

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
GRUPO CONTRATOS

No. GS-2024 - **021496** / RASES - GRUCO 29.25

Bogotá D.C., **22 NOV. 2024**

Señores
SERVINSALUD S.A.S.
EMI FALCK
VIVIR IPS

ASUNTO: RESPUESTA DE OBSERVACIONES AL PROYECTO PLIEGO DE CONDICIONES PROCESO PN RASES No.1 SA 049 2024

En atención a las observaciones realizadas al proyecto pliego de condiciones del Proceso PN RASES No.1 SA 049 2024 que tiene por objeto "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA, PROGRAMA MEDICO DOMICILIARIO (POMED) Y HOSPITALIZACIÓN O INTERNACION EN CASA (HOCAS), VISITA MÉDICA DOMICILIARIA, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA, REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y TERAPIAS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1", la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 emite respuesta a la misma, así:

OBSERVACIÓN:

"En virtud en las anteriores observaciones nos permitimos solicitarle a la entidad establecer el estudio de mercado, por medio del PROMEDIO del precios histórico del contrato celebrado en la vigencia 2024, y las dos cotizaciones presentadas por las empresas interesadas, todo esto en aras de garantizar la pluralidad de oferentes, la libre concurrencia y evitando posibles desequilibrios que afecten la Calidad y continuidad en la prestación de los servicios de Salud, a continuación de realizamos la siguiente recomendación: "

ITEM	CUPS	OBJETO	UNIDAD DE MEDIDA	PRECIO HISTORICO	COTIZACIÓN SERVIN SALUD	COTIZACIÓN CUIDAMOS TU SALUD	PROMEDIO
1	P1ENF4	ATENCIÓN (VISITA DOMICILIARI A, POR AUXILIAR DE ENFERMERIA A 4 HORAS DIARIAS)	Paquete 4 horas diarias	\$ 59.822,00	\$ 74.900,00	\$ 74.400,00	\$ 69.707,33

RESPUESTA

La Regional de Aseguramiento en Salud No.1 **NO ACEPTA LA OBSERVACIÓN** teniendo en cuenta que para establecer los precios del proceso PN RASES No. 1 SA 049 2024, que tiene por objeto "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA, PROGRAMA MEDICO DOMICILIARIO (POMED) Y HOSPITALIZACIÓN O INTERNACION EN CASA (HOCAS), VISITA MÉDICA DOMICILIARIA, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA, REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y TERAPIAS PARA LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, PERTENECIENTES A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 1, se analizó la variación del índice de precios al consumidor, el posible incremento del salario mínimo y el porcentaje de inflación establecido por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), lo que permitió determinar precios ajustados a la realidad mercado.

[Firma]

OBSERVACIONES EMI FALCK

1. "Solicitamos amablemente que el pago de la Facturación sea 45 días calendario, no hábiles".

RESPUESTA

La Regional de Aseguramiento en Salud No.1, **NO ACEPTA LA OBSERVACIÓN**, teniendo en cuenta que se debe dar aplicabilidad a la resolución 2275 de 2023 del ministerio de la protección social en la que en el art 14, se establecen el procedimiento de radicación de la factura electrónica de venta en salud ante la entidad responsable del pago o demás pagadores, por lo que se debe contar con un tiempo de 45 días aproximadamente para el pago de la factura radicada, por lo que se debe verificar cumplimiento de los requisitos para la radicación de la factura, los tiempos en los que dichas facturas pasan a auditoría de cuentas medicas para dar el aval de pago, adicionalmente se debe dar aplicabilidad a la guía de lineamientos para la radicación y obligación de cuentas médicas (1AR-GU-0002), en la que se establece el diligenciamiento de la planilla de asignación turno-tramite de cuentas (2BS-FR-0021), además el funcionario de la Central de Cuentas deberá diligenciar y remitir a auditoría de cuentas médicas el formato 1AR-FR-0028 "Radicación de Cuentas Medicas", además al momento de presentarse glosa el grupo de auditoria medica realiza la notificación correspondiente, para que las entidades se acerquen para realizar la conciliación correspondiente y proceder a la ratificación o levantamiento de dicha glosa según el caso.

La ley 1438 de 2008 art 57 tramite de glosa

ARTÍCULO 57°. TRÁMITE DE GLOSAS. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial. El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago. Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas. Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley. El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago.

2. "Con respecto a las condiciones, por favor aclarar la forma como se comparte la historia clínica, ya que por temas de protección de datos y confidencialidad de la información no se puede compartir como anexo de una factura".

Documentos requeridos.

