GS-2024-019037-REGI3

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°3

Nro. GS-2024 - / RASES 3 - GRUCO 3.1

Pereira, 31 de Octubre de 2024

Mayor
SAIRA YULIETH SEPÚLVEDA FLOREZ
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud N°3
Calle 94 AV Villa Olímpica frente a Expofuturo
Pereira

Asunto: informe final y recomendación de adjudicación Proceso **PN RASES N°3 MIC 047 2024**

Respetuosamente nos permitimos informar a mi Mayor, que en el proceso **PN RASES N°3 MIC 047 2024** que tiene por objeto la **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS EN ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA,CONSULTA, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y QUIRÚRGICOS PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO N°3 EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CALDAS"** y cuyo valor procesal es **CINCUENTA Y TRES MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($53'000.000,00)** distribuidos de la siguiente manera: **VIGENCIA 2024** un valor de **OCHO MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($8'000.000,00) Y VIGENCIA 2025** un valor de **CUARENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($45'000.000,00)**

Presupuesto amparado mediante Certificado de Disponibilidad Presupuestal 60324 DEL 11/10/2024 y QUIPU 690 del 11/10/2024 para la vigencia 2024 y QUIPU 691 del 11/10/2024.

La Invitación del proceso se publicó el día 17/10/2024.

Durante el lapso de tiempo de publicación de la invitación en el Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOP II, se presentaron observaciones por parte de la IPS CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS - CONFA, las cuales fueron contestadas a través del comunicado oficial Nro GS-2024-104342-DECAL de fecha 23/10/2024..

El día (23) de octubre del presente año se realizó el cierre del proceso, presentándose el siguiente contratista así:

OFERENTE	NIT	PORCENTAJE DE DESCUENTO OFERTADO
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS - CONFA	890806490-5	2%

De acuerdo a lo anterior y las condiciones estipuladas dentro de la invitación, se procede a realizar la evaluación económica, técnica y jurídica de la entidad CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS - CONFA identificada con NIT 890806490-5.

El día 29/10/2024 se publica la evaluación así:

- Evaluación técnica mediante comunicado oficial GS-2024-105803- DECAL
- Evaluación Jurídica mediante comunicado oficial GS-2024-105840-DECAL y comunicado oficial GS-2024-106271-DECAL.
- Evaluación económica mediante comunicado oficial GS-2024-106172 DECAL

La entidad CONFA cumple con la totalidad de los requisitos estipulados en la Invitación.

Las anteriores evaluaciones se publicaron 01 día hábil (30 de Octubre 2024), plazo en que durante los oferentes o cualquier persona puede presentar las observaciones.

Durante el día 30/10/2024, a través de la plataforma SECOP II, no se evidenciaron observaciones por parte de alguna entidad.

De esta forma, se concluye el cumplimiento de la entidad así:

CONTRATISTA	NIT	VERIFICACIÓN JURÍDICA	VERIFICACIÓN TÉCNICA	VERIFICACIÓN ECONÓMICA
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS - CONFA	890806490-5	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE

De acuerdo a lo anterior y a las condiciones establecidas dentro de la invitación, la entidad CONFA identificada con NIT 890806490-5 **CUMPLE** con la totalidad de requisitos JURÍDICOS – TÉCNICOS y ECONÓMICOS.

Conforme a lo anterior y siguiendo con lo estipulado en el decreto 1082 de 2015, podemos establecer que la oferta presentada, se encuentran en condiciones del mercado y satisface las necesidades de la unidad, por lo que "RECOMENDAMOS" a mi Mayor, en su calidad de ordenador del gasto que la propuesta se encuentra en condiciones para la adjudicación del proceso de contratación **PN RASES N°3 MIC 047 2024** que tiene por objeto la **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS EN ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA,CONSULTA,PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y QUIRÚRGICOS PARA LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO N°3 EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CALDAS"** así:

- **Entidad:** CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS - CONFA
  NIT: 890806490-5
  Representante legal: **JUAN EDUARDO ZULUAGA PERNIA**
  C.C: 10.288.782
  VALOR ADJUDICADO: CINCUENTA Y TRES MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($53'000.000,00) distribuidos de la siguiente manera: **VIGENCIA 2024** un valor de **OCHO MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($8'000.000,00) Y VIGENCIA 2025** un valor de **CUARENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL VIGENTE ($45'000.000,00)**

ITEM	CODIGO CUPS	PROCEDIMIENTOS	PRECIO TECHO INCLUIDO IVA	VALOR CON DESCUENTO 2%
1	23.0.1.01	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	$ 103.125	101.063
2	23.0.1.02	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	$ 103.125	101.063
3	23.0.2.01	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	$ 72.875	71.418

4	23.0.2.02	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	$ 145.750	142.835
5	23.1.1.00	EXODONCIA QUIRÚRGICA UNIRRADICULAR SOD	$ 130.625	128.013
6	23.1.2.00	EXODONCIA QUIRÚRGICA MULTIRRADICULAR SOD	$ 215.875	211.558
7	23.1.3.01	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	$ 265.375	260.068
8	23.1.4.00	EXODONCIAS MÚLTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA, POR CUADRANTE SOD	$ 218.625	214.253
9	23.1.5.00	COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTE RETENIDO	$ 422.125	413.683
10	23.2.1.02	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	$ 114.125	111.843
11	23.2.1.03	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	$ 81.125	79.503
12	23.2.1.04	OBTURACIÓN DENTAL	$ 114.125	111.843
13	23.2.2.00	OBTURACIÓN TEMPORAL POR DIENTE SOD	$ 39.386	38.598
14	23.2.4.01	RECONSTRUCCIÓN DE ÁNGULO INCISAL	$ 284.500	278.810
15	23.2.4.02	RECONSTRUCCIÓN TERCIO INCISAL	$ 292.875	287.018
16	23.2.4.03	RECONSTRUCCIÓN DENTAL	$ 292.875	287.018
17	23.3.2.01	RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN NO METÁLICA	$ 1.265.000	1.239.700
18	23.4.1.05	INSERCIÓN O APLICACIÓN DE CORONA	$ 1.265.000	1.239.700
19	23.4.1.06	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA PROVISIONAL	$ 302.466	296.417
20	23.4.2.01	COLOCACIÓN O INSERCIÓN DE PRÓTESIS FIJA CADA UNIDAD (PILAR Y PÓNTICOS)	$ 1.026.278	1.005.752
21	23.4.2.02	RECONSTRUCCIÓN DE MUÑONES	$ 319.324	312.938
22	23.4.2.04	REPARACIÓN DE PRÓTESIS FIJA	$ 382.116	374.474
23	23.4.2.05	INSERCIÓN DE RETENEDOR INTRARRADICULAR	$ 320.306	313.900
24	23.4.3.01	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) MUCOSOPORTADA	$ 549.081	538.099
25	23.4.3.02	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) DENTOMUCOSOPORTADA O IMPLANTOSOPORTADA	$ 1.533.794	1.503.118
26	23.4.3.03	REPARACIÓN DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL	$ 382.532	374.881
27	23.4.4.01	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL MEDIO CASO SUPERIOR O INFERIOR	$ 1.006.971	986.832
28	23.4.4.02	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL SUPERIOR E INFERIOR	$ 1.649.900	1.616.902
29	23.4.4.03	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS IMPLANTOASISTIDA TOTAL MEDIO CASO SUPERIOR O INFERIOR	$ 1.753.236	Servicio no ofertado
30	23.4.4.04	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS IMPLANTOASISTIDA TOTAL SUPERIOR E INFERIOR	$ 2.671.625	2.618.193
31	23.5.1.00	REIMPLANTE DE DIENTE SOD	$ 262.375	257.128
32	23.5.2.00	TRASPLANTE DE DIENTE (INTENCIONAL) SOD	$ 262.375	257.128
33	23.6.1.00	IMPLANTE ALOPLÁSTICO CERÁMICO SOD	$ 2.737.625	2.682.873
34	23.6.2.00	IMPLANTE ALOPLÁSTICO METÁLICO SOD	$ 2.737.625	2.682.873
35	23.6.3.00	IMPLANTE DENTAL ALOPLÁSTICO (OSEOINTEGRACIÓN) SOD	$ 2.306.412	2.260.284
36	23.7.1.02	PULPOTOMÍA	$ 154.000	150.920
37	23.7.1.03	PULPECTOMÍA	$ 191.125	187.303
38	23.7.2.01	APEXIFICACIÓN (INDUCCIÓN DE APEXOGÉNESIS)	$ 238.227	Servicio no ofertado
39	23.7.2.02	REVASCULARIZACIÓN PULPAR	$ 154.000	150.920
40	23.7.2.03	RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO	$ 154.000	150.920
41	23.7.2.04	RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO	$ 154.000	150.920
42	23.7.3.01	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	$ 239.915	235.117
43	23.7.3.02	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	$ 165.376	Servicio no ofertado
44	23.7.3.03	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 199.052	Servicio no ofertado
45	23.7.3.04	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	$ 173.250	169.785
46	23.7.3.05	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	$ 225.000	220.500
47	23.7.3.07	DESOBTURACIÓN DE CONDUCTO RADICULAR	$ 371.250	363.825

