RESOLUCIÓN NÚMERO: "*Daño no intencionado al paciente, que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico*". SI llegasen a ocurrir algunos eventos adversos a un usuario del subsistema de salud de la policía nacional, este reporte es de carácter obligatorio durante los primeros cinco días de cada mes. La oficina de Garantía y Calidad realizará los respectivos tramites, de lo aquí consagrado.		

Subteniente **FERLEY LEITON CHITO**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Guajira

APA_12 **KASANDRA NAYIBE PABON GOMEZ**
Estructurador E.C.O

GARANTÍAS DEL PROCESO

ETAPA CONTRACTUAL

MECANISMO DE COBERTURA	CLASE DE RIESGO	TIPIFICACIÓN DE LOS RIESGOS	ESTIMACIÓN DEL RIESGO	ASIGNACIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	JUSTIFICACIÓN COBERTURA / VIGENCIA
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 DIEZ POR CIENTO (10%) 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

PARÁGRAFO: En todo caso en el mecanismo de cobertura de riesgo deberá **constar** expresamente que se ampara **el cumplimiento del contrato, el pago de las multas y de la penal pecuniaria convenidas y que la entidad aseguradora renuncia al beneficio de excusión.** Así mismo, se indicará que en el evento en que por incumplimiento del contratista garantizado el asegurador resolviera continuar, como cesionario, con la ejecución del contrato y la entidad estatal contratante estuviere de acuerdo con ello, el contratista garantizado aceptará desde el momento de contratación de la póliza la cesión del contrato a favor del asegurador. En todo caso, dependiendo del tipo de mecanismo de cobertura elegido, deberá cumplir con los requisitos establecidos en el Decreto 1082 de 2015.

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 contrato?	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se complementa el tratamiento	Monitoreo y Revisión	
													Probabilidad Impacto	Impacto	Calificación	Calificación total						¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?
	ESPECIFICO	EXTERNO	CONTRATACION	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 AL 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 CRONOLOGIA DEL PROCESO

7	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

Subteniente **FERLEY LEITON CHITO**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Guajira

APA_12 **KASANDRA NAYIBE PABON GOMEZ**
Estructurador E.C.O

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
OFERTA ECONOMICA	

El presente formato debe ser allegado con la oferta y dentro de los tiempos establecidos en el cronograma del SECOP II.

El contenido del presente formato no puede ser modificado, **SO PENA DE RECHAZO DE LA OFERTA.**

LA OFERTA ECONOMICA DEBE SER DILIGENCIADA EN POCENTAJE.

DESCRIPCION	PORCENTAJE % UNICO DE DESCUENTO OFERTADO APLICABLE A TODOS LOS ITEMS DEL 1 HASTA EL 168 DEL ANEXO PRECIO TECHO
LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, APOYOS DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACIÓN ORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIAL NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 **EL PORCEDNTAJE UNICO DE DESCUENTO OFERTADO POR EL OFERENTE SERA APLICABLE A TODOS LOS ITEMS DEL ANEXO PRECIO TECHO. (ITEM DEL 1 AL 168)**	

El valor estimado en el presente proceso es de **CIENTO TREINTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($130.000.000),** distribuidos de la siguiente manera**: SESENTA MILLONES DE PESOS** M/CTE **($ 60.000.000)** vigencia 2024 y **SETENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 70.000.000)** vigencia 2025.

NOTA 1: El porcentaje (%) de descuento ofrecido aplica para el precio techo unitario.

NOTA 2: El oferente deberá informar si los servicios ofertados incluyen o no el IVA, o si está exento.

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

NOTA 4: 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.

NOTA 5: Si el oferente no desea ofrecer un porcentaje de descuento a la propuesta económica, así mismo deberá diligenciar el anexo correspondiente con el numero 0%.

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

ANEXO PRECIO TECHO

ÍTEM	CÓDIGO	SERVICIO	VALOR ESTIMADO
1	890203B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL	72.219
2	890217B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL	77.219
3	890218B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	87.219
4	890219B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	87.219
5	890220B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA	87.219
6	890221B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	87.219
7	890222B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	87.219
8	890236B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL	94.719
9	890224B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL	87.219
10	890317B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL	77.219
11	890318B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	77.219
12	890319B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	77.219
13	890320B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA	77.219
14	890321B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	77.219
15	890322B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	77.219
16	890336B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL	77.219
17	890324B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL	77.219
18	230101B	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	55.890
19	230102B	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	75.303
20	230103B	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES	75.303
21	230201B	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	30.004
22	230202B	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	30.004
23	230203B	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	30.004
24	231100B	EXODONCIA QUIRÚRGICA UNIRRADICULAR SOD	116.050
25	231200B	EXODONCIA QUIRÚRGICA MULTIRRADICULAR SOD	180.475
26	231301B	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	446.414
27	231302B	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE EXTRAORAL	446.414
28	231303B	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	433.914
29	231400B	EXODONCIAS MÚLTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA, POR CUADRANTE SOD	421.414
30	231500B	COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTE RETENIDO (VENTANA QUIRÚRGICA) SOD	446.414
31	232101B	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA	46.674
32	232102B	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	75.160
33	232103B	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	57.264
34	232104B	OBTURACIÓN DENTAL	80.160
35	232200B	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD	75.160
36	232300B	COLOCACIÓN DE PIN MILIMÉTRICO SOD	59.863
37	232401B	RECONSTRUCCIÓN DE ÁNGULO INCISAL	163.216
38	232402B	RECONSTRUCCIÓN TERCIO INCISAL	312.172
39	232403B	RECONSTRUCCIÓN DENTAL	349.672
40	234101B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES)	152.807
41	234102B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)	152.807
42	234103B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN FORMA PLÁSTICA	127.807
43	234105B	INSERCIÓN O APLICACIÓN DE CORONA	1.035.466
44	234201B	COLOCACIÓN O INSERCIÓN DE PRÓTESIS FIJA CADA UNIDAD (PILAR Y PÓNTICOS)	539.038
45	234202B	RECONSTRUCCIÓN DE MUÑONES	369.186
46	234204B	REPARACIÓN DE PRÓTESIS FIJA	541.280
47	234301B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) MUCOSOPORTADA	886.920
48	234302B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) DENTOMUCOSOPORTADA O IMPLANTOSOPORTADA	886.920
49	234303B	REPARACIÓN DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL	394.186
50	234401B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL MEDIO CASO SUPERIOR O INFERIOR	1.254.652
51	234402B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL SUPERIOR E INFERIOR	2.137.212
52	235100B	REIMPLANTE DE DIENTE SOD	578.872
53	235200B	TRASPLANTE DE DIENTE (INTENCIONAL) SOD	278.790
54	236100B	IMPLANTE ALOPLÁSTICO CERÁMICO SOD	236.550
55	236200B	IMPLANTE ALOPLÁSTICO METÁLICO SOD	236.550
56	236300B	IMPLANTE DENTAL ALOPLÁSTICO (OSEOINTEGRACIÓN) SOD	499.650
57	237102B	PULPOTOMÍA	138.256
58	237301B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	189.145
59	237302B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	398.449
60	237303B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	666.297
61	237304B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	107.219
62	237305B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	119.719
63	237401B	CURETAJE APICAL CON APICECTOMÍA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGÍA PERIRRADICULAR)	432.413
64	237501B	PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN RESORCION RADICULAR (INTERNA Y EXTERNA)	691.297
65	237502B	PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS EN FRACTURAS RADICULARES	641.297
66	237601B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR TREPANACIÓN Y DRENAJE	561.297
67	237602B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR INCISIÓN	561.297

