MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.4

Fecha:	Santiago de Cali, 10 diciembre del 2024		
Hora de inicio:	16:00 Horas	**Hora de finalización:**	16:30 Horas
Lugar:	Sala de juntas Regional de Aseguramiento en Salud ° 4		

ACTA-308-ARLOF – GRUCO

Que trata de la presentación del informe de las evaluaciones del proceso de Mínima Cuantía No. **PN RASES4 MIC 226/2024**, cuyo objeto es **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE FLORIDA Y SU JURISDICCIÓN, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y QUE SEAN PREVIAMENTE APROBADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE LA DISAN-BOGOTA DC, O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCIÓN CONSTITUCIONAL DE TUTELA"**

ORDEN DEL DÍA

1) Verificación De Asistentes
2) Antecedentes Proceso De Contratación
3) Presentación Evaluaciones
4) Consolidado De Verificaciones Jurídica, Técnica Y Económica
5) Recomendación

DESARROLLO

1. VERIFICACIÓN DE ASISTENTES

En las instalaciones de la Sala de Juntas de la Regional de Aseguramiento en Salud No.4 el día 10 de diciembre de 2024, siendo 16:00 horas, se reunieron los integrantes del Comité Evaluador técnico, jurídico y económico y el Comité de Adquisiciones, para la presentación del informe de evaluaciones del proceso de Mínima Cuantía **PN RASES4 MIC 226/2024**, cuyo objeto es **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE FLORIDA Y SU JURISDICCIÓN, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y QUE SEAN PREVIAMENTE APROBADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE LA DISAN-BOGOTA DC, O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCIÓN CONSTITUCIONAL DE TUTELA"**

INTEGRANTES COMITÉ DE ADQUISICIONES	
1	MY. GEOVANNY ALBERTO FRANCO SANCHEZ Jefe Logístico y Financiero
2	CT. GINA PAOLA CARRASCAL AGUILAR Jefe Área de Aseguramiento en Salud
3	IT. OSCAR PALOMINO Responsable Planeación
4	PT FABIAN CABRERA Responsable Jurídica

COMITÉ EVALUADOR	
TÉCNICA	SI. LEYDI SANCHEZ CPS- BRIGITHE PORTILLA
ECONÓMICA	CPS- PAULA ANDREA GUTIERREZ
JURIDICO	CPS- SULY CORTES

INTEGRANTES OFICINA DE CONTRATOS	
1	CT. GUSTAVO ANDRES NARVAEZ ARTEAGA Jefe Contratos
2	PT. DIANA MADELEINE CHAVEZ FERNANDEZ - Analista contratos

2. ANTECEDENTES PROCESO DE CONTRATACIÓN.

Objeto del proceso : "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE FLORIDA Y SU JURISDICCIÓN, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y QUE SEAN PREVIAMENTE APROBADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE LA DISAN-BOGOTA DC, O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCIÓN CONSTITUCIONAL DE TUTELA"

Presupuesto Oficial: VEITIDOS MILLONES DE PESOS COLOMBIANOS ($22.000.000 COP), distribuidos de la siguiente manera: **Vigencia año 2024**: **DOS MILLONES DE PESOS COLOMBAINOS ($ 2.000.000 COP)** Amparado en el certificado de disponibilidad presupuestal No. **72624** de fecha 22 de noviembre del 2024, expedido por el responsable de presupuesto de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4. **Vigencia año 2025: VEINTE MILLONES DE PESOS COLOMBIANOS ($ 20.000.000 COP)**. Respaldado con la autorización de cupo para vigencias futuras por parte del Director de Sanidad de la Policía Nacional, mediante Oficio N° GS-2024-050341-DISAN con número de autorización SIIF NACIÓN II **17624** para la Regional de Aseguramiento en Salud No.4.

- ✓ Que la publicación de la invitación se realizó el 29 de noviembre del 2024 en el portal de contratación www.colombiacompra.gov.co. SECOPII:

- ✓ Que durante el término previsto dentro del cronograma del proceso, para realizar observaciones, aclaraciones, comentarios, sugerencias o consultas a la invitación publica, **SI** se efectuaron observaciones las cuales fueron publicadas en la plataforma

- ✓ **Fecha de Cierre:** 04 de diciembre del 2024.

- ✓ **Proponentes que presentaron ofertas:** Mediante la plataforma SECOP II, se realizó diligencia de cierre del proceso y apertura de ofertas presentadas presentándose el siguiente proponente, así:

OFERTAS (1)

Nombre de la oferta	Proveedor	Fecha de entrega	Valor global
IPS CLINICA SALUD FLORIDA - 2024Open in New Tab	IPS Clinica Salud Florida SA	4/12/2024 7:44 AM	22.000.000 COP

3. PRESENTACIÓN EVALUACIONES.

EVALUACIÓN JURÍDICA

Que mediante oficio No. **GS-2024- 018537-REGI4**, de fecha 09 de diciembre de 2024 radicada en la oficina de contratos el mismo día, se recibió la verificación jurídica de la oferta, en la cual se establece que el oferente **CUMPLE** con todas las condiciones jurídicas planteadas en el presente proceso.

REF: "EVALUACIÓN JURÍDICA - PROCESO PN RASES4 MIC 226 /2024
1440788280
OBJETO:" PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE FLORIDA Y SU JURISDICCIÓN, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y QUE SEAN PREVIAMENTE APROBADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE LA DISAN-BOGOTA DC, O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCIÓN CONSTITUCIONAL DE TUTELA",

En atenta y oportuna respuesta a su ordenamiento referido para efectuar la Evaluación Jurídica a la propuesta presentada en acatamiento al proceso de mínima cuantía esto con el fin de hacerle llegar el estudio jurídico detallado de la propuesta enviada, así:

Dentro del proceso para la suscripción del contrato de contratación de mínima cuantía se allego una oferta para el estudio de los requisitos jurídicos.

REQUISITOS JURIDICOS	1 IPS CLINICA SALUD FLORIDA NIT: 81500025-3
Carta de presentación de la propuesta	SI
certificado