48	23.7.4.01	CURETAJE APICAL CON APICECTOMIA Y OBTURACIÓN RETRÓGRADA (CIRUGÍA PERIRRADICULAR)	$ 745.224	730.320
49	23.7.5.01	PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN RESORCIÓN RADICULAR (INTERNA Y EXTERNA)	$ 1.432.944	1.404.285
50	23.7.5.02	PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS EN FRACTURAS RADICULARES	$ 1.896.125	1.858.203
51	23.7.5.03	SELLADO QUIRÚRGICO DE PERFORACIÓN ENDODÓNTICA	$ 862.125	844.883
52	23.7.5.04	SELLADO NO QUIRÚRGICO DE PERFORACIÓN ENDODÓNTICA	$ 862.125	844.883
53	23.7.5.05	REMOCIÓN DE RETENEDOR INTRARRADICULAR	$ 127.875	125.318
54	23.7.6.01	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR TREPANACIÓN Y DRENAJE	$ 70.125	68.723
55	23.7.6.02	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR INCISIÓN	$ 70.125	68.723
56	23.7.6.03	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA	$ 70.125	68.723
57	23.7.6.04	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR DESCOMPRESIÓN	$ 70.125	68.723
58	23.7.7.01	RADECTOMÍA (AMPUTACIÓN RADICULAR) UNICA	$ 518.375	508.008
59	23.7.7.02	RADECTOMÍA (AMPUTACIÓN RADICULAR) MÚLTIPLE	$ 518.375	508.008
60	23.7.7.03	RADECTOMÍA (AMPUTACIÓN RADICULAR)	$ 518.375	508.008
61	23.7.8.00	HEMISECCIÓN DEL DIENTE SOD	$ 518.375	508.008
62	23.7.9.01	BLANQUEAMIENTO DE DIENTE INTRÍNSECO	$ 278.625	273.053
63	23.7.9.02	EXPLORACIÓN Y MOVILIZACIÓN DE NERVIO DENTARIO INFERIOR	$ 899.250	881.265
64	23.7.9.03	BLANQUEAMIENTO DENTAL EXTRÍNSECO	$ 701.250	687.225
65	24.0.2.00	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	$ 161.875	158.638
66	24.0.3.00	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD	$ 279.125	273.543
67	24.0.4.00	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIODONTAL (CERRADO CON ALISADO RADICULAR) SOD	$ 86.474	84.745
68	24.1.1.01	BIOPSIA INCISIONAL DE ENCÍA	$ 112.750	110.495
69	24.1.1.02	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA CON CIERRE PRIMARIO	$ 169.125	165.743
70	24.1.1.03	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA Y RECUBRIMIENTO CON COLGAJO O INJERTO	$ 336.875	330.138
71	24.1.1.04	BIOPSIA DE ENCÍA	$ 112.750	110.495
72	24.1.2.00	BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR SOD	$ 169.125	165.743
73	24.2.1.01	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)	$ 497.750	487.795
74	24.2.1.02	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE	$ 497.750	487.795
75	24.2.1.03	PLASTIA MUCOGINGIVAL	$ 470.000	460.600
76	24.2.2.01	CURETAJE A CAMPO ABIERTO	$ 523.875	513.398
77	24.2.2.02	CIRUGÍA A COLGAJO CON RESECCIÓN RADICULAR (AMPUTACIÓN, HEMISECCIÓN)	$ 518.375	508.008
78	24.2.2.04	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDÉNTULO (SIN MATERIAL)	$ 517.000	506.660
79	24.2.2.05	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDÉNTULO (CON MATERIAL)	$ 1.842.500	1.805.650
80	24.2.3.00	PLASTIAS PREPROTÉSICAS (AUMENTO DE CORONA CLÍNICA) SOD	$ 404.324	396.238
81	24.2.4.00	REPARACIÓN O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS, MEMBRANAS) SOD	$ 1.477.872	1.448.315
82	24.3.1.01	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS	$ 93.171	91.308
83	24.3.1.02	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS	$ 116.120	113.798
84	24.3.1.03	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS	$ 116.120	113.798
85	24.3.1.04	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS	$ 139.757	136.962
86	24.3.1.05	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCIÓN DE ESTRUCTURAS VECINAS U ÓSEAS	$ 325.410	318.902
87	24.3.1.06	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO	$ 557.650	546.497
88	24.3.1.07	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO PEDICULADO	$ 837.164	820.421
89	24.3.1.08	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO PEDICULADO	$ 837.164	820.421

90	24.3.1.09	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO LIBRE	$ 1.301.643	1.275.610
91	24.3.1.10	RESECCIÓN DE LESIÓN DE ENCÍA	$ 169.125	165.743
92	24.3.2.01	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MENOR DE TRES CENTÍMETROS	$ 112.750	110.495
93	24.3.2.02	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MAYOR DE TRES CENTÍMETROS	$ 112.750	110.495
94	24.3.2.03	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA	$ 112.750	110.495
95	24.3.3.01	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA INTRAORAL	$ 370.625	363.213
96	24.3.3.02	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA EXTRAORAL	$ 393.250	385.385
97	24.3.3.03	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE	$ 370.625	363.213
98	24.3.4.00	GINGIVECTOMÍA SOD	$ 266.027	260.706
99	24.3.5.01	CUÑA DISTAL	$ 198.307	194.341
100	24.3.5.02	OPERCULECTOMÍA	$ 358.602	351.430
101	24.4.1.01	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO HASTA DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	$ 139.757	136.962
102	24.4.1.02	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	$ 185.654	181.941
103	24.4.1.03	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO	$ 325.410	318.902
104	24.4.1.04	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA CON INJERTO ÓSEO LIBRE	$ 506.000	495.880
105	24.4.1.05	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO PEDICULADO	$ 673.750	660.275
106	24.4.1.06	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO LIBRE	$ 642.557	629.706
107	24.4.1.07	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA	$ 561.651	550.418
108	24.4.1.08	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO	$ 139.757	136.962
109	24.4.1.09	RESECCIÓN DE LESIÓN ODONTOGÉNICA SOD	$ 786.500	770.770
110	24.5.1.00	REGULARIZACIÓN DE REBORDES SOD	$ 151.231	148.206
111	24.5.2.00	ALVEOLECTOMÍA SOD	$ 182.875	179.218
112	24.7.0.01	COLOCACIÓN DE ANCLAJE TEMPORAL ESQUELÉTICO	$ 773.500	758.030
113	24.7.1.01	COLOCACIÓN DE APARATOLOGÍA FIJA PARA ORTODONCIA (ARCADA)	$ 795.756	779.841
114	24.7.2.01	COLOCACIÓN DE APARATOLOGÍA REMOVIBLE INTRAORAL PARA ORTODONCIA (ARCADA)	$ 546.054	535.133
115	24.7.2.02	COLOCACIÓN DE APARATOLOGÍA REMOVIBLE EXTRAORAL PARA ORTODONCIA (ARCADA)	$ 716.698	702.364
116	24.7.3.00	COLOCACIÓN DE APARATOS DE RETENCIÓN SOD	$ 223.934	219.455
117	24.7.4.01	FERULIZACIÓN RÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	$ 70.125	68.723
118	24.7.4.02	FERULIZACIÓN SEMIRRIGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	$ 70.125	68.723
119	24.7.4.03	FERULIZACIÓN	$ 58.569	57.398
120	24.8.1.00	CIERRE DE DIASTEMA (ALVEOLAR, DENTAL) SOD	$ 396.000	388.080
121	24.8.2.00	AJUSTAMIENTO OCLUSAL SOD	$ 358.786	351.610
122	24.8.4.00	REPARACIÓN DE APARATOLOGÍA FIJA O REMOVIBLE SOD	$ 103.440	101.371
123	24.8.8.00	MÁSCARA FACIAL TERAPÉUTICA SOD	$ 181.500	177.870
124	24.9.1.00	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POSQUIRÚRGICA SOD	$ 90.803	88.987
125	25.0.0.01	BIOPSIA CERRADA (PUNCIÓN O ASPIRACIÓN) DE LENGUA	$ 112.750	110.495
126	25.0.0.02	BIOPSIA INCISIONAL DE LENGUA (EN CUÑA)	$ 562.375	551.128
127	25.2.0.01	RESECCIÓN DE LENGUA EN CUÑA	$ 465.188	455.884
128	25.2.0.02	RESECCIÓN O ABLACIÓN PARCIAL DE LENGUA	$ 562.375	551.128
129	25.2.5.01	HEMIGLOSECTOMÍA CON CIERRE PRIMARIO	$ 465.167	455.864
130	25.2.5.06	HEMIGLOSECTOMÍA CON COLGAJO LOCAL O A DISTANCIA VÍA ABIERTA	$ 899.250	881.265
131	25.2.5.07	HEMIGLOSECTOMÍA CON COLGAJO LOCAL O A DISTANCIA VÍA ENDOSCÓPICA	$ 899.250	881.265
132	25.2.5.08	HEMIGLOSECTOMÍA CON RESECCIÓN ÓSEA VÍA ABIERTA	$ 899.250	881.265
133	25.2.5.09	HEMIGLOSECTOMÍA CON RESECCIÓN ÓSEA VÍA ENDOSCÓPICA	$ 899.250	881.265
134	25.4.0.01	GLOSECTOMÍA RADICAL VÍA ABIERTA	$ 730.125	715.523
135	25.4.0.02	GLOSECTOMÍA RADICAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 730.125	715.523