68	237603B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA	561.297
69	237701B	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR) ÚNICA	235.482
70	237702B	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR) MÚLTIPLE	235.482
71	237703B	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR)	235.482
72	237800B	HEMISECCIÓN DEL DIENTE SOD	235.482
73	237901B	BLANQUEAMIENTO DE DIENTE (INTRÍNSECO) POR CAUSAS ENDODÓNTICAS	339.186
74	237902B	EXPLORACIÓN Y MOVILIZACIÓN DE NERVIO DENTARIO INFERIOR	427.880
75	240200B	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	165.179
76	240300B	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD	194.887
77	240400B	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIODONTAL (CERRADO CON ALISADO RADICULAR) SOD	219.887
78	241101B	BIOPSIA INCISIONAL DE ENCÍA	231.196
79	241102B	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA CON CIERRE PRIMARIO	231.196
80	241103B	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA Y RECUBRIMIENTO CON COLGAJO O INJERTO	231.196
81	241104B	BIOPSIA DE ENCÍA	231.196
82	241200B	BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR SOD	166.554
83	242101B	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)	198.130
84	242102B	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE	198.130
85	242103B	PLASTIA MUCOGINGIVAL	198.130
86	242201B	CURETAJE A CAMPO ABIERTO	235.482
87	242202B	CIRUGÍA A COLGAJO CON RESECCIÓN RADICULAR (AMPUTACIÓN, HEMISECCIÓN)	236.550
88	242204B	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (SIN MATERIAL)	603.442
89	242205B	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (CON MATERIAL)	1.206.883
90	242300B	PLASTIAS PREPROTÉSICAS (AUMENTO DE CORONA CLÍNICA) SOD	236.550
91	242400B	REPARACIÓN O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS, MEMBRANAS) SOD	301.721
92	243101B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS	277.583
93	243102B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS	388.617
94	243103B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS	444.133
95	243104B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS	499.650
96	243105B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCIÓN DE ESTRUCTURAS VECINAS U ÓSEAS	758.325
97	243106B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO	1.550.845
98	243107B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO PEDICULADO	1.695.671
99	243108B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO PEDICULADO	1.914.921
100	243109B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO LIBRE	2.433.881
101	243110B	RESECCIÓN DE LESIÓN DE ENCÍA	277.583
102	243201B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MENOR DE TRES CENTÍMETROS	182.387
103	243202B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MAYOR DE TRES CENTÍMETROS	210.482
104	243203B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA	210.482
105	243301B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA INTRAORAL	409.185
106	243302B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA EXTRAORAL	490.380
107	243303B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE	490.380
108	243400B	GINGIVECTOMIA SOD	222.982
109	243501B	CUÑA DISTAL	198.130
110	243502B	OPERCULECTOMÍA	236.550
111	244101B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO HASTA DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	388.617
112	244102B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	499.650
113	244103B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO	499.650
114	244104B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA CON INJERTO ÓSEO LIBRE	499.650
115	244105B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO PEDICULADO	499.650
116	244106B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO LIBRE	499.650
117	244107B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA	499.650
118	244108B	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO	277.583
119	244109B	RESECCIÓN DE LESIÓN ODONTOGÉNICA SOD	499.650
120	245100B	REGULARIZACIÓN DE REBORDES SOD	225.486
121	245200B	ALVEOLECTOMÍA SOD	497.638
122	247401B	FERULIZACIÓN RÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	157.096
123	247402B	FERULIZACIÓN SEMIRÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	106.005
124	247403B	FERULIZACIÓN	157.096
125	248100B	CIERRE DE DIASTEMA (ALVEOLAR, DENTAL) SOD	388.617
126	248200B	AJUSTAMIENTO OCLUSAL SOD	104.329
127	249100B	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRÚRGICA SOD	121.694
128	274101B	FRENILLECTOMIA LABIAL VÍA ABIERTA	148.849
129	760902B	DECORTICACIÓN O CURETAJE ÓSEO EN HUESO FACIAL	444.133
130	870101B	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA)	124.309
131	870112B	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	59.225
132	870113B	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	59.225
133	870114B	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MAXILARES, SUPERIOR E INFERIOR [ORTOPANTOMOGRAFÍA]	59.225
134	870131B	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]	62.725

135	870440B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES OCLUSALES	34.154
136	870450B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS	21.770
137	870451B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	21.770
138	870452B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	21.770
139	870453B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	21.770
140	870454B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	21.770
141	870455B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	21.770
142	870456B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO	197.093
143	870460B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES CORONALES	21.770
144	763101B	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL	2.910.271
145	763102B	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, SEGMENTARIA	2.406.665
146	763103B	HEMIMANDIBULECTOMÍA SIN DESARTICULACIÓN	5.348.144
147	763104B	HEMIMANDIBULECTOMÍA CON DESARTICULACIÓN	8.423.328
148	764101B	MANDIBULECTOMÍA TOTAL CON RECONSTRUCCIÓN ÓSEA	7.754.809
149	764201B	MANDIBULECTOMÍA TOTAL SIN RECONSTRUCCIÓN ÓSEA	6.417.774
150	762105B	ELIMINACIÓN DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR	601.666
151	766402B	CORTICOTOMIA MANDIBULAR	1.002.777
152	270101B	INCISIÓN Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	314.850
153	270102B	INCISIÓN Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	545.268
154	270103B	INCISIÓN Y DRENAJE EN CAVIDAD BUCAL	557.768
155	767302B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION	3.342.590
156	767402B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERNA	4.011.109
157	767403B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERNA	6.016.663
158	767404B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERNA	8.022.217
159	767201B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO CON FIJACION INTERNA	4.679.626
160	767701B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON FIJACION	1.604.444
161	767802B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACION	1.337.036
162	767602B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	4.011.109
163	767603B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	4.011.109
164	767502B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	1.337.036
165	767503B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	1.738.147
166	275303B	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL	521.444
167	764302B	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO	5.291.045
168	768110B	INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO POR REBORDE ALVEOLAR	2.645.523

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

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	POLICÍANACIONAL
CERTIFICADO ORIGEN LÍCITO DE RECURSOS	

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 DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, APOYOS DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACIÓN ORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIAL NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8**

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 DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, APOYOS DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACIÓN ORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIAL NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8.**

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

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
CARTA DE SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS	

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 DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, APOYOS DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACIÓN ORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIAL NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8**

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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, APOYOS DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACIÓN ORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIAL NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8.**

_____
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.

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 nacional del proceso de Mínima Cuantía , Número PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC _____ 2024 cuyo objeto es: **LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, APOYOS DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACIÓN ORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIAL NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8**

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

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

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

Cláusula primera. Compromisos asumidos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El proponente:

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

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – 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 DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, APOYOS DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACIÓN ORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIAL NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8**

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 DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, APOYOS DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACIÓN ORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIAL NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8.**

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 expedicion, 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
CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES PARAFISCALES	

Ciudad, seleccionar la fecha

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

PERSONA JURÍDICA

Referencia: cumplimiento de obligaciones parafiscales del proceso de Mínima Cuantía , Número PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC _____ 2024 cuyo objeto es: **LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, APOYOS DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACIÓN ORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIAL NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8**

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: _____

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

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

PERSONA NATURAL

Referencia: cumplimiento de obligaciones parafiscales del proceso de Mínima Cuantía , Número PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC _____ 2024 cuyo objeto es: **LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, APOYOS DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACIÓN ORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIAL NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8**

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: **LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, APOYOS DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACIÓN ORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIAL NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8**, 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 DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, APOYOS DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACIÓN ORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIAL NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8**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 DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, APOYOS DIAGNÓSTICOS, LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, APOYOS DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACIÓN ORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIAL NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8**

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

ELABORACION DE ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATOS	POLICÍA NACIONAL
FORMULARIO CERTIFICACIÓN DE CAPACIDAD OPERACIONAL	

Ciudad, seleccionar la fecha

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

Referencia: certificado de la capacidad operacional del proceso de Mínima Cuantía , Número PN RASES 8 UPRES GUAJIRA MIC _____ 2024 cuyo objeto es: **LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, APOYOS DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACIÓN ORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIAL NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8.**

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. 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.

21. 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.

22. 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.

23. 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.

24. 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.

25. 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.

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

27. 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 contratados.

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

29. 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.

30. 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.

31. 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.

32. **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.

33. 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.

34. 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.

35. **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.

36. 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.

37. **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.

38. **SEGURIDAD DEL PACIENTE:**

El proponente debe garantizar el reporte de los eventos adversos presentados en la IPS de 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.

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 DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, APOYOS DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACIÓN ORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIAL NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8**

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

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

Riohacha D.E.T y C, 23 de julio del 2024

Señores:
OFERENTES
Que cumplan con el objeto contractual

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 ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA, *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 DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, APOYOS DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACIÓN ORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIAL NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.**
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.