- Factura de venta original que cumpla con los requerimientos de ley. Se deberá presentar una factura por usuario, en la cual se relacionarán todos los servicios prestados en el mes.
- Recibido a satisfacción técnico - económico expedido por el supervisor del contrato.
- Copia de la historia clínica en la que se soporte cada uno de las atenciones prestadas a los usuarios, con firma y sello del profesional que realiza la actividad y recibido a satisfacción del usuario, familiar o cuidador del paciente.
- Autorización del servicio en original
- Orden médica.
- Acreditación del Contratista de encontrarse al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos profesionales, respecto al pago de parafiscales se aplicará lo contenido en el Artículo 114-1 del Estatuto Tributario, adicionado por el artículo 65 de la Ley 1819 de 2016.

RESPUESTA

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 informa que la forma de presentar los soportes, que se requieren para desarrollar la auditoria medica de cuentas, respecto a los eventos de salud facturados; es por medio magnético: como CD o USB, aclarando que la confidencialidad de la información institucional dada la naturaleza de las actividades a realizar en desarrollo del objeto contractual, debe garantizar la preservación de la integridad y confidencialidad de la información a la que llegará a tener acceso directamente el personal médico auditor encargado de parte del contratista como de sanidad de la Policía Nacional.

En tal virtud se adoptan todas las medidas que sean necesarias para impedir su utilización indebida. Las partes deben acordar que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas, para el cumplimiento del objeto contractual, será mantenida en estricta confidencialidad, dando cumplimiento a la Ley 23 de 1981.

3. Por favor definir cuál es procedimiento para determinar el no pago de la factura y cuáles pueden ser las posibles causas que la entidad entiende como evento adverso.

CAUSALES DE NO PAGO

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.

RESPUESTA

La Regional de Aseguramiento en Salud No. 1 informa que en cuanto al procedimiento para determinar el no pago de la facturación, el equipo médico auditor se regirá por la normatividad legal vigente resolución 3047 de 2008 y la 8834 del 2023 junto con lo pactado en el contrato entre las dos partes.

Se define como evento adverso: es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo algún daño. Para estos casos el contratista se compromete a notificar al supervisor del contrato de forma inmediata los eventos adversos o complicaciones que se llegasen a presentar durante los procedimientos y que llegasen a requerir el ingreso por el servicio de urgencias a la institución contratada, de cualquier paciente perteneciente al subsistema de salud de la policía nacional.

4. Con respecto a la acreditación de la experiencia se solicita que sea declarada en el RUP. Grupo Emi no cuenta con el RUP, dado que las empresas de salud están exentas de tener RUP, de acuerdo con el Artículo 6 de la Ley 1150 de 2007, no se requerirá de este registro, ni de clasificación ni de clasificación, en los casos de contratación directa; contratos para la prestación de servicios de salud; contratos cuyo valor no supere el diez por ciento (10%) de la menor cuantía de la respectiva entidad; enajenación de bienes del Estado; contratos que tengan por objeto la adquisición de productos de origen o destinación agropecuaria que se ofrezcan en bolsas de productos legalmente constituidas; los actos y contratos que tengan por objeto directo las actividades comerciales e industriales propias de las empresas industriales y comerciales del Estado y las sociedades de economía mixta y los contratos de concesión de cualquier índole., solicitamos amablemente que no sea requerido la acreditación de experiencia en el RUP.

uno de los integrantes para la ejecución del contrato.

NOTA: El proponente podrá acreditar la experiencia de los servicios solicitados en el presente proceso con la presentación del Registro Único de Proponentes (RUP), el cual se verificará con forme a lo establecido en el artículo 6 de la ley 1150 de 2007 modificado por el artículo 221 del Decreto 019 de 2012 y el artículo Artículo 2.2.1.1.1.5.1 del Decreto 1082 de 2015.

RESPUESTA

La Regional de Aseguramiento en Salud No.1, aclara al observante que la experiencia se debe acreditar con certificaciones o contratos ejecutados, tal como lo establece el pliego de condiciones así:

1.4.1 EXPERIENCIA PROPONENTE:

Para la acreditación de la experiencia deberá presentar certificaciones o contratos ejecutados con entidades privadas o públicas, cuyo objeto sea igual o similar al objeto de la presente contratación y cuya sumatoria sea mayor o igual al 70% del valor del presupuesto asignado al presente proceso.

El oferente acreditará la experiencia a través de certificaciones de contratos que deben contener la siguiente información: nombre del contratante, objeto del contrato, número del contrato, valor del contrato, plazo, fechas de inicio y finalización, nombre del contratista debidamente suscrito por el representante legal o por la persona autorizada para tal fin, de la entidad pública o privada que recibió los servicios. En caso de contratos en ejecución se tomará la fecha de legalización del contrato hasta la fecha de expedición de la certificación.