136	25.5.0.01	GLOSOPLASTIA CON INJERTO CUTÁNEO O MUCOSO	$ 465.207	455.903
137	25.5.0.02	GLOSOPEXIA ANTERIOR	$ 112.750	110.495
138	25.5.0.03	GLOSOPEXIA POSTERIOR VÍA ABIERTA	$ 225.500	220.990
139	25.5.0.04	GLOSOPEXIA POSTERIOR VÍA ENDOSCÓPICA	$ 225.500	220.990
140	25.5.0.06	PLASTIA DE FRENILLO LINGUAL	$ 94.706	92.812
141	25.5.0.07	DRENAJE DE COLECCIÓN EN LENGUA	$ 93.225	91.361
142	25.5.1.01	SUTURA DE LACERACIÓN DE LENGUA (GLOSORRAFIA) VÍA ABIERTA	$ 196.625	192.693
143	26.0.1.01	SIALOLITOTOMIA VÍA ABIERTA	$ 289.875	284.078
144	26.0.2.01	EXPLORACIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL VÍA ABIERTA	$ 196.625	192.693
145	26.0.2.02	EXPLORACIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 196.625	192.693
146	26.0.2.03	CATETERIZACIÓN Y SIALOMETRÍA	$ 140.250	137.445
147	26.0.3.01	DRENAJE DE GLÁNDULA SALIVAL VA ABIERTA	$ 140.250	137.445
148	26.0.3.02	DRENAJE DE GLÁNDULA SALIVAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 140.250	137.445
149	26.1.0.01	BIOPSIA CERRADA DE GLÁNDULA O CONDUCTO SALIVAL (PUNCIÓN O ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA O TRUCUT)	$ 280.500	274.890
150	26.1.0.02	BIOPSIA ABIERTA DE GLÁNDULA SALIVAL MENOR (CON CONDUCTO SALIVAL)	$ 280.500	274.890
151	26.1.0.03	BIOPSIA ABIERTA DE GLÁNDULA SALIVAL MAYOR (CON CONDUCTO SALIVAL)	$ 436.000	427.280
152	26.2.0.01	MARSUPIALIZACIÓN DE LA RÁNULA	$ 185.686	181.972
153	26.2.0.02	RESECCIÓN DE MUCOCELE DE GLÁNDULA SALIVAL	$ 232.298	227.652
154	26.3.1.01	PAROTIDECTOMIA DEL LÓBULO SUPERFICIAL	$ 557.650	546.497
155	26.3.1.02	SIALOADENECTOMÍA PARCIAL	$ 326.243	319.718
156	26.3.2.01	PAROTIDECTOMÍA TOTAL	$ 650.822	637.806
157	26.3.2.03	SIALOADENECTOM A DE GLÁNDULA SUBLINGUAL	$ 371.997	364.557
158	26.3.2.04	SIALOADENECTOMÍA DE GLÁNDULA SUBMAXILAR (SUBMANDIBULAR)	$ 465.167	455.864
159	26.3.2.06	SIALOADENECTOMÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES MENORES	$ 562.375	551.128
160	26.3.2.08	REINTERVENCIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL MAYOR	$ 449.625	440.633
161	26.4.0.01	CIERRE O REPARACIÓN DE FÍSTULA SALIVAL CON INJERTO VÍA ABIERTA	$ 562.375	551.128
162	26.4.0.02	CIERRE O REPARACIÓN DE FÍSTULA SALIVAL CON INJERTO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 562.375	551.128
163	26.4.0.03	CIERRE O REPARACIÓN DE FÍSTULA SALIVAL SIN INJERTO VÍA ABIERTA	$ 506.000	495.880
164	26.4.0.04	C)4 . CIERRE O REPARACIÓN DE FÍSTULA SALIVAL SIN INJERTO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 506.000	495.880
165	26.4.0.05	SIALOPLASTIA (REPARACIÓN DEL CONDUCTO) CON INJERTO	$ 278.833	273.256
166	26.4.0.06	FISTULIZACIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL	$ 162.723	159.469
167	26.4.0.07	SIALOPLASTIA (REPARACIÓN DEL CONDUCTO) VÍA ABIERTA	$ 336.875	330.138
168	26.4.0.08	SIALOPLASTIA (REPARACIÓN DEL CONDUCTO) VÍA ENDOSCÓPICA	$ 336.875	330.138
169	27.0.1.01	INCISIÓN Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	$ 139.757	136.962
170	27.0.1.02	INCISIÓN Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	$ 185.654	181.941
171	27.0.1.03	INCISIÓN Y DRENAJE EN CAVIDAD BUCAL	$ 169.125	165.743
172	27.1.1.01	DRENAJE DE COLECCIÓN DE PALADAR VÍA ABIERTA	$ 112.750	110.495
173	27.2.1.01	BIOPSIA DE ÚVULA	$ 169.125	165.743
174	27.2.1.02	BIOPSIA INCISIONAL DE PALADAR	$ 169.125	165.743
175	27.2.1.03	BIOPSIA ESCISIONAL DE PALADAR	$ 169.125	165.743
176	27.2.3.01	BIOPSIA INCISIONAL DE LABIO	$ 169.125	165.743
177	27.2.3.02	BIOPSIA ESCISIONAL DE LABIO	$ 169.125	165.743
178	27.2.4.01	BIOPSIA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA EN CAVIDAD ORAL [BACAF]	$ 169.125	165.743
179	27.2.4.02	BIOPSIA DE PARED DE CAVIDAD BUCAL	$ 169.125	165.743
180	27.3.1.05	ESCISIÓN O RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN SUPERFICIAL DE PALADAR ÓSEO	$ 139.760	136.965
181	27.3.2.01	ESCISIÓN O RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN PROFUNDA DE PALADAR ÓSEO	$ 278.826	273.249
182	27.3.2.02	RESECCIÓN EN BLOQUE DE APÓFISIS ALVEOLAR Y PALADAR ÓSEO	$ 581.287	569.661
183	27.3.2.03	PALATECTOMÍA DE PALADAR ÓSEO PARCIAL	$ 278.826	273.249