ÍTEM	CÓDIGO	SERVICIO	VALOR A OFERTAR
1	890203B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL Incluye: ANAMNESIS, EXAMEN ORAL Y ELABORACIÓN DEL ODONTOGRAMA O CARTA ODONTOLÓGICA, PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA, ELABORACIÓN DE UN PLAN DE TRATAMIENTO, REMISIÓN AL ESPECIALISTA Excluye: PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE OPERATORIA, CIRUGÍA, ENDODONCIA, EXODONCIA (23.), PROFILAXIS Y DE APLICACIÓN DE SUSTANCIAS PREVENTIVAS (99.7.)	
2	890217B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL	
3	890218B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	
4	890219B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	
5	890220B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA	
6	890221B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	
7	890222B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	
8	890223B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	
9	890224B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL	
10	890317B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL	
11	890318B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	
12	890319B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	
13	890320B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA	
14	890321B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	
15	890322B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	
16	890323B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	
17	890324B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL	
18	230101B	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	
19	230102B	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	

ÍTEM	CÓDIGO	SERVICIO	VALOR A OFERTAR
20	230103B	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES	
21	230201B	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	
22	230202B	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	
23	230203B	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	
24	231100B	EXODONCIA QUIRÚRGICA UNIRRADICULAR SOD	
25	231200B	EXODONCIA QUIRÚRGICA MULTIRRADICULAR SOD	
26	231301B	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	
27	231302B	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE EXTRAORAL	
28	231303B	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	
29	231400B	EXODONCIAS MÚLTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA, POR CUADRANTE SOD	
30	231500B	COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTE RETENIDO (VENTANA QUIRÚRGICA) SOD	
31	232101B	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA	
32	232102B	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	
33	232103B	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	
34	232104B	OBTURACIÓN DENTAL	
35	232200B	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD	
36	232300B	COLOCACIÓN DE PIN MILIMÉTRICO SOD	
37	232401B	RECONSTRUCCIÓN DE ÁNGULO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO	
38	232402B	RECONSTRUCCIÓN TERCIO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO	
39	232403B	RECONSTRUCCIÓN DENTAL	
40	233100B	RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN METÁLICA SOD	
41	233200B	RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN NO METÁLICA SOD	
42	234101B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES)	
43	234102B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)	
44	234103B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN FORMA PLÁSTICA	
45	234104B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA ACRÍLICA TERMOCURADA	
46	234105B	INSERCIÓN O APLICACIÓN DE CORONA	
47	234201B	COLOCACIÓN O INSERCIÓN DE PRÓTESIS FIJA CADA UNIDAD (PILAR Y PÓNTICOS)	
48	234202B	RECONSTRUCCIÓN DE MUÑONES	
49	234203B	PATRÓN DE NÚCLEO	
50	234204B	REPARACIÓN DE PRÓTESIS FIJA	
51	234301B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) MUCOSOPORTADA	
52	234302B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) DENTOMUCOSOPORTADA	
53	234303B	REPARACIÓN DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL	
54	234401B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL MEDIO CASO SUPERIOR O INFERIOR Incluye: PRÓTESIS	
55	234402B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL SUPERIOR E INFERIOR Incluye: PRÓTESIS	
56	235100B	REIMPLANTE DE DIENTE SOD	
57	235200B	TRASPLANTE DE DIENTE (INTENCIONAL) SOD	
58	236100B	IMPLANTE ALOPLÁSTICO CERÁMICO SOD	
59	236200B	IMPLANTE ALOPLÁSTICO METÁLICO SOD	
60	236300B	IMPLANTE DENTAL ALOPLÁSTICO (ÓSEOINTEGRACIÓN) SOD	
61	237101B	PULPOTOMÍA CON PULPECTOMIA	
62	237102B	PULPOTOMÍA	
63	237200B	APEXIFICACIÓN (INDUCCIÓN DE APEXOGÉNESIS) SOD	
64	237301B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	
65	237302B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	
66	237303B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	
67	237304B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	
68	237305B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	
69	237306B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR	
70	237401B	CURETAJE APICAL CON APICECTOMÍA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGÍA PERIRRADICULAR)	
71	237501B	PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN RESORCION RADICULAR (INTERNA Y EXTERNA)	
72	237502B	PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS EN FRACTURAS RADICULARES	
73	237601B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR TREPANACIÓN Y DRENAJE	

ÍTEM	CÓDIGO	SERVICIO	VALOR A OFERTAR
74	237602B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR INCISIÓN	
75	237603B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA	
76	237701B	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR) ÚNICA	
77	237702B	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR) MÚLTIPLE	
78	237703B	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR)	
79	237800B	HEMISECCIÓN DEL DIENTE SOD	
80	237901B	BLANQUEAMIENTO DE DIENTE (INTRÍNSECO) POR CAUSAS ENDODÓNTICAS	
81	237902B	EXPLORACIÓN Y MOVILIZACIÓN DE NERVIO DENTARIO INFERIOR	
82	240200B	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	
83	240300B	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD	
84	240400B	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIODONTAL (CERRADO CON ALISADO RADICULAR) SOD	
85	241101B	BIOPSIA INCISIONAL DE ENCÍA	
86	241102B	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA CON CIERRE PRIMARIO	
87	241103B	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA Y RECUBRIMIENTO CON COLGAJO O INJERTO	
88	241104B	BIOPSIA DE ENCÍA	
89	241200B	BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR SOD	
90	242101B	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)	
91	242102B	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE	
92	242103B	PLASTIA MUCOGINGIVAL	
93	242201B	CURETAJE A CAMPO ABIERTO	
94	242202B	CIRUGÍA A COLGAJO CON RESECCIÓN RADICULAR (AMPUTACIÓN, HEMISECCIÓN)	
95	242204B	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (SIN MATERIAL)	
96	242205B	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (CON MATERIAL)	
97	242300B	PLASTIAS PREPROTÉSICAS (AUMENTO DE CORONA CLÍNICA) SOD	
98	242400B	REPARACIÓN O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS, MEMBRANAS) SOD	
99	243101B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS	
100	243102B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS	
101	243103B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS	
102	243104B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS	
103	243105B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCIÓN DE ESTRUCTURAS VECINAS U ÓSEAS	
104	243106B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO	
105	243107B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO PEDICULADO	
106	243108B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO PEDICULADO	
107	243109B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCION CON PLACA Y COLGAJO LIBRE	
108	243110B	RESECCIÓN DE LESIÓN DE ENCÍA	
109	243201B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MENOR DE TRES CENTÍMETROS	
110	243202B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MAYOR DE TRES CENTÍMETROS	
111	243203B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA	
112	243301B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA INTRAORAL	
113	243302B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA EXTRAORAL	
114	243303B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE	
115	243400B	GINGIVECTOMIA SOD	
116	243501B	CUÑA DISTAL	
117	243502B	OPERCULECTOMÍA	
118	244101B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO HASTA DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	
119	244102B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	
120	244103B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO	
121	244104B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA CON INJERTO ÓSEO LIBRE	
122	244105B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO PEDICULADO	
123	244106B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO LIBRE	
124	244107B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA	