Cuando se certifiquen contratos que se encuentren en ejecución al momento de presentar la oferta, además de la información solicitada en el párrafo anterior, se debe incluir el porcentaje de ejecución a la fecha de expedición de la certificación, el cual será tomado para verificar la experiencia solicitada.

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: El proponente podrá acreditar la experiencia de los servicios solicitados en el presente proceso con la presentación del Registro Único de Proponentes (RUP), el cual se verificará con forme a lo establecido en el artículo 6 de la ley 1150 de 2007 modificado por el artículo 221 del Decreto 019 de 2012 y el artículo Artículo 2.2.1.1.5.1 del Decreto 1082 de 2015.

La nota anterior hace referencia a que las entidades que tengan RUP, también podrán acreditar su experiencia con este documento.

5. En una parte de los pliegos menciona que no se puede presentar oferta parcial, pero en la asignación de puntaje de cobertura geográfica se entiende que se puede presentar parcial por ítem y se asigna una calificación ¿se puede presentar la oferta de servicios solamente en 100% veredas y localidades de Bogotá?

COBERTURA GEOGRÁFICA		
ÍTEM	DESCRIPCIÓN	ASIGNACIÓN DE PUNTAJE
1	El oferente que brinde cobertura al 100% veredas y localidades de Bogotá	30
2	El oferente que brinde cobertura al 100% veredas de Cundinamarca	20
3	El oferente que brinde cobertura al 100% veredas de Flandes y Melgar	20
4	El oferente que brinde cobertura al 100% municipios de Cundinamarca	30
5	El oferente que brinde cobertura 90% al 99% municipios de Cundinamarca	20
6	El oferente que brinde cobertura al 80% al 89% municipios de Cundinamarca	10
PUNTAJE MAXIMO		100
Nota: Para los numerales 4, 5 y 6 el oferente deberá escoger uno de los tres. Si se marcan las 3 opciones se entenderá como cumplimiento del 100% y se le asignará como puntaje máximo de cincuenta (50)		

RESPUESTA

La Regional de Aseguramiento en Salud No.1, aclara al observante que el ítem a que hace referencia corresponde a las **CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE CALIFICACIÓN**, las cuales no son de obligatorio cumplimiento, pero si el oferente está en capacidad de cumplir con las mismas se le asignará un puntaje de acuerdo a lo que oferte en este formato, en caso que no oferte alguno de estos ítems o ninguno, el comité evaluador no asignará puntaje, también se aclara que la totalidad de ítems requeridos obligatoriamente son los establecidos en la oferta económica.

6. En caso de que se puede ofertar únicamente al 100% de las veredas y localidades de Bogotá, solicitamos que en las condiciones técnicas mínimas exigidas sea solo necesario la habilitación REPS en la secretaria de salud de Bogotá.

CONDICIONES TECNICAS MÍNIMAS EXIGIDAS		OFRECE	
		SI	NO
1	REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. El oferente deberá estar inscrito y habilitado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS en la Secretaría Distrital de Salud Bogotá, Secretaría de Salud Cundinamarca y la Secretaría de Salud del Tolima, antes de salud correspondientes a la georreferenciación del presente estudio, para los servicios domiciliarios de medicina general, enfermería, nutrición, terapia física, terapia respiratoria, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, de conformidad con el Decreto 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social" y en concordancia con el artículo 2.2.1.2.1.2.21 del Decreto 1082 de 2015 "Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector Administrativo de Planeación Nacional"; el cual deberá mantenerlo vigente durante la ejecución del contrato de acuerdo a lo contemplado en la Resolución 3100 de 2019 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud". Así mismo, deberá comprometerse a mantenerla(o) vigente durante la ejecución del contrato.		

RESPUESTA

La Regional de Aseguramiento en Salud No.1, **NO ACEPTA LA OBSERVACIÓN**, teniendo en cuenta que los usuarios objeto del presente proceso, residen en Bogotá, en municipios de Cundinamarca y en dos municipios del Tolima, por tal motivo, es necesario que el prestador se encuentre habilitado para prestar servicios en Bogotá D.C., Cundinamarca y Tolima.

7. Los traslados a las veredas de Bogotá se paga un valor adicional por el transporte del personal.

La Regional de Aseguramiento en Salud No.1, informa al observante, que no hay lugar a pagos adicionales, el valor a cancelar por los servicios a prestar será el que se establezca en el futuro contrato, los cuales deben incluir todo lo necesario para el cumplimiento del objeto contractual, en ello incluye el transporte, vehículos, insumos y demás elementos.