184	27.3.2.04	PALATECTOMÍA DE PALADAR ÓSEO TOTAL	$ 581.287	569.661
185	27.3.3.01	ESCISIÓN O RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN SUPERFICIAL DE PALADAR BLANDO	$ 139.760	136.965
186	27.3.4.01	ESCISIÓN O RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN PROFUNDA DE PALADAR BLANDO	$ 278.826	273.249
187	27.3.4.02	PALATECTOMÍA DE PALADAR BLANDO PARCIAL	$ 278.826	273.249
188	27.3.4.03	PALATECTOMÍA DE PALADAR BLANDO TOTAL	$ 581.287	569.661
189	27.4.1.01	FRENILLECTOMÍA LABIAL VÍA ABIERTA	$ 214.500	210.210
190	27.4.2.01	RESECCIÓN PARCIAL DE LABIO	$ 224.125	219.643
191	27.4.2.02	RESECCIÓN PARCIAL DE LABIO CON ROTACIÓN DE COLGAJO	$ 662.125	648.883
192	27.4.2.03	RESECCIÓN TOTAL DE LABIO	$ 448.250	439.285
193	27.4.3.01	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA DE LA MUCOSA ORAL, HASTA DE DOS CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	$ 139.757	136.962
194	27.4.3.02	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA DE LA MUCOSA ORAL, MAYOR DE DOS CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	$ 185.654	181.941
195	27.4.3.03	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE MUCOSA ORAL	$ 185.654	181.941
196	27.4.3.04	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE MUCOSA ORAL, CON COLGAJO LOCAL O A DISTANCIA	$ 394.945	387.046
197	27.4.3.05	RESECCIÓN DE LESIÓN EN MUCOSA ORAL	$ 224.125	219.643
198	27.4.4.00	RESECCIÓN DE FOSETAS LABIALES SOD	$ 224.125	219.643
199	27.4.9.01	REMOCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA	$ 93.171	91.308
200	27.4.9.02	RESECCIÓN DE BRIDAS INTRAORALES	$ 132.973	130.314
201	27.5.1.01	SUTURA O REPARACIÓN DE LACERACIÓN (HERIDA) EN LABIOS HASTA DE CINCO CENTÍMETROS	$ 112.750	110.495
202	27.5.1.02	SUTURA O REPARACIÓN DE LACERACIÓN (HERIDA) EN LABIOS DE MÁS DE CINCO CENTÍMETROS	$ 112.750	110.495
203	27.5.1.03	SUTURA O PLASTIA EN AVULSIÓN DE LABIOS	$ 112.750	110.495
204	27.5.1.04	SUTURA DE LACERACIÓN EN LABIOS	$ 112.750	110.495
205	27.5.2.01	ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MENOS DE CINCO CENTÍMETROS	$ 93.171	91.308
206	27.5.2.02	ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MÁS DE CINCO CENTÍMETROS	$ 93.171	91.308
207	27.5.2.03	SUTURA DE LACERACIÓN DE OTRA PARTE DE LA BOCA	$ 112.750	110.495
208	27.5.3.01	RESECCIÓN INTRAORAL DE FÍSTULA DE BOCA	$ 325.410	318.902
209	27.5.3.02	RESECCIÓN EXTRAORAL DE FÍSTULA DE BOCA	$ 371.997	364.557
210	27.5.3.03	CIERRE DE FÍSTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL	$ 418.582	410.210
211	27.5.3.04	CIERRE DE FÍSTULA OROSINUSAL CON SINUSOTOMÍA, CON O SIN REMOCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL	$ 511.753	501.518
212	27.5.8.01	PROFUNDIZACIÓN O DESCENSO DE PISO DE BOCA CON DESINSERCIÓN DE MILOHIODEO O GENIHIODEO	$ 232.240	227.595
213	27.5.8.02	PROFUNDIZACIÓN DE PISO DE BOCA	$ 280.500	274.890
214	27.5.9.01	PROFUNDIZACIÓN DE SURCO VESTIBULAR CON INJERTO MUCOSO	$ 278.826	273.249
215	27.5.9.02	PROFUNDIZACIÓN DE SURCO VESTIBULAR CON INJERTO CUTÁNEO	$ 278.826	273.249
216	27.5.9.03	PROFUNDIZACIÓN DE SURCO VESTIBULAR	$ 260.427	255.218
217	27.6.1.01	PALATORRAFIA EN Z	$ 325.410	318.902
218	27.6.1.02	SUTURA DE LACERACIÓN DE PALADAR	$ 112.750	110.495
219	27.6.2.01	CORRECCIÓN DE HENDIDURA ALVEOLOPALATINA	$ 232.240	227.595
220	27.6.2.02	CIERRE DE HENDIDURA ALVEOLAR CON INJERTO	$ 561.000	549.780
221	27.6.2.03	CIERRE DE HENDIDURA ALVEOLAR SIN INJERTO	$ 280.500	274.890
222	27.6.2.04	RECONSTRUCCIÓN DE BÓVEDA PALATINA MEDIANTE COLGAJOS PEDICULADOS	$ 418.582	410.210
223	27.6.2.05	CORRECCIÓN DE FISURA PALATINA, CON COLGAJO VOMERIANO	$ 180.496	176.886
224	27.6.2.06	INJERTO ÓSEO DE PALADAR O ALVEOLAR	$ 325.410	318.902
225	27.6.2.07	UVULO-PALATO-FARINGOPLASTIA	$ 534.702	524.008
226	27.6.2.09	CORRECCIÓN DE PALADAR FISURADO	$ 372.490	365.040
227	27.6.2.10	UVULO-PALATO-FARINGOPLASTIA POR ABLACIÓN	$ 646.250	633.325
228	27.6.2.11	PALATOPLASTIA POR ABLACIÓN	$ 646.250	633.325
229	27.6.2.12	PALATOPLASTIA CON COLGAJO UVULO-PALATAL	$ 646.250	633.325
230	27.6.3.01	REVISIÓN DE REPARACIÓN DEL PALADAR FISURADO	$ 196.625	192.693

231	27.7.1.01	INCISIÓN DE LA ÚVULA	$ 169.125	165.743
232	27.7.2.01	RESECCIÓN PARCIAL DE ÚVULA	$ 185.654	181.941
233	27.7.2.02	RESECCIÓN TOTAL DE ÚVULA	$ 280.500	274.890
234	27.7.2.03	RESECCIÓN DE ÚVULA POR ABLACIÓN	$ 280.500	274.890
235	27.7.3.01	UVULORRAFIA	$ 139.527	136.736
236	76.0.1.01	SECUESTRECTOMIA INTRAORAL CON FIJACION INTERNA	$ 278.826	273.249
237	76.0.1.02	SECUESTRECTOMIA EXTRAORAL CON FIJACION INTERNA	$ 348.360	341.393
238	76.0.1.03	SECUESTRECTOMIA INTRAORAL O EXTRAORAL	$ 336.875	330.138
239	76.0.9.01	OSTEOTOMIA MAXILAR PARA EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	$ 348.360	341.393
240	76.1.1.01	BIOPSIA DE HUESOS MAXILARES	$ 280.500	274.890
241	76.1.1.02	BIOPSIA DE PALADAR ÓSEO	$ 280.500	274.890
242	76.2.1.01	ENUCLEACIÓN, RESECCIÓN Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MENOS DE TRES CMS, VÍA TRANSMUCOSA	$ 232.240	227.595
243	76.2.1.02	ENUCLEACIÓN, RESECCIÓN Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MENOS DE TRES CMS, VÍA TRANSCUTÁNEA	$ 232.240	227.595
244	76.2.1.03	ENUCLEACIÓN, RESECCIÓN Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MÁS DE TRES CMS, VÍA TRANSMUCOSA	$ 325.410	318.902
245	76.2.1.04	ENUCLEACIÓN, RESECCIÓN Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MÁS DE TRES CMS, VÍA TRANSCUTÁNEA	$ 325.410	318.902
246	76.2.1.05	ELIMINACIÓN DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR	$ 185.654	181.941
247	76.2.2.01	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR	$ 371.997	364.557
248	76.2.2.02	RESECCIÓN RADICAL DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR	$ 743.993	729.113
249	76.2.3.01	ESCLEROSIS DE REBORDE DE MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR	$ 449.625	440.633
250	76.2.3.02	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL	$ 405.608	397.496
251	76.2.3.03	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, SEGMENTARIA	$ 414.802	406.506
252	76.2.3.04	HEMIMANDIBULECTOMÍA SIN DESARTICULACIÓN	$ 414.802	406.506
253	76.2.3.05	HEMIMANDIBULECTOMÍA CON DESARTICULACIÓN	$ 414.802	406.506
254	76.2.3.06	RESECCIÓN PARCIAL MAXILAR SIN RECONSTRUCCIÓN	$ 338.008	331.248
255	76.2.3.07	CONDILECTOMFA DE LA MANDÍBULA	$ 364.477	357.187
256	76.2.3.08	HEMIMAXILECTOMÍA	$ 405.608	397.496
257	76.2.3.09	MANDIBULECTOMÍA TOTAL CON RECONSTRUCCIÓN ÓSEA	$ 845.018	828.118
258	76.4.2.01	MANDIBULECTOMÍA TOTAL SIN RECONSTRUCCIÓN ÓSEA	$ 743.993	729.113
259	76.4.3.01	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL)	$ 929.646	911.053
260	76.4.3.02	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO	$ 1.022.818	1.002.362
261	76.4.3.03	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO LIBRE ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO	$ 1.022.818	1.002.362
262	76.4.3.04	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO, COLGAJO PEDICULADO	$ 1.209.160	1.184.977
263	76.4.3.05	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO ÓSEO VASCULARIZADO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO	$ 1.394.814	1.366.918
264	76.4.4.01	RESECCIÓN PARCIAL MAXILAR CON RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA	$ 743.993	729.113
265	76.4.4.02	RESECCIÓN TOTAL DE MAXILAR CON RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA	$ 1.394.814	1.366.918
266	76.4.6.01	RETROPOSICIÓN QUIRÚRGICA DE LA PREMAXILA	$ 899.250	881.265
267	76.5.1.01	MENISCOPEXIA TEMPOROMANDIBULAR, VÍA ENDOSCÓPICA	$ 511.753	501.518
268	76.5.1.05	MENISCOPEXIA TEMPOROMANDIBULAR, VÍA EXTERNA	$ 604.236	592.151
269	76.5.2.01	MENISECTOMÍA TEMPOROMANDIBULAR CON INJERTO	$ 511.753	501.518
270	76.5.2.02	MENISECTOMÍA TEMPOROMANDIBULAR CON COLGAJO	$ 511.753	501.518
271	76.5.3.01	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, CON INJERTO	$ 1.123.375	1.100.908
272	76.5.3.02	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR CON IMPLANTE ALOPLÁSTICO	$ 1.123.375	1.100.908
273	76.5.4.01	REMODELACIÓN DEL CARTÍLAGO ARTICULAR TEMPOROMANDIBULAR VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1.123.375	1.100.908