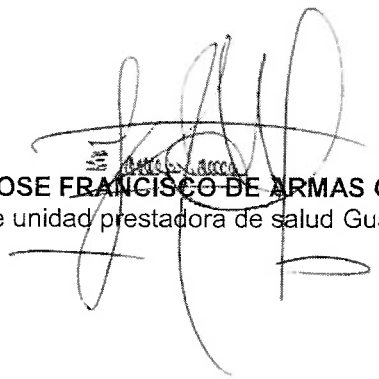
ÍTEM	CÓDIGO	SERVICIO	VALOR A OFERTAR
125	244108B	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO	
126	244109B	RESECCIÓN DE LESIÓN ODONTOGÉNICA SOD	
127	245100B	REGULARIZACIÓN DE REBORDES SOD	
128	245200B	ALVEOLECTOMÍA SOD	
129	247401B	FERULIZACIÓN RÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	
130	247402B	FERULIZACIÓN SEMIRÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	
131	247403B	FERULIZACIÓN	
132	248100B	CIERRE DE DIASTEMA (ALVEOLAR, DENTAL) SOD	
133	248200B	AJUSTAMIENTO OCLUSAL SOD	
134	249100B	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRÚRGICA SOD	
135	274101B	FRENILLECTOMIA LABIAL VÍA ABIERTA	
136	760902B	DECORTICACIÓN O CURETAJE ÓSEO EN HUESO FACIAL	
137	870101B	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA) Incluye: CON CEFALOSTATO	
138	870112B	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	
139	870113B	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	
140	870114B	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MAXILARES, SUPERIOR E INFERIOR [ORTOPANTOMOGRAFÍA]	
141	870131B	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]	
142	870440B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES OCLUSALES	
143	870450B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS	
144	870451B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	
145	870452B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	
146	870453B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	
147	870454B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	
148	870455B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	
149	870456B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO	
150	870460B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES CORONALES	
151	763101B	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL	
152	763102B	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, SEGMENTARIA	
153	763103B	HEMIMANDIBULECTOMÍA SIN DESARTICULACIÓN	
154	763104B	HEMIMANDIBULECTOMÍA CON DESARTICULACIÓN	
155	764101B	MANDIBULECTOMÍA TOTAL CON RECONSTRUCCIÓN ÓSEA	
156	764201B	MANDIBULECTOMÍA TOTAL SIN RECONSTRUCCIÓN ÓSEA	
157	762105B	ELIMINACIÓN DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR	
158	766402B	CORTICOTOMIA MANDIBULAR	
159	270101B	INCISIÓN Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	
160	270102B	INCISIÓN Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	
161	270103B	INCISIÓN Y DRENAJE EN CAVIDAD BUCAL	
162	767302B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION	
163	767402B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERNA	
164	767403B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERNA	
165	767404B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERNA	
166	767201B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO CON FIJACION INTERNA	
167	767701B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON FIJACION	
168	767802B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACION	
169	767602B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	
170	767603B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	
171	767502B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	
172	767503B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	
173	275303B	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL	
174	764302B	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO	
175	768110B	INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO POR REBORDE ALVEOLAR	

<table>
<tr><th rowspan="2">ITEM</th><th rowspan="2">DESCRIPCIÓN TÉCNICA</th><th colspan="2">OFERTA</th></tr>
<tr><th>SI</th><th>NO</th></tr>
<tr><td>1</td><td>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.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td>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.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>3</td><td>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.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>4</td><td>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.</td><td></td><td></td></tr>
<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: _____
Teléfonos: _____
Correo electrónico: _____</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>6</td><td>OPORTUNIDAD PARA LA ATENCIÓN
<table>
<tr><th>SERVICIO</th><th>ASPECTOS A EVALUAR</th><th>RANGO</th><th>MARCAR</th></tr>
<tr><td rowspan="3">AMBULATORIA</td><td>ATENCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS AMBULATORIOS ENVIADOS POR LA UPRES GUAJIRA O IPS</td><td>3 A 5 DIAS</td><td></td></tr>
<tr><td>AYUDAS DIAGNOSTICAS</td><td>MENOS DE 3 DIA</td><td></td></tr>
<tr><td>OPORTUNIDAD DE CONSULTA GENERAL Y ESPECIALIZADA AMBULATORIA</td><td>5 A 8 DIAS</td><td></td></tr>
</table></td><td></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><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><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><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><td></td></tr>
</table>

11	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.	
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.	

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)

Fecha de elaboración: 23/07/2024

INFORMACIÓN PÚBLICA

SOLICITUD COTIZACIÓN - PROXIMO- CONTRATO ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA

Responder Reenviar

MO Microsoft Outlook
Se completó la entrega a estos destinatarios o grupos, pero el servidor de destino no envió información de notificación... Mar 02/07/2024 16:00

DU DEGUA UPRES-PLANEACION
Para: gerenciaodontscenter@gmail.com
Responder Responder a todos Reenviar
Mar 02/07/2024 16:30

Reenvió este mensaje el Vie 12/07/2024 18:30.

SOLICITUD COTIZACION OD...
506 KB

Señores
ODONTS CENTER

Dios y Patria buenas tardes, siguiendo instrucciones del señor Intendente JOSE MARIO MURGAS RIVADENEIRA respetuosamente me permito solicitar amablemente a su entidad cotizaciones para el próximo contrato de Odontología Especializada pendiente a realizarse en la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 con desarrollo del objeto contractual en la ciudad de Riohacha- Guajira.

Es de anotar que se debe diligenciar el valor a ofrecer por cada cubs de los servicios de salud relacionados en el archivo adjunto, así mismo se informa que la cotización deberá ser enviada con firma del Representante Legal.

La anterior cotización se deberá enviar con **PLAZO 5 DE JULIO 2024**, con el fin de ser aportada en el proceso de contratación mencionado.

DU DEGUA UPRES-PLANEACION
Para: vitaliaodontologia@gmail.com
Responder Responder a todos Reenviar
Lun 22/07/2024 19:19

SOLICITUD COTIZACION OD...
154 KB

Dios y Patria buenas noches, siguiendo instrucciones del señor Intendente JOSE MARIO MURGAS RIVADENEIRA, jefe de la unidad Prestadora de Salud Guajira, respetuosamente me permito solicitar amablemente a su entidad cotizaciones para el próximo contrato de Odontología Especializada pendiente a realizarse en la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 con desarrollo del objeto contractual en la ciudad de Riohacha- Guajira.

Es de anotar que se debe diligenciar el valor a ofrecer por cada cubs de los servicios de salud relacionados en el archivo adjunto, así mismo se informa que la cotización deberá ser enviada con firma del Representante Legal.

La anterior cotización se deberá enviar con **PLAZO 23 DE JULIO 2024**, con el fin de ser aportada en el proceso de contratación mencionado

Nota : diligenciar los valores a ofertar en el cuadro anexo.

Cualquier informacion adicional comunicarse al 3012911647

Imprimir Cerrar

solicitud de cotización servicios de odontología especializada

AISAR JOSE DIAZ DE LA HOZ <aisar.diaz@correo.policia.gov.co>
Mar 23/07/2024 9:00 AM
Para: odonthos2012@hotmail.com <odonthos2012@hotmail.com>

1 archivos adjuntos (258 KB)
SOLICITUD COTIZACION ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA 2.pdf

de manera atenta y respetuosa me permito solicitar cotización para los servicios de odontología especializada para los usuarios de la Policía Nacional en la ciudad de Riohacha.

ODONT´S CENTER IPS
ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA

Riohacha D.E.T y C, 05 de julio del 2024

Señores:
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA

Asunto: 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 ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA, 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 presentar cotización de acuerdo a su solicitud:

ÍTEM	CÓDIGO	SERVICIO	VALOR A OFERTAR
1	890203B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL Incluye: ANAMNESIS, EXAMEN ORAL Y ELABORACIÓN DEL ODONTOGRAMA O CARTA ODONTOLÓGICA, PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA, ELABORACIÓN DE UN PLAN DE TRATAMIENTO, REMISIÓN AL ESPECIALISTA Excluye: PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE OPERATORIA, CIRUGÍA, ENDODONCIA, EXODONCIA (23.), PROFILAXIS Y DE APLICACIÓN DE SUSTANCIAS PREVENTIVAS (99.7.)	$ 84.108
2	890217B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL	$ 84.108
3	890218B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	$ 84.108
4	890219B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	$ 84.108
5	890220B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA	$ 84.108
6	890221B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	$ 84.108
7	890222B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	$ 84.108
8	890223B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	$ 84.108
9	890224B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL	$ 84.108
10	890317B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL	$ 84.108
11	890318B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	$ 84.108
12	890319B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	$ 84.108
13	890320B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA	$ 84.108
14	890321B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	$ 84.108
15	890322B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	$ 84.108
16	890323B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	$ 84.108
17	890324B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL	$ 84.108
18	230101B	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	$ 45.405
19	230102B	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	$ 55.568
20	230103B	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES	$ 55.568
21	230201B	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	$ 25.730
22	230202B	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	$ 25.730
23	230203B	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	$ 25.730
24	231100B	EXODONCIA QUIRÚRGICA UNIRRADICULAR SOD	$ 126.486