8. Por favor informar la cantidad de pacientes en cada una de las veredas de Bogotá.
9. Por favor informar la cantidad de pacientes que estiman atender en Bogotá.

Handwritten signature/initials

RESPUESTA 8 Y 9

La Regional de Aseguramiento en Salud No.1, informa al observante que a fecha 22 de noviembre de 2024, el número de usuarios para atender en Bogotá son los establecidos en el siguiente cuadro, cabe resaltar que esta población disminuye o aumenta en atención a novedades que presentan diariamente, así:

USUARIOS BOGOTA	AREA		Total
	RURAL	URBANO	
01. USAQUEN		41	41
02. CHAPINERO		7	7
03. SANTA FE		3	3
04. SAN CRISTOBAL		26	26
05. USME	12	3	15
06. TUNJUELITO		30	30
07. BOSA		37	37
08. KENNEDY		157	157
09. FONTIBON		27	27
10. ENGATIVA		149	149
11. SUBA		85	85
12. BARRIOS UNIDOS		14	14
13. TEUSAQUILLO		19	19
14. LOS MARTIRES		8	8
15. ANTONIO NARIÑO		12	12
16. PUENTE ARANDA		39	39
18. RAFAEL URIBE URIBE		52	52
19. CIUDAD BOLIVAR		27	27
Total	12	736	748

OBSERVACIONES VIVIR IPS

1. La entidad solicita en el ítem "INDICADOR DE OPORTUNIDAD" que el oferente brinde, sin costo, hasta 30 tomas de muestras de laboratorio clínico, incluidos los insumos, en domicilio, previa solicitud, y por las veces que sean necesarias por orden médica.

Ante lo cual, se solicita amablemente a la entidad que se elimine la expresión "por las veces que sean necesarias por orden médica", ya que podría limitar la oferta. En su lugar, sugerimos la siguiente redacción:

"El oferente que brinde, sin costo, entre 10 y 30 tomas de muestras de laboratorio clínico, incluidos los insumos, en domicilio, previa solicitud.

RESPUESTA

La Regional de Aseguramiento en Salud No.1 **NO ACEPTA LA OBSERVACION** y aclara al observante, que este ítem corresponde a CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE CALIFICACIÓN establecidas para lograr un beneficio para nuestros usuarios en cuanto a calidad y prestación del servicio y que a la vez sean sin costo para la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, al ser criterios adicionales no es obligatorio que los proponentes oferten estos criterios, por tal razón no limita el presente proceso contractual.

La frase "por las veces que sean necesarias por orden médica", hace referencia a esas 30 muestras en caso de ofertar este ítem, la Regional de Aseguramiento en Salud No.1 pagará las muestras de laboratorio que se realicen posterior a estas 30 tomas.

2. La entidad solicita en el ítem "INDICADOR DE OPORTUNIDAD" que el oferente brinde, sin costo, hasta 10 servicios de traslado en ambulancia básica para realizar el traslado de pacientes pertenecientes al programa médico domiciliario cuando requieran atención en un centro hospitalario o establecimiento de sanidad, según lo establecido por el médico designado por el contratista para valorar el caso y la solicitud emitida por el programa médico domiciliario o el médico tratante.

Ante lo cual, se solicita amablemente a la entidad que se considere que el uso de ambulancia no es necesario, ya que se trata de un servicio externo a la atención domiciliaria. Se aclara que el traslado en ambulancia no forma parte de la atención domiciliaria, dado que dicha atención se proporciona directamente en el hogar del paciente.

La Regional de Aseguramiento en Salud No.1 **NO ACEPTA LA OBSERVACION** y aclara al observante, que este ítem corresponde a CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES DE CALIFICACIÓN establecidas para lograr un beneficio para nuestros usuarios en cuanto a calidad y prestación del servicio y que a la vez sean sin costo para la Regional de Aseguramiento en Salud No. 1, al ser criterios adicionales no es obligatorio que los proponentes oferten estos criterios, el traslado en ambulancia puede ser necesario en caso de que un usuario del programa medico domiciliario, necesite ser trasladado para ser atendido en centro hospitalario o algún Establecimiento de Sanidad Policial, cabe resaltar que estos traslados se realizarían previa valoración de cada caso.