274	76.6.1.00	OSTEOPLASTIA CERRADA (OSTEOTOMÍA) DE RAMA MANDIBULAR SOD	$ 2.769.629	2.714.236
275	76.6.2.01	OSTEOTOMÍA DE RAMA MANDIBULAR VÍA TRANS MUCOSA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.769.629	2.714.236
276	76.6.2.02	OSTEOTOMÍA RAMA MANDIBULAR VÍA TRANSCUTÁNEA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.769.629	2.714.236
277	76.6.2.03	OSTEOTOMÍA DE RAMA MANDIBULAR VÍA TRANS MUCOSA O VÍA TRANSCUTÁNEA	$ 2.955.469	2.896.360
278	76.6.2.05	CORONOIDECTOMÍA	$ 1.065.181	1.043.877
279	76.6.3.01	OSTEOTOMÍA DE CUERPO MANDIBULAR VÍA TRANS MUCOSA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.955.469	2.896.360
280	76.6.3.02	OSTEOTOMÍA DE CUERPO MANDIBULAR VÍA TRANSCUTÁNEA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.583.789	2.532.113
281	76.6.3.03	OSTEOTOMÍA DE CUERPO MANDIBULAR VÍA TRANS MUCOSA O TRANSCUTÁNEA	$ 2.955.469	2.896.360
282	76.6.4.01	OSTEOTOMÍA SUBAPICAL MANDIBULAR	$ 2.955.469	2.896.360
283	76.6.4.02	CORTICOTOMÍA MANDIBULAR	$ 2.955.469	2.896.360
284	76.6.4.03	OSTEOTOMÍA DE MENTÓN CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.769.629	2.714.236
285	76.6.5.01	OSTEOTOMÍA LEFORT I SEGMENTARIA, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.769.629	2.714.236
286	76.6.6.01	OSTEOTOMÍA LEFORT I CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.769.629	2.714.236
287	76.6.6.02	OSTEOTOMÍA SUBAPICAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.955.469	2.896.360
288	76.6.6.03	OSTEOTOMÍA LEFORT II CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.769.629	2.714.236
289	76.6.6.04	OSTEOTOMÍA LEFORT III CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.769.629	2.714.236
290	76.6.6.05	CORTICOTOMÍA TIPO LEFORT I (DISYUNCIÓN PALATINA)	$ 511.753	501.518
291	76.6.6.06	CORTICOTOMÍA TIPO LEFORT II	$ 618.750	606.375
292	76.6.6.07	CORTICOTOMÍA TIPO LEFORT III	$ 618.750	606.375
293	76.6.6.08	OSTEOTOMÍA LE FORT I CON DISTRACCIÓN OSTEOGÉNICA	$ 2.955.469	2.896.360
294	76.6.6.09	OSTEOTOMÍA LE FORT II CON DISTRACCIÓN OSTEOGÉNICA	$ 2.955.469	2.896.360
295	76.6.6.10	OSTEOTOMÍA LE FORT III CON DISTRACCIÓN OSTEOGÉNICA	$ 2.955.469	2.896.360
296	76.6.7.01	GENIOPLASTIA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.955.469	2.896.360
297	76.6.9.01	SUSPENSIÓN ESQUELÉTICA EN FRACTURAS U OSTEOTOMÍAS FACIALES	$ 295.701	289.787
298	76.6.9.02	OSTEOTOMÍA DESLIZANTE (VISERA)	$ 418.582	410.210
299	76.6.9.03	OSTEOPLASTIA SIMULTÁNEA DE VARIOS HUESOS FACIALES	$ 511.753	501.518
300	76.6.9.70	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HUESOS FACIALES	$ 325.410	318.902
301	76.7.2.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMÁTICO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 371.997	364.557
302	76.7.2.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMÁTICO	$ 449.625	440.633
303	76.7.2.03	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MALAR, CON REDUCCIÓN PISO DE ÓRBITA INJERTO O FIJACIÓN INTERNA	$ 730.125	715.523
304	76.7.3.01	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACIÓN INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCIÓN	$ 562.375	551.128
305	76.7.3.02	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACIÓN INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCIÓN	$ 562.375	551.128
306	76.7.3.03	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACIÓN INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCIÓN	$ 562.375	551.128
307	76.7.3.04	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACIÓN INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCIÓN	$ 562.375	551.128
308	76.7.4.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 786.500	770.770
309	76.7.4.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 786.500	770.770
310	76.7.4.03	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 786.500	770.770
311	76.7.4.04	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 78.650	Servicio no ofertado
312	76.7.5.01	REDUCCIÓN CERRADA FRACTURA DE CÓNDILO	$ 449.625	440.633

313	76.7.5.02	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR	$ 449.625	440.633
314	76.7.5.03	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA MÚLTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR	$ 506.000	495.880
315	76.7.6.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE CÓNDILO, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 899.250	881.265
316	76.7.6.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 730.125	715.523
317	76.7.6.03	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MÚLTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.012.000	991.760
318	76.7.6.04	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MÚLTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 1.012.000	991.760
319	76.7.6.05	REDUCCIÓN DE FRACTURA CONDILAR CON FIJACIÓN INTERNA VÍA ENDOSCÓPICA	$ 899.250	881.265
320	76.7.7.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES, CON FIJACIÓN	$ 562.000	550.760
321	76.7.7.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE HASTA TRES DIENTES, CON FIJACIÓN	$ 673.750	660.275
322	76.7.7.03	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE DE MÁS DE TRES DIENTES, CON FIJACIÓN	$ 730.125	715.523
323	76.7.7.05	REDUCCIÓN Y FIJACIÓN DE LUXACIÓN DENTOALVEOLAR QUE COMPROMETE HASTA TRES DIENTES	$ 393.250	385.385
324	76.7.7.06	REDUCCIÓN Y FIJACIÓN DE LUXACIÓN DENTOALVEOLAR QUE COMPROMETE MÁS DE TRES DIENTES	$ 449.625	440.633
325	76.7.8.01	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA ORBITAL	$ 336.875	330.138
326	76.7.8.02	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES, CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACIÓN	$ 506.000	495.880
327	76.7.9.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE BORDE O PARED ORBITAL	$ 955.625	936.513
328	76.7.9.02	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE UNA PARED ORBITARIA CON INJERTO	$ 955.625	936.513
329	76.7.9.03	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE DOS O MÁS PAREDES ORBITARIAS CON INJERTO	$ 955.625	936.513
330	76.7.9.04	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PISO DE ÓRBITA Y RECONSTRUCCIÓN CON INJERTO	$ 955.625	936.513
331	76.7.9.05	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PARED MEDIAL DE ÓRBITA Y RECONSTRUCCIÓN CON INJERTO	$ 955.625	936.513
332	76.7.9.07	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA NASO-ÓRBITO-ETMOIDAL, CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 673.750	660.275
333	76.7.9.08	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS MÚLTIPLES DE HUESOS FACIALES, CON IMPLANTE O INJERTO DEL PISO ÓRBITARIO	$ 842.875	826.018
334	76.8.0.01	FIJACIÓN INTERMAXILAR O CERCLAJE INTER MAXILAR	$ 773.500	758.030
335	76.8.0.02	FIJACIÓN INTERMAXILAR O CERCLAJE INTRA MAXILAR	$ 773.500	758.030
336	76.8.1.01	INJERTO ÓSEO EN HUESO FACIAL	$ 239.250	234.465
337	76.8.1.10	INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO POR REBORDE ALVEOLAR	$ 239.250	234.465
338	76.8.2.00	INSERCIÓN DE IMPLANTE SINTÉTICO EN HUESO FACIAL SOD	$ 239.250	234.465
339	76.8.3.01	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR	$ 169.125	165.743
340	76.8.3.02	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR CON FIJACIÓN INTERMAXILAR	$ 393.250	385.385
341	76.8.4.01	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN TEMPOROMANDIBULAR RECIDIVANTE POR CONDILECTOMÍA DEL TEMPORAL	$ 618.750	606.375
342	76.8.5.00	INSERCIÓN DE EXPANSOR DE PERIOSTO EN HUESO O ARTICULACIÓN FACIAL SOD	$ 449.625	440.633
343	76.8.6.00	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR SOD	$ 393.250	385.385
344	76.8.7.01	RETIRO DE MATERIAL DE FIJACIÓN INTERNA DE HUESO FACIAL	$ 393.250	385.385*
345	76.8.7.02	RETIRO DE CERCLAJE INTER O INTRA MAXILAR	$ 393.250	385.385
346	76.8.8.01	ARTRECTOMÍA TEMPOROMANDIBULAR	$ 562.375	551.128
347	76.8.9.01	RETIRO DE DISPOSITIVO DE FIJACIÓN INTERNA EN MANDÍBULA	$ 393.250	385.385
348	76.8.9.02	RETIRO DE DISPOSITIVO DE FIJACIÓN EXTERNA EN MANDÍBULA	$ 393.250	385.385
349	87.0.1.01	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA)	$ 47.031	46.090