ODONT´S CENTER IPS
ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA

ÍTEM	CÓDIGO	SERVICIO	VALOR A OFERTAR
25	231200B	EXODONCIA QUIRÚRGICA MULTIRRADICULAR SOD	$ 210.162
26	231301B	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	$ 564.324
27	231302B	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE EXTRAORAL	$ 564.324
28	231303B	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	$ 564.324
29	231400B	EXODONCIAS MÚLTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA, POR CUADRANTE SOD	$ 564.324
30	231500B	COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTE RETENIDO (VENTANA QUIRÚRGICA) SOD	$ 564.324
31	232101B	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA	$ 46.559
32	232102B	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	$ 81.081
33	232103B	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	$ 54.775
34	232104B	OBTURACIÓN DENTAL	$ 81.081
35	232200B	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD	$ 81.081
36	232300B	COLOCACIÓN DE PIN MILIMÉTRICO SOD	$ 58.595
37	232401B	RECONSTRUCCIÓN DE ÁNGULO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO	$ 184.793
38	232402B	RECONSTRUCCIÓN TERCIO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO	$ 403.747
39	232403B	RECONSTRUCCIÓN DENTAL	$ 403.747
40	233100B	RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN METÁLICA SOD	$ 810.810
41	233200B	RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN NO METÁLICA SOD	$ 1.261.260
42	234101B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES)	$ 77.622
43	234102B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)	$ 77.622
44	234103B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN FORMA PLÁSTICA	$ 77.622
45	234104B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA ACRÍLICA TERMOCURADA	$ 355.027
46	234105B	INSERCIÓN O APLICACIÓN DE CORONA	$ 1.081.080
47	234201B	COLOCACIÓN O INSERCIÓN DE PRÓTESIS FIJA CADA UNIDAD (PILAR Y PÓNTICOS)	$ 424.864
48	234202B	RECONSTRUCCIÓN DE MUÑONES	$ 432.432
49	234203B	PATRÓN DE NÚCLEO	$ 173.189
50	234204B	REPARACIÓN DE PRÓTESIS FIJA	$ 648.648
51	234301B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) MUCOSOPORTADA	$ 972.972
52	234302B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) DENTOMUCOSOPORTADA	$ 972.972
53	234303B	REPARACIÓN DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL	$ 432.432
54	234401B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL MEDIO CASO SUPERIOR O INFERIOR Incluye: PRÓTESIS	$ 1.513.512
55	234402B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL SUPERIOR E INFERIOR Incluye: PRÓTESIS	$ 2.810.808
56	235100B	REIMPLANTE DE DIENTE SOD	$ 299.675
57	235200B	TRASPLANTE DE DIENTE (INTENCIONAL) SOD	$ 299.675
58	236100B	IMPLANTE ALOPLÁSTICO CERÁMICO SOD	$ 254.270
59	236200B	IMPLANTE ALOPLÁSTICO METÁLICO SOD	$ 254.270
60	236300B	IMPLANTE DENTAL ALOPLÁSTICO (ÓSEOINTEGRACIÓN) SOD	$ 537.081
61	237101B	PULPOTOMÍA CON PULPECTOMIA	$ 129.730
62	237102B	PULPOTOMÍA	$ 129.730
63	237200B	APEXIFICACIÓN (INDUCCIÓN DE APEXOGÉNESIS) SOD	$ 864.864
64	237301B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	$ 167.784
65	237302B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	$ 420.324
66	237303B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 758.918

ÍTEM	CÓDIGO	SERVICIO	VALOR A OFERTAR
67	237304B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	$ 84.108
68	237305B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	$ 84.108
69	237306B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR	$ 758.918
70	237401B	CURETAJE APICAL CON APICECTOMÍA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGÍA PERIRRADICULAR)	$ 378.378
71	237501B	PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN RESORCION RADICULAR (INTERNA Y EXTERNA)	$ 758.918
72	237502B	PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS EN FRACTURAS RADICULARES	$ 758.918
73	237601B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR TREPANACIÓN Y DRENAJE	$ 758.918
74	237602B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR INCISIÓN	$ 758.918
75	237603B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA	$ 758.918
76	237701B	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR) ÚNICA	$ 254.270
77	237702B	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR) MÚLTIPLE	$ 254.270
78	237703B	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR)	$ 254.270
79	237800B	HEMISECCIÓN DEL DIENTE SOD	$ 254.270
80	237901B	BLANQUEAMIENTO DE DIENTE (INTRÍNSECO) POR CAUSAS ENDODÓNTICAS	$ 432.432
81	237902B	EXPLORACIÓN Y MOVILIZACIÓN DE NERVIO DENTARIO INFERIOR	$ 537.081
82	240200B	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	$ 198.703
83	240300B	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD	$ 212.973
84	240400B	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIODONTAL (CERRADO CON ALISADO RADICULAR) SOD	$ 212.973
85	241101B	BIOPSIA INCISIONAL DE ENCÍA	$ 119.351
86	241102B	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA CON CIERRE PRIMARIO	$ 119.351
87	241103B	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA Y RECUBRIMIENTO CON COLGAJO O INJERTO	$ 119.351
88	241104B	BIOPSIA DE ENCÍA	$ 119.351
89	241200B	BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR SOD	$ 179.031
90	242101B	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)	$ 212.973
91	242102B	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE	$ 212.973
92	242103B	PLASTIA MUCOGINGIVAL	$ 212.973
93	242201B	CURETAJE A CAMPO ABIERTO	$ 254.270
94	242202B	CIRUGÍA A COLGAJO CON RESECCIÓN RADICULAR (AMPUTACIÓN, HEMISECCIÓN)	$ 254.270
95	242204B	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (SIN MATERIAL)	$ 648.648
96	242205B	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (CON MATERIAL)	$ 1.297.296
97	242300B	PLASTIAS PREPROTÉSICAS (AUMENTO DE CORONA CLÍNICA) SOD	$ 254.270
98	242400B	REPARACIÓN O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS, MEMBRANAS) SOD	$ 324.324
99	243101B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS	$ 298.378
100	243102B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS	$ 417.729
101	243103B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS	$ 477.405
102	243104B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS	$ 537.081
103	243105B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCIÓN DE ESTRUCTURAS VECINAS U ÓSEAS	$ 815.134
104	243106B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO	$ 1.667.025
105	243107B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO PEDICULADO	$ 1.822.701
106	243108B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO PEDICULADO	$ 2.058.376
107	243109B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO LIBRE	$ 2.616.214

ODONT´S CENTER IPS
ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA

ÍTEM	CÓDIGO	SERVICIO	VALOR A OFERTAR
108	243110B	RESECCIÓN DE LESIÓN DE ENCÍA	$ 298.378
109	243201B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MENOR DE TRES CENTÍMETROS	$ 212.973
110	243202B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MAYOR DE TRES CENTÍMETROS	$ 254.270
111	243203B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA	$ 254.270
112	243301B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA INTRAORAL	$ 417.729
113	243302B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA EXTRAORAL	$ 537.081
114	243303B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE	$ 537.081
115	243400B	GINGIVECTOMIA SOD	$ 254.270
116	243501B	CUÑA DISTAL	$ 212.973
117	243502B	OPERCULECTOMÍA	$ 254.270
118	244101B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO HASTA DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	$ 417.729
119	244102B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	$ 537.081
120	244103B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGENICO	$ 537.081
121	244104B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA CON INJERTO ÓSEO LIBRE	$ 537.081
122	244105B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO PEDICULADO	$ 537.081
123	244106B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO LIBRE	$ 537.081
124	244107B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA	$ 537.081
125	244108B	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO	$ 298.378
126	244109B	RESECCIÓN DE LESIÓN ODONTOGÉNICA SOD	$ 537.081
127	245100B	REGULARIZACIÓN DE REBORDES SOD	$ 242.378
128	245200B	ALVEOLECTOMÍA SOD	$ 534.918
129	247401B	FERULIZACIÓN RÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	$ 168.865
130	247402B	FERULIZACIÓN SEMIRÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	$ 113.946
131	247403B	FERULIZACIÓN	$ 168.865
132	248100B	CIERRE DE DIASTEMA (ALVEOLAR, DENTAL) SOD	$ 417.729
133	248200B	AJUSTAMIENTO OCLUSAL SOD	$ 112.144
134	249100B	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRÚRGICA SOD	$ 130.811
135	274101B	FRENILLECTOMIA LABIAL VÍA ABIERTA	$ 160.000
136	760902B	DECORTICACIÓN O CURETAJE ÓSEO EN HUESO FACIAL	$ 477.405
137	870101B	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA) Incluye: CON CEFALOSTATO	$ 133.621
138	870112B	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	$ 77.501
139	870113B	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	$ 77.501
140	870114B	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MAXILARES, SUPERIOR E INFERIOR [ORTOPANTOMOGRAFÍA]	$ 77.501
141	870131B	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]	$ 77.501
142	870440B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES OCLUSALES	$ 40.649
143	870450B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS	$ 23.440
144	870451B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	$ 23.440
145	870452B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	$ 23.440
146	870453B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	$ 23.440
147	870454B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	$ 23.440
148	870455B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	$ 23.440
149	870456B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO	$ 216.216
150	870460B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES CORONALES	$ 23.440