3. Se solicita a la entidad mencionar que servicios habilitados se requieren.

RESPUESTA

La Regional de Aseguramiento en Salud No.1 informa al observante que, de acuerdo al objeto contractual y servicios a contratar, debe estar habilitado por el ente de control correspondiente para atender pacientes hospitalizados en casa y para prestar servicios domiciliarios en los siguientes servicios:

FONOAUDIOLOGÍA, TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA, TERAPIA RESPIRATORIA, ENFERMERÍA, MEDICINA INTERNA, MEDICINA FAMILIAR, MEDICINA GENERAL, NUTRICIÓN, PSICOLOGÍA, TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO

Sin embargo, los interesados deberán verificar la totalidad del pliego de condiciones y de la misma forma los servicios requeridos para el cumplimiento de la habilitación que corresponda.

4. Para la asignación de puntaje en **COBERTURA GEOGRÁFICA**, se solicita amablemente a la entidad que permita la habilitación de oferentes que cumplan con la georreferenciación. Es decir, que, si un oferente tiene habilitación en Ibagué, se permita la puntuación para las veredas de Flandes y Melgar, y de manera similar, si un oferente tiene habilitación en algún municipio de Cundinamarca, este debe ser considerado para la puntuación en todo el departamento.

La Regional de Aseguramiento en Salud No.1, **ACEPTA LA OBSERVACION** en atención a concepto emitido por Ministerio de Salud y Protección Social, así:



Salud

Fecha actual: Viernes, 22 de noviembre de 2024

[Mapa del sitio](#) [Funcionarios](#) [Zona Interactiva](#) [English Version](#)

Búsqueda...

[Inicio](#) [Transparencia](#) [Atención y Servicios a la ciudadanía](#) [Participa](#) [Salud](#) [Protección social](#) [Normativa](#) [Comunicación](#)

Título

Servicios bajo la modalidad extramural

Pregunta

¿Una IPS que se encuentra habilitada en una Entidad Territorial puede prestar los servicios bajo la modalidad extramural en cualquier departamento?

Respuesta

Tal como lo plantea el numeral 2.1 del manual que hace parte de la Resolución 3100 de 2019, el prestador de servicios de salud que oferte servicios en la modalidad extramural, jornada de salud o unidad móvil debe inscribirse en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y habilitar los servicios ante la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias donde defina establecer su sede.

Dicha inscripción producirá efectos en todo el territorio nacional sin que requiera inscripción en cada una de las secretarías de salud departamentales o distritales o la entidad que tenga a cargo dichas competencias.

Lo anterior implica que si el prestador decide ofertar servicios en la modalidad extramural, jornada de salud o unidad móvil en una entidad territorial diferente a donde realizó la inscripción, debe solicitar autorización ante esa Secretaría de salud o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, sin que requiera tener sede en cada departamento donde decida operar.

Dependencia responsable

Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

Temática

Salud

Subtema

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

Clasificación

Inscripción y habilitación de servicios

Creado el 18/11/2020 17:42 por Victor Hugo Mora

Última modificación realizada el 04/03/2021 17:56 por Victor Hugo Mora

Cerrar

5. Teniendo en cuenta que el proceso de licitación solicita servicios no solo en Bogotá, sino también en diferentes municipios, se sugiere a la entidad considerar un presupuesto diferenciado para la zona urbana y otro para la zona rural. Esto, debido a que en la zona rural se incurre en costos adicionales asociados al traslado y la logística necesaria para poder llegar a esas zonas y prestar el servicio de manera efectiva.

La Regional de Aseguramiento en Salud No.1, **NO ACEPTA LA OBSERVACION** e informa al observante, que no hay lugar a presupuestos diferenciados, el valor a cancelar por los servicios a prestar será el que se establezca en el futuro contrato, los cuales deben incluir todo lo necesario para el cumplimiento del objeto contractual, en ello incluye el transporte, vehículos, insumos y demás elementos, dichos valores fueron establecidos en base a estudio de mercado y con análisis de contrataciones anteriores en las cuales, los contratistas han cumplido a cabalidad con los servicios y en los lugares requeridos sin inconvenientes.

Atentamente,

Teniente Coronel **CARLOS ANDRES CAMACHO VESGA**
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No.1

Elaborado por: Subintendente **KEILA KARINA MUÑOZ PACHECO**
Analista de Contratos

Revisado por: Capitán **ISAAC AMADO CODINA GALLARDO**
Jefe (E) Grupo Contratos RASES No.1

Aprobó: Capitán **JHON EDISON LIZCANO GONZALEZ**
Jefe (E) Área Logística y Financiera RASES No.1

Aprobó: Mayor **YEZID GUERRERO RODRIGUEZ**
Jefe Grupo Asuntos Jurídicos RASES No. 1

Carrera 68 B Bis No. 44-58 Edificio Brigadier General Edgar Yesid Duarte Valero
Disan.rases1-ct@policia.gov.co
www.policia.gov.co