350	87.0.1.12	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	$ 49.086	48.104
351	87.0.1.13	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	$ 49.086	48.104
352	87.0.1.14	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MAXILARES, SUPERIOR E INFERIOR [ORTOPANTOMOGRAFÍA]	$ 62.605	61.353
353	87.0.4.40	RADIOGRAFÍAS I NTRAORALES OCLUSALES	$ 31.750	Servicio no ofertado
354	87.0.4.50	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS	$ 25.966	25.447
355	87.0.4.51	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	$ 31.185	30.561
356	87.0.4.52	RADIOGRAFÍAS I NTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	$ 31.185	30.561
357	87.0.4.53	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	$ 31.185	30.561
358	87.0.4.54	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	$ 31.185	30.561
359	87.0.4.55	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	$ 31.185	30.561
360	87.0.4.56	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO	$ 132.276	129.630
361	87.0.4.60	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES CORONALES	$ 27.135	26.592
362	87.9.1.41	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MAXILARES (ESTUDIO IMPLANTOLOGÍA)	$ 537.000	526.260
363	89.0.2.03	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL	$ 42.250	41.405
364	89.0.2.04	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA	$ 81.125	79.503
365	89.0.2.17	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL	$ 156.750	153.615
366	89.0.2.18	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	$ 81.125	79.503
367	89.0.2.19	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	$ 156.750	153.615
368	89.0.2.20	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRiA	$ 81.125	79.503
369	89.0.2.21	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	$ 84.174	82.491
370	89.0.2.22	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	$ 81.125	79.503
371	89.0.2.23	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	$ 59.769	58.574
372	89.0.2.24	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL	$ 81.125	79.503
373	89.0.2.36	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL	$ 89.375	87.588
374	89.0.3.03	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGÍA GENERAL	$ 63.625	62.353
375	89.0.3.04	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA	$ 81.125	79.503
376	89.0.3.17	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL	$ 81.125	79.503
377	89.0.3.18	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	$ 67.311	65.965
378	89.0.3.19	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	$ 81.125	79.503
379	89.0.3.20	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA	$ 112.090	109.848
380	89.0.3.21	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	$ 130.971	128.352
381	89.0.3.22	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	$ 67.311	65.965
382	89.0.3.23	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	$ 89.375	87.588
383	89.0.3.24	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL	$ 67.311	65.965
384	89.0.3.36	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL	$ 81.125	79.503
385	89.0.4.03	INTERCONSULTA POR ODONTOLOGÍA GENERAL	$ 36.355	35.628
386	89.0.4.04	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA	$ 81.125	79.503
387	89.0.4.17	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL	$ 156.750	153.615
388	89.0.4.18	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	$ 81.125	79.503

389	89.0.4.19	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	$ 156.750	153.615
390	89.0.4.20	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA	$ 81.125	79.503
391	89.0.4.21	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	$ 128.491	125.921
392	89.0.4.22	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	$ 128.491	125.921
393	89.0.4.23	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	$ 128.491	125.921
394	89.0.4.24	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL	$ 81.125	79.503
395	89.0.4.36	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUG A MAXILOFACIAL	$ 156.750	153.615
396	89.0.6.04	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA	$ 73.000	71.540
397	89.0.7.03	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGÍA GENERAL	$ 78.375	76.808
398	89.0.7.04	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA	$ 79.501	77.911
399	97.3.3.00	EXTRACCIÓN DE FÉRULAS DENTALES SOD	$ 393.250	385.385
400	97.3.4.00	EXTRACCIÓN DE APARATOLOGÍA ORTODCONTICA FIJA SOD	$ 169.375	165.988
401	97.3.5.00	EXTRACCIÓN DE PRÓTESIS DENTAL SOD	$ 262.500	257.250
402	99.0.1.03	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR ODONTOLOGÍA	$ 61.875	Servicio no ofertado
403	99.0.1.12	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL	$ 187.500	183.750
404	99.0.2.03	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGÍA	$ 94.875	92.978
405	99.0.2.12	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR HIGIENE ORAL	$ 94.875	92.978
406	99.7.0.01	PROFILAXIS DENTAL O PULIDO CORONAL	$ 94.875	92.978
407	99.7.0.02	CONTROL DE PLACA DENTAL	$ 40.571	39.760
408	99.7.1.03	TOPICACIÓN DE FLÚOR EN GEL	$ 35.246	Servicio no ofertado
409	99.7.1.04	TOPICACIÓN DE FLÚOR EN SOLUCIÓN	$ 65.375	64.068
410	99.7.1.05	APLICACIÓN DE RESINA PREVENTIVA	$ 61.875	60.638
411	99.7.1.06	TOPICACIÓN DE FLÚOR EN BARNIZ	$ 79.311	77.725
412	99.7.1.07	APLICACIÓN DE SELLANTES	$ 46.624	45.692
413	99.7.3.01	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	$ 115.946	113.627
414	04.0.7.05	NEURECTOMÍA DE NERVIO PERIFÉRICO EN CABEZA O CUELLO	$ 393.250	385.385
415	04.3.1.02	NEURORRAFIA DE NERVIO DENTARIO	$ 393.250	385.385
416	99.8.7.01	SOPORTE ANSTESICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNOSTICO	$ 1.250.000	1.225.000
417	99.0.7.02	SOPORTE DE SEDACION PARA CONSULTA O APOYO DIAGNOSTICO	$ 1.250.000	1.225.000

OTRAS CONDICIONES TÉCNICAS VERIFICABLES

ITEM	CONDICIONES DEL SERVICIO
1	Efectuar la Prestación del Servicio de acuerdo a los protocolos y guías establecidas técnica y científicamente por las entidades de control, asimismo realizar la prestación de los servicios de salud con alineación al acuerdo No. 002/2001, "*por el cual se establece el plan de servicios de sanidad militar y policial*". Y el Modelo de Atención (MATIS). El Modelo de Atención puede solicitarse al señor supervisor y/o al área de referencia de la Unidad Prestadora de salud Caldas.
2	El contratista debe formular los medicamentos del vademécum de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional (Acuerdo 080 de 2022) lo anterior teniendo en cuenta la malla de pertinencia. En caso de que se requiera la prescripción medicamentos no incluidos en el vademécum de la Policía Nacional; la IPS deberá diligenciar el formato no POS (EIPS - EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD), asimismo se notificara al usuario que el formulario debe radicarse en la ventanilla de la unidad prestadora de salud Caldas. El vademécum puede solicitarse al señor supervisor y/o al área de referencia de la Unidad Prestadora de salud Caldas.
3	Si dentro del proceso de atención el médico especialista de la IPS contratada, observa que el servicio a formular se encuentra fuera del Plan de Beneficios de la Policía Nacional, en la misma consulta se realizará el diligenciamiento del formato EIPS - EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD, el cual se debe radicar en la ventanilla de la unidad prestadora de salud.

4	El contratista no proporcionará fórmulas de servicios o tecnologías que no estén autorizados o válidas por las autoridades de inspección y control, (INVIMA), igualmente, no solicitará pagos de servicios o elementos, siempre se debe diligenciar el formulario no POS.
5	El contratista notificará cualquier novedad en la prestación de servicios de salud, a través de los correos de referencia y contrarreferencia de la unidad prestadora: decal.upres-rco@policia.gov.co, celular 3505589863 Cuando existan inquietudes en las autorizaciones por ejemplo (códigos CUPS, servicio autorizado, valides de la autorización, entre otros) la IPS contratada debe analizar la información con su área de atención al usuario o responsable y de inmediato tomar contacto con el área de referencia y contrarreferencia de la Unidad Prestadora de salud Caldas. Lo anterior en armonía al principio Pro homine. Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas.
6	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 de la IPS, Entendido el evento adverso como se estipula en la Resolución 4816 del 27 de noviembre de 2008 "Daño no intencionado al paciente, que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo o acción médica". "Por lo anterior el contratista se obliga a reportar dentro de los siguientes cinco días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respectivo análisis e implementación de un plan de mejora, en el formato (3ss - fr - 006 " reporte de incidentes y eventos adversos, este reporte se enviará al supervisor del contrato y la Unidad Prestadora de salud Caldas, quienes tramitaran a la oficina de la garantía de la calidad para la verificación de la situación. Mientras se verifica la situación y la responsabilidad, el contratista asumirá de la atención de salud derivada del evento adverso.
7	Se deberán prestar los servicios de salud durante el plazo de ejecución del contrato, de conformidad al portafolio de servicios, los pliegos de condiciones y de acuerdo a la oferta presentada, los cuales hacen parte integral del presente proceso.
8	El contratista permitirá el acceso a los Auditores de la Regional de Aseguramiento en salud No.3 y/o la Unidad Prestadora de salud Caldas, asimismo conceder el acceso a todos los documentos que requieran, de acuerdo con la ley, además se realizará el seguimiento y control para el cumplimiento del objeto contractual, mediante verificaciones periódicas a la institución, examinando las condiciones locativas, y el recurso humano disponible para el desarrollo del presente contrato.
9	Prestar los servicios de salud de acuerdo a las condiciones de la orden médica y la autorización de servicios de salud, expedida por el médico de referencia y Contra referencia de la Unidad Prestadora de salud Risaralda, previa presentación del carné de la Policía y el documento de identificación. DEBIDAMENTE ACTUALIZADOS, CASO CONTRARIO SE GLOSARÁ LA CUENTA.
10	El contratista certificará que todos los equipos que utilice durante la ejecución del contrato, cuentan con el cronograma de mantenimiento de equipos médicos, además un contrato vigente para el mantenimiento preventivo y correctivo, teniendo como soporte las hojas de vida al día.
11	En caso de que el contratista no pueda prestar alguno de los servicios estipulados en el presente contrato, será necesario notificar a la Jefatura de Unidad Prestadora de salud Caldas, sin embargo, garantizará la prestación del servicio a los usuarios.
12	Los procedimientos y tratamientos establecidos en este pliego, deben realizarse de acuerdo los protocolos, guías de manejo clínico y basados en la evidencia, lo anterior atendiendo los lineamientos del Ministerio de salud y la Superintendencia de salud.
13	**EL CONTRATISTA,** atenderá a los usuarios con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios a contratar, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes o que se expidan en el futuro y durante el transcurso del presente contrato, asi como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden jurídico y público, las buenas costumbres y la moral profesional.
14	Para el trámite de referencia y contra referencia y/o autorizaciones de servicio, el contratista debe enviar un resumen completo de la atención médica, en computador y/o a mano, en caligrafía completamente legible, incluyendo códigos CUPS, descripción completa del servicio solicitado, etc. De esta forma, el área de referencia de la Unidad Prestadora de salud Caldas tramitará los servicios. Nota: las únicas autorizaciones válidas para la prestación del servicio son las emitidas por el módulo de SISAP WEB. La I.P.S. contratista se comprometen a no pedir a los usuarios (afiliados y/o beneficiarios) fotocopia de los documentos de identificación como soporte para la atención; dichos documentos deberán ser fotocopiados por el personal de la I.P.S. y con cargo a ella, en Cumplimiento del Decreto Ley Anti trámites # 019 de 2012.

15	Cualquier cambio en las condiciones técnicas que surjan durante la ejecución del contrato, deberá hacerse por mutuo acuerdo, previa solicitud escrita plenamente justificada por cualquiera de las partes
16	Abstenerse de emitir fórmulas o solicitudes de servicios, que sean improcedentes según la ética profesional y sin diligenciar la historia clínica, que será el soporte de estas solicitudes.
17	Todos los servicios se deben prestar bajos los atributos de la calidad como: oportunidad, suficiencia, pertinencia, racionalidad, accesibilidad, continuidad, seguridad, integralidad y eficiencia científica y técnica; así como proporcionar satisfacción al usuario
18	Queda totalmente prohibido que los servicios médicos sean realizados por otra especialidad o por estudiantes, de no cumplir a cabalidad con la presente condición, será objeto de glosa.
19	En caso de presentarse inconvenientes que puedan afectar la ejecución del respectivo contrato, **EL CONTRATISTA** informará por escrito, al supervisor del contrato, en las siguientes 24 horas la novedad ocurrida.
20	El contratista al momento de generar una incapacidad debe tener en cuenta la Directiva Administrativa Permanente No. 003 del 10 de marzo de 2023 "DIRECTRICES PARA LA EXPEDICIÓN Y REGISTRO DE LAS EXCUSAS DEL SERVICIO, INCAPACIDAD MÉDICA, LICENCIA POR MATERNIDAD O ABORTO, PARA EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PERSONAL EXCUSADO DEL SERVICIO O CON INCAPACIDAD MEDICA" Se puede solicitar la directiva, al señor supervisor y/o al área de referencia de la Unidad Prestadora de salud Caldas.
21	El contratista se compromete a enviar los indicadores de calidad establecidos en la Resolución 1552 de 2013 "Por medio de la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto – Ley 019 de 2012 se dictan otras disposiciones" y la Resolución 256 de 2016 "Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, esta información se enviara al correo institucional maria.ortegaa@correo.policia.gov.co TOTAL, DE CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA % DE INASISTENCIA EN CONSULTA OPORTUNIDAD EN LA CITA DE CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA (DIAS): SUMATORIA TOTAL DE LOS DÍAS TRANSCURRIDOS ENTRE LA FECHA LA CUAL EL PACIENTE SOLICITA CITA PARA SER ATENDIDO EN LA CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA Y LA FECHA PARA LA CUAL ES ASIGNADA LA CITA / NUMERO TOTAL DE CONSULTAS MEDICAS ESPECIALIZADAS ASIGNADAS EN LA INSTITUCIÓN. Para los servicios de salud de Media y Alta complejidad (hospitalarios) se tendrá en cuenta los indicadores establecidos por el MinSalud. (Ver link), la oficina de calidad de la unidad prestadora o regional, solicitara a la IPS dicha información, según las necesidades de la oficina. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/IBS_001.PDF
22	La Institución Prestadora de servicios de salud debe disponer del talento humano necesario y competente para la prestación de los servicios de salud ofertados, y el personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, deberá cumplir con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio, igualmente cumplir con lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social, y estar inscrito en el Registro Único Nacional de Talento Humano en salud (RETHUS), conforme a lo establecido en la Ley 1164 de 2007 (disposiciones sobre Talento Humano en Salud) especialmente en capitulo II artículo 10, capitulo IV artículo 18, 23 y 24, en el Decreto 4192 de 2010 (reglamenta el Registro Único Nacional y la identificación única del Talento Humano en Salud), capitulo III Articulo 9 y articulo 10 y la Resolución 1395 de 2015.
23	El contratista deberá contar con la Constancia de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores expedido por la Secretaría de Salud vigente al momento de la presentación su propuesta y si dentro del proceso contractual vence se debe actualizar.
24	Cuando se requieran conceptos de MEDICINA LABORAL, el contratista debe tener presente los siguientes criterios: 1) Especificar la fecha de su emisión. 2) El especialista debe firmar y sellar el concepto. El sello debe incluir la siguiente *información*: Nombre del profesional que emite el concepto, número del registro médico 3) se deberá garantizar que los especialistas, según su competencia, emitan y diligencien el concepto médico laboral en el formato establecido por el contratante. 4) Lo anterior teniendo en cuenta que el Subsistema de Salud de la Policía Nacional por su excepción en el régimen de salud tiene establecido el PROCESO ADMINISTRACIÓN DE LA CALIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD MÉDICO LABORAL, responsable de evaluar la capacidad psicofísica y la disminución de la capacidad laboral y aspectos sobre incapacidades, indemnizaciones, pensión por invalidez e informes administrativos por lesiones, al personal uniformado, Alumnos de las Escuelas de Formación y personal no uniformado de la Policía Nacional vinculado con anterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993, que cumplan las causales de convocatoria a Junta Médico Laboral.

	5) Dentro del concepto médico laboral proferido por el especialista competente NO se deberán realizar juicios correspondientes a la merma de la capacidad laboral, pues, ello es competencia de la autoridad médico laboral de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, 6)La responsabilidad del Galeno que suscriba el respectivo concepto médico laboral deberá estar circunscrita a dejar por sentado lo siguiente: * Diagnóstico *Tratamiento realizado *Secuelas de las lesiones o afecciones que presente el Usuario
25	EL contratista debe garantizar el diligenciamiento de los formatos de las incapacidades y los EIPS, sin el desplazamiento del usuario a la entidad, cuando el médico tratante no lo diligencie en la atención. Para lo anterior informará al supervisor del contrato los canales de comunicación para ser trámite a dichas solicitudes (correo electrónico y/o WhatsApp), los cuales deberá contestar máximo dentro de los 5 días hábiles siguientes, salvo que se trate de derechos de petición o respuestas a acciones de tutelas las cuales serán tramitadas en un máximo de 2 días hábiles.
26	Cumplir de manera estricta con la normatividad aplicable para la presentación y entrega física y/o digital, según se requiera, de la información que deben reportar las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en las diferentes formas y/o en los aplicativos disponibles por el Ministerio de Salud y Protección Social, las entidades territoriales de salud o entidad competente, según corresponda, para que Unida Prestadora de Salud Caldas, en su condición de EAPB, como responsable de la gestión clínica, cumpla sus obligaciones legales, la información a reportar es la siguiente: ✓ La información contenida en la Resolución 123 de 2015 (hemofilia), la Resolución 247 de 2014 (cáncer), la Resolución 1393 de 2015 (artritis), la Resolución 3681 de 2013 (enfermedades huérfanas), la Resolución 2463 del 2014 (ERC - HTA - DM), las resoluciones 4725 de 2011 y 783 de 2012 (VIH, SIDA) y la normatividad vigente que las modifique o sustituyan, en los formatos establecidos por la cuenta de alto costo y con los respectivos soportes, con periodicidad semestral, dentro de los quince (15) días siguientes a la finalización del semestre. ✓ Reportar los demás informes de norma que requieran los entes rectores en salud, así como el reporte de posibles eventos relacionados con la seguridad del paciente. ✓ Reportar el fallecimiento de afiliados a LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CALDAS que se produzca en sus instalaciones o bajo su atención, informando la causa de muerte, dentro de los cinco (5) primeros días del mes.
27	EL contratista debe garantizar la respuesta de agendamiento de oportunidad en las siguientes 24 horas a la solicitud, cuando se trate de derechos de petición o respuestas a acciones de tutelas, desacatos o riesgo de vida; y la programación debe ser así: • Oportunidad en la asignación de CONSULTAS ESPECIALIZADAS Y SUBESPECIALIZADAS: de 1 a 5 días hábiles. • Oportunidad en la asignación de cita de procedimientos diagnostico o terapéuticos: de 6 a 10 días hábiles. • Oportunidad de la atención en los procedimientos quirúrgicos: de 6 a 10 días hábiles Salvo que requiera preparación o que por su condición médica merite tratamiento inmediato en el menor tiempo posible.
28	En el evento que dentro de la ejecución del contrato no se cumpla con la oportunidad pactada, el CONTRATANTE a través de la auditoria médica procederá a glosar la factura del servicio prestado en un 50% del valor de la misma. Dicha glosa podrá ser levantada, si se demuestra por parte del contratista una circunstancia de fuerza mayor o caso fortuito que haya originado la demora.

ITEM	CONDICIONES ADCIONALES AL SERVICIO (DILIGENCIAR)
1	EL OFERENTE debe diligenciar las siguientes preguntas las cuales se utilizarán durante la ejecución del contrato, lo anterior para una atención integral y eficiente a los usuarios de la Dirección de sanidad: • Horarios de Atención: De lunes a viernes de 7 a 5 • Modalidad para la asignación de citas (Telefónica y/o Presencial, correo electrónico o página web): WhatsApp 321 7367409 • Entrega de instrucciones de preparación para procedimientos. (si aplica) • Entrega de resultados • Entrega de copia de servicios prestados (incluye epicrisis o formato de contra referencia) • Dirección y teléfonos (Fijos y/o móviles) en donde puedan localizarse para la programación de servicios por parte de referencia en casos de solicitarles servicios prioritarios o en caso de urgencias. • Presentar el modelo de atención en salud junto con la propuesta.
2	EL OFERENTE debe designar un profesional de atención al Usuario quien se encargar de interactuar con el funcionario de atención al usuario del asegurador, para asignar citas, procedimientos y demás requerimientos de fallos judiciales y PQRS que se presenten ante el asegurador, resolviendo de fondo en las próximas 24 horas después del requerimiento o de forma inmediata si la situación así lo amerita. Deberá indicar Nombre: Claudia Marcela Gonzales Cargo: Coordinadora Atención al Usuario Teléfonos: 321 7367409 Correo electrónico: claudiamarcela.gonzalez@confa.co
3	EL OFERENTE Asignara un funcionario, para la coordinación con el Supervisor del Contrato, vigile el normal funcionamiento de la ejecución del contrato y solucione los inconvenientes que se presenten e informe cuando el contrato este (70%) por ciento. Una vez recibida la información estudiará la viabilidad de adicionar el contrato. Nombre: Luisa Fernanda Hernández Gálvez Teléfonos: 3012224702 Correo electrónico: luisafernanda.hernandez@confa.co
4	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 à disposición, las cuales serán objeto de verificación durante la ejecución del contrato.

1	Oportunidad en la prestación del servicio de Consulta ambulatoria especializada por primera vez, **(ortodoncia,periodoncia, rehabilitación oral, cirugía oral maxilofacial, odontopediatría, ortodoncia, ortopedia maxilar, endodoncia, cirugía oral)**, una vez presentada y radicada la autorización y la orden odontológica por parte del usuario en la entidad contratista.	De 1 a 10 días hábiles.		
2	Oportunidad en la prestación del servicio de consulta ambulatoria especializada de control, **(ortodoncia ,periodoncia, rehabilitación oral, cirugía oral maxilofacial, odontopediatría, ortodoncia, ortopedia maxilar, endodoncia, cirugía oral)**, una vez presentada y radicada la autorización y la orden odontológica por parte del usuario en la entidad contratista.	1 a 10 días hábiles		
3	Oportunidad en la prestación del servicio para la realización de exámenes y procedimientos, , **(ortodoncia ,periodoncia, rehabilitación oral, cirugía oral maxilofacial, odontopediatría, ortodoncia, ortopedia maxilar, endodoncia, cirugía oral)**, una vez presentada y radicada la autorización y la orden odontológica por parte del usuario en la entidad contratista.	1 a 15 días hábiles		

Atentamente,

Subcomisario **JHON JAIRO MARTINEZ VILLADA**
Evaluador Económico
UPRES DECAL

SM 184 **ELIANA PARRA CARDONA**
Comité técnico
UPRES DECAL

PS SONIA MARINA ORTIZ ALVAREZ
Abogada Unidad Prestadora de Salud Caldas-
Evaluador Jurídico

Subintendente **JUAN CAMILO RIVERA BONILLA**
Responsable Planeación RASES Nro 3 (E)

Subintendente **YENNY ALEXANDRA GOMEZ PATIÑO**
Jefe Grupo de Contratos RASES N°3

Capitán **DIANA CAROLINA BETANCUR**
Jefe Área Administrativa (E)

Elaboró: *SI. Ana María Muñoz Sandoval*
Integrante Grupo de Contratos RASES Nro 3

Calle 94 AV Villa olímpica frente a Expofuturo
Teléfono: 3164790 Ext 8307
deris.rase3-gco@policia.gov.co.
www.policia.gov.co

INFORMACIÓN PÚBLICA