ÍTEM	CÓDIGO	SERVICIO	VALOR A OFERTAR
151	763101B	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL	$ 3.049.200
152	763102B	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, SEGMENTARIA	$ 2.494.800
153	763103B	HEMIMANDIBULECTOMÍA SIN DESARTICULACIÓN	$ 5.544.000
154	763104B	HEMIMANDIBULECTOMÍA CON DESARTICULACIÓN	$ 8.731.800
155	764101B	MANDIBULECTOMÍA TOTAL CON RECONSTRUCCIÓN ÓSEA	$ 8.038.800
156	764201B	MANDIBULECTOMÍA TOTAL SIN RECONSTRUCCIÓN ÓSEA	$ 6.652.800
157	762105B	ELIMINACIÓN DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR	$ 623.700
158	766402B	CORTICOTOMIA MANDIBULAR	$ 1.039.500
159	270101B	INCISIÓN Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	$ 388.080
160	270102B	INCISIÓN Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	$ 693.000
161	270103B	INCISIÓN Y DRENAJE EN CAVIDAD BUCAL	$ 693.000
162	767302B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION	$ 3.465.000
163	767402B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERNA	$ 4.158.000
164	767403B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERNA	$ 6.237.000
165	767404B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERNA	$ 8.316.000
166	767201B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO CON FIJACION INTERNA	$ 4.851.000
167	767701B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON FIJACION	$ 1.663.200
168	767802B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACION	$ 1.386.000
169	767602B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	$ 4.158.000
170	767603B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	$ 4.158.000
171	767502B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	$ 1.386.000
172	767503B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	$ 1.801.800
173	275303B	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL	$ 540.540
174	764302B	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO	$ 5.544.000
175	768110B	INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO POR REBORDE ALVEOLAR	$ 2.772.000

NOMBRE DE LA ENTIDAD: ODONTS CENTER S.A.S.

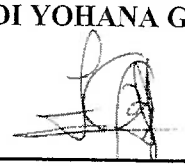
NIT: 900579595-0

CÓDIGO DE HABILITACION: 4400100857

DIRECCION: CALLE 7#12-48. RIOHACHA.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: LEYDI YOHANA GUTIERREZ PEDROZA.

C.C.: 1.082.868.312

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL: 

CORREO ELECTRONICO: gerencia@odontscenterips.com

TELEFONOS: 605 7292914-3015811622

Riohacha, 10 de julio de 2024	**DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAJIRA** ***UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA*** **SOLICITUD COTIZACIÓN**	Página **1** de **9**

Señores
CLÍNICA ODONTOLÓGICA VITALIA

La Unidad Prestadora de Salud Guajira de la Policía Nacional, con miras a adelantar un proceso de contratación, en referente a "***LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, APOYOS DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y DE REHABILITACIÓN ORAL PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIAL NACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA***", requiere solicitar cotización de los servicios antes mencionados con el fin de llevar a cabo el proceso de contratación con la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 en la ciudad de Barranquilla, cabe anotar que dichos servicios serán prestados en la ciudad de Riohacha la Guajira.

ADVERTENCIA	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.**	
OBJETO	***ADQUISICION E INSTALACION DEL SISTEMA DE ALARMA CONTRAINCENDIO CON DETECTOR DE HUMO DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA A TODO COSTO.***	
VALIDEZ DE LA COTIZACIÓN	La cotización debe estará vigente por un término máximo de 90 días y deberá ser enviada a mas tardar el día 5 de julio de 2024	
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	las especificaciones técnicas son las relacionadas en anexo No. 001 de este documento.	
CONDICIONES DE CONTRATACIÓN	**PLAZO**	El plazo del contrato que se suscribirá será informado al momento de iniciar el proceso de contratación
	OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	Las obligadas por lo ley y las acordadas en el proceso contractual que se llegare a realizar.
	FORMA DE PAGO	La Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, realizara el pago de acuerdo con la cantidad de servicios prestados en ese periodo, dentro de los cuarenta y cinco (45) días hábiles siguientes a la radicación de la respectiva factura comercial en la oficina de Radicación de cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Guajira, acompañada de la certificación del recibo a satisfacción expedido por el supervisor del contrato y constancia de paz y salvo en los aportes parafiscales – planilla de pagos y certificación del revisor fiscal y/o representante legal donde conste que se encuentran a paz y salvo de los parafiscales, los documentos deben venir foliadas - corresponde a la numeración consecutiva en el vértice superior derecho en color lapicero negro en letra legible hasta un máximo de doscientos cincuenta folios (250)- y legajadas en tamaño oficio, con ganchos plásticos, en carpetas 4 aletas de color

		blanco con capacidad de 200 folios, hoja de control debidamente diligenciada de acuerdo al formato: 1GD-FR-0007, 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) dando cumplimiento a la ley general de archivo, LEY 594 DE 2000). previo el cumplimiento de los trámites administrativos y fiscales vigentes, una vez perfeccionado el contrato y cumplidos los requisitos de Ley y conforme con los cupos de PAC autorizados por la Dirección del Tesoro Nacional, de acuerdo al derecho a turno previsto en el artículo 17 de la ley 1150 de 2.007 y la programación anual de caja PAC.
	RIESGOS DE LA CONTRATACION	Incumplimiento del contrato, la no constitución dentro del término y en la forma prevista en el contrato, o en alguno de sus modificatorios, la póliza de garantía única y/o alguno de los requisitos de legalización, incumplimiento parcial, incumplimiento total – declaratoria de caducidad, calidad del servicio y el no pago de salarios, prestaciones e indemnizaciones laborales.
	MECANISMOS DE COBERTURA DE LOS RIESGOS	Una vez adjudicado el contrato el futuro contratista deberá constituir garantía única que cubra los siguientes Riesgos:

PÓLIZA	RIESGO	COBERTURA
Póliza de cumplimiento del contrato	20% del valor total del contrato	Vigencia del contrato y 6 meses
Póliza de calidad del servicio	50% del valor total del contrato	Vigencia del contrato y 6 meses más
Póliza Pago de Salarios y Prestaciones Sociales	5% del valor total del contrato	Vigencia del contrato y 3 años más.

VALOR OFRECIDO	El valor de la cotización presentada deberá tener en cuenta todos los gastos en los que incurra por la suscripción, legalización y ejecución del contrato, como impuestos u otros. Deberá diligenciar el Anexo No. 02 de este documento con el valor a ofertar
PLAZO PARA PRESENTAR COTIZACIÓN	Se deberá enviar lo más pronto posible al correo electrónico degua.upres-pla@policia.gov.co

NOTA: estas condiciones son un ejemplo de aquellas que deberá garantizar el oferente al momento de presentar la oferta formal y durante la ejecución del futuro contrato, **no las debe adjuntar con la cotización.**

CONDICIONES TECNICAS MINIMAS

ÍTEM	DESCRIPCIÓN TÉCNICA
1	**EXPERIENCIA MÍNIMA DEL OFERENTE** Con el fin de garantizar la calidad del servicio a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, el oferente deberá acreditar una experiencia mínima, para lo cual, deberá presentar Certificaciones de contratos o copias de contratos, suscritos ejecutados ó en ejecución dentro del Territorio Nacional Colombiano, cuyo objeto sea igual al del presente proceso y cuya sumatoria supere el 50% del presupuesto asignado al presente proceso
2	**EXPERIENCIA DEL PERSONAL** Con el fin de evitar incumplimientos, posibles daños a los equipos y dar garantía del servicio brindado, las entidades deberán certificar que cuentan con el personal técnico, idóneo, capacitado y certificado por una entidad legalmente constituida y avalada por la autoridad competente para realizar los mantenimientos requeridos a los equipos tecnológicos del presente proceso; deberá adjuntar hoja de vida del personal técnico con un año de experiencia y con sus respectivas certificaciones de estudio a fines al objeto del proceso, y el personal de ingeniero con dos años de experiencia.
3	**CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA** El oferente deberá contar con capacidad operativa y administrativa (se entiende como capacidad operativa y administrativa el conjunto de elementos que interactúan de forma continua en un proceso de producción), que le permita coordinar la satisfacción y entrega de buen servicio. Para acreditar la capacidad organizacional, el proponente deberá allegar dentro de su propuesta, la indicación de la dirección y números telefónicos del domicilio principal o sucursal en la ciudad de Riohacha, destinados para la atención del servicio.
4	**HERRAMIENTAS** El proponente deberá CERTIFICAR mediante comunicado oficial con firma del representante legal que cuenta con las herramientas y/o equipos necesarios para realizar el mantenimiento.
5	**SISTEMA DE GESTIÓN Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)** El oferente deberá certificar mediante comunicado oficial con firma del representante legal y el profesional encargado según la idoneidad presentada de este último, que cumple con lo establecido en la Resolución No. 0312 del 13 de febrero de 2019. Por de la cual se definen los estándares mínimos del Sistema de Gestión y Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).
6	**DISPONIBILIDAD** El oferente deberá CERTIFICAR mediante comunicado oficial con firma del representante legal de contar con una disponibilidad los días hábiles (lunes a viernes) de 07:00 a 19:00 horas y los fines de semana y festivos de 08:00 a 17:00 horas en caso que se presente algún inconveniente con los equipos de la unidad. Una vez solicitado el servicio de mantenimiento por parte del supervisor del contrato, el contratista deberá prestar el servicio en forma inmediata, precisa y eficaz por lo menos, un término no superior a dos (02) horas e iniciar inmediatamente el respectivo mantenimiento correctivo o solución al inconveniente presentado con el equipo.
	El oferente deberá CERTIFICAR mediante comunicado oficial con firma del representante legal que se compromete a diligenciar la hoja de vida de cada equipo en los formatos institucionales

7	de la Policía Nacional, recibido a satisfacción del mantenimiento a cada funcionario y sugerencias para el buen uso del equipo asignado. Esta información debe ser entregada impresa y en medio magnético
8	El oferente deberá CERTIFICAR mediante comunicado oficial con firma del representante legal que, en caso de presentarse algún daño por negligencia, descuido o ignorancia del técnico a los equipos de la Unidad Prestadora de Salud Guajira, asumirá todos los costos que estas ocasiones, remplazando el equipo por uno igual, de las mismas características, marca y calidad, sin ningún sobre costo para la Policía Nacional – Departamento de Policía Guajira
9	**REPUESTOS** Los repuestos a instalar deben ser nuevos, genuinos de las marcas respectivas, no usados ni remanufacturados y/o repotenciados, para lo cual el oferente deberá presentar en su oferta CERTIFICACIÓN en la cual indique que los repuestos a suministrar serán nuevos y genuinos de la marca respectiva. Entendiendo como Genuino aquel que es certificado por la casa matriz.
10	El oferente deberá CERTIFICAR mediante comunicado oficial con firma del representante legal de estipular un plazo de garantía para los mantenimientos realizados de acuerdo al equipo tecnológico.
11	Los mantenimientos de los equipos deberán ser realizados en las instalaciones de la Unidad Prestadora de Salud Guajira, a menos que el daño del equipo amerite ser sacado de las instalaciones, en tal casa debe ser autorizado por el supervisor del contrato y la jefatura de la unidad.
12	La entidad oferente debe estar legalmente constituida con domicilio en la ciudad de Riohacha, donde el oferente debe presentar documentación que demuestre la legalidad y veracidad de la información plasmada acerca de la entidad, esto con el fin de evitar traumatismo en la ejecución del contrato en lo que corresponde en la agilidad de los mantenimientos requeridos y demás requerimientos. Esta condición es adicionada por los antecedentes de contratos anteriores, donde los técnicos y demás personal de mantenimiento venían de otra ciudad, presentando algunos retrasos en el servicio.
13	El oferente deberá designar en su oferta la persona enlace o supervisor, quien se encargará de resolver aquellos eventos y todos aquellos que se presentan durante la ejecución del contrato, y tendrá comunicación directa con el supervisor del contrato de la Unidad Prestadora de Salud Guajira.
14	**COMPROMISO AMBIENTAL** El oferente deberá diligenciar el FORMULARIO – COMPROMISO AMBIENTAL, donde se deberá comprometer 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.
15	Capacitaciones por parte de la empresa contratada, del manejo y cuidado de los equipos biomédicos al personal a cargo de dichos equipos.
16	**ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD** (Diligenciar formulario anexo)

ANEXO No. 2

La entidad deberá presentar su cotización bajo la modalidad de precios unitarios fijos sin fórmula de reajuste en pesos colombianos. **Es decir, NO se aceptarán costos adicionales por algún concepto ni tampoco incrementos durante la ejecución del contrato**, teniendo en cuenta los valores de referencia obtenidos en el estudio de mercado.

Para lo cual, deberá diligenciar el valor cotizado para los servicios que está en capacidad de brindarle a la Unidad durante la ejecución del futuro contrato:

ÍTEM	CÓDIGO	SERVICIO	VALOR A OFERTAR
1	890203B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL Incluye: ANAMNESIS, EXAMEN ORAL Y ELABORACIÓN DEL ODONTOGRAMA O CARTA ODONTOLÓGICA, PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA, ELABORACIÓN DE UN PLAN DE TRATAMIENTO, REMISIÓN AL ESPECIALISTA Excluye: PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE OPERATORIA, CIRUGÍA, ENDODONCIA, EXODONCIA (23.), PROFILAXIS Y DE APLICACIÓN DE SUSTANCIAS PREVENTIVAS (99.7.)	60000
2	890217B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL	80000
3	890218B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	120000
4	890219B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	120000
5	890220B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA	120000
6	890221B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	120000
7	890222B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	120000
8	890223B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	150000
9	890224B	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL	120000
10	890317B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL	80000
11	890318B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	80000
12	890319B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	80000
13	890320B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA	80000
14	890321B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	80000
15	890322B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	80000
16	890323B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	80000
17	890324B	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL	80000
18	230101B	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	100000
19	230102B	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	150000
20	230103B	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES	150000
21	230201B	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	50000
22	230202B	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	50000
23	230203B	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	50000
24	231100B	EXODONCIA QUIRÚRGICA UNIRRADICULAR SOD	120000
25	231200B	EXODONCIA QUIRÚRGICA MULTIRRADICULAR SOD	150000
26	231301B	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	250000
27	231302B	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE EXTRAORAL	250000
28	231303B	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	200000
29	231400B	EXODONCIAS MÚLTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA, POR CUADRANTE SOD	150000
30	231500B	COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTE RETENIDO (VENTANA QUIRÚRGICA) SOD	250000
31	232101B	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA	60000
32	232102B	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	80000
33	232103B	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	80000
34	232104B	OBTURACIÓN DENTAL	100000
35	232200B	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD	80000
36	232300B	COLOCACIÓN DE PIN MILIMÉTRICO SOD	80000
37	232401B	RECONSTRUCCIÓN DE ÁNGULO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO	150000
38	232402B	RECONSTRUCCIÓN TERCIO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO	150000
39	232403B	RECONSTRUCCIÓN DENTAL	300000
40	233100B	RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN METÁLICA SOD	650000
41	233200B	RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN NO METÁLICA SOD	650000
42	234101B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES)	400000

DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAJIRA

SOLICITUD COTIZACION

ÍTEM	CÓDIGO	SERVICIO	VALOR A OFERTAR
43	234102B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)	400000
44	234103B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN FORMA PLÁSTICA	300000
45	234104B	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA ACRÍLICA TERMOCURADA	300000
46	234105B	INSERCIÓN O APLICACIÓN DE CORONA	1200000
47	234201B	COLOCACIÓN O INSERCIÓN DE PRÓTESIS FIJA CADA UNIDAD (PILAR Y PÓNTICOS)	1000000
48	234202B	RECONSTRUCCIÓN DE MUÑONES	300000
49	234203B	PATRÓN DE NÚCLEO	300000
50	234204B	REPARACIÓN DE PRÓTESIS FIJA	400000
51	234301B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) MUCOSOPORTADA	900000
52	234302B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) DENTOMUCOSOPORTADA	900000
53	234303B	REPARACIÓN DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL	400000
54	234401B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL MEDIO CASO SUPERIOR O INFERIOR Incluye: PROTESIS	900000
55	234402B	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL SUPERIOR E INFERIOR Incluye: PRÓTESIS	900000
56	235100B	REIMPLANTE DE DIENTE SOD	1500000
57	235200B	TRASPLANTE DE DIENTE (INTENCIONAL) SOD	
58	236100B	IMPLANTE ALOPLÁSTICO CERÁMICO SOD	
59	236200B	IMPLANTE ALOPLÁSTICO METÁLICO SOD	
60	236300B	IMPLANTE DENTAL ALOPLÁSTICO (ÓSEOINTEGRACIÓN) SOD	
61	237101B	PULPOTOMÍA CON PULPECTOMIA	300000
62	237102B	PULPOTOMÍA	200000
63	237200B	APEXIFICACIÓN (INDUCCIÓN DE APEXOGÉNESIS) SOD	700000
64	237301B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	300000
65	237302B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	450000
66	237303B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	600000
67	237304B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	200000
68	237305B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	250000
69	237306B	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR	200000
70	237401B	CURETAJE APICAL CON APICECTOMÍA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGÍA PERIRRADICULAR)	700000
71	237501B	PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN RESORCION RADICULAR (INTERNA Y EXTERNA)	700000
72	237502B	PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS EN FRACTURAS RADICULARES	500000
73	237601B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR TREPANACIÓN Y DRENAJE	180000
74	237602B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR INCISIÓN	180000
75	237603B	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA	180000
76	237701B	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR) ÚNICA	250000
77	237702B	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR) MÚLTIPLE	250000
78	237703B	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR)	250000
79	237800B	HEMISECCIÓN DEL DIENTE SOD	250000
80	237901B	BLANQUEAMIENTO DE DIENTE (INTRÍNSECO) POR CAUSAS ENDODÓNTICAS	180000
81	237902B	EXPLORACIÓN Y MOVILIZACIÓN DE NERVIO DENTARIO INFERIOR	250000
82	240200B	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	120000
83	240300B	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD	200000
84	240400B	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIODONTAL (CERRADO CON ALISADO RADICULAR) SOD	300000
85	241101B	BIOPSIA INCISIONAL DE ENCÍA	600000
86	241102B	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA CON CIERRE PRIMARIO	600000
87	241103B	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA Y RECUBRIMIENTO CON COLGAJO O INJERTO	600000
88	241104B	BIOPSIA DE ENCÍA	600000

DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAJIRA

SOLICITUD COTIZACION

ÍTEM	CÓDIGO	SERVICIO	VALOR A OFERTAR
89	241200B	BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR SOD	
90	242101B	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)	
91	242102B	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE	
92	242103B	PLASTIA MUCOGINGIVAL	
93	242201B	CURETAJE A CAMPO ABIERTO	250000
94	242202B	CIRUGÍA A COLGAJO CON RESECCIÓN RADICULAR (AMPUTACIÓN, HEMISECCIÓN)	
95	242204B	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (SIN MATERIAL)	
96	242205B	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (CON MATERIAL)	
97	242300B	PLASTIAS PREPROTÉSICAS (AUMENTO DE CORONA CLÍNICA) SOD	
98	242400B	REPARACIÓN O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS, MEMBRANAS) SOD	
99	243101B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS	
100	243102B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS	
101	243103B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS	
102	243104B	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS	
103	243105B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCIÓN DE ESTRUCTURAS VECINAS U ÓSEAS	
104	243106B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO	
105	243107B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO PEDICULADO	
106	243108B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO PEDICULADO	
107	243109B	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO LIBRE	
108	243110B	RESECCIÓN DE LESIÓN DE ENCÍA	
109	243201B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MENOR DE TRES CENTÍMETROS	150000
110	243202B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MAYOR DE TRES CENTÍMETROS	150000
111	243203B	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA	150000
112	243301B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA INTRAORAL	500000
113	243302B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA EXTRAORAL	500000
114	243303B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE	500000
115	243400B	GINGIVECTOMIA SOD	200000
116	243501B	CUÑA DISTAL	
117	243502B	OPERCULECTOMÍA	
118	244101B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO HASTA DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	
119	244102B	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	
120	244103B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO	
121	244104B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA CON INJERTO ÓSEO LIBRE	
122	244105B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO PEDICULADO	
123	244106B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO LIBRE	
124	244107B	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA	
125	244108B	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO	
126	244109B	RESECCIÓN DE LESIÓN ODONTOGÉNICA SOD	
127	245100B	REGULARIZACIÓN DE REBORDES SOD	
128	245200B	ALVEOLECTOMÍA SOD	
129	247401B	FERULIZACIÓN RÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	
130	247402B	FERULIZACIÓN SEMIRÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	
131	247403B	FERULIZACIÓN	

DEPARTAMENTO DE POLICIA GUAJIRA

SOLICITUD COTIZACION

ÍTEM	CÓDIGO	SERVICIO	VALOR A OFERTAR
132	248100B	CIERRE DE DIASTEMA (ALVEOLAR, DENTAL) SOD	
133	248200B	AJUSTAMIENTO OCLUSAL SOD	
134	249100B	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRÚRGICA SOD	
135	274101B	FRENILLECTOMIA LABIAL VÍA ABIERTA	
136	760902B	DECORTICACIÓN O CURETAJE ÓSEO EN HUESO FACIAL	
137	870101B	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA) Incluye: CON CEFALOSTATO	
138	870112B	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	26000
139	870113B	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	26000
140	870114B	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MAXILARES, SUPERIOR E INFERIOR [ORTOPANTOMOGRAFÍA]	26000
141	870131B	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]	40000
142	870440B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES OCLUSALES	26000
143	870450B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS	
144	870451B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	
145	870452B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	
146	870453B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	
147	870454B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	
148	870455B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	
149	870456B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO	200000
150	870460B	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES CORONALES	
151	763101B	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL	
152	763102B	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, SEGMENTARIA	
153	763103B	HEMIMANDIBULECTOMÍA SIN DESARTICULACIÓN	
154	763104B	HEMIMANDIBULECTOMÍA CON DESARTICULACIÓN	
155	764101B	MANDIBULECTOMÍA TOTAL CON RECONSTRUCCIÓN ÓSEA	
156	764201B	MANDIBULECTOMÍA TOTAL SIN RECONSTRUCCIÓN ÓSEA	
157	762105B	ELIMINACIÓN DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR	
158	766402B	CORTICOTOMIA MANDIBULAR	
159	270101B	INCISIÓN Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	150000
160	270102B	INCISIÓN Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	200000
161	270103B	INCISIÓN Y DRENAJE EN CAVIDAD BUCAL	250000
162	767302B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION	
163	767402B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERNA	
164	767403B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERNA	
165	767404B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERNA	
166	767201B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO CON FIJACION INTERNA	
167	767701B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON FIJACION	
168	767802B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACION	
169	767602B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	
170	767603B	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	
171	767502B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	
172	767503B	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR CON FIJACION INTERNA	
173	275303B	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL	
174	764302B	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO	
175	768110B	INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO POR REBORDE ALVEOLAR	
VALOR TOTAL			

VITALIA ODONTOLOGIA S.A.S
NIT: 901134004
FRANCO ELIECER MARTINEZ DE LA CRUZ
REPRESENTANTE LEGAL:
C.C.: 72053025

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:
vitaliaodontologia@gmail.com
3196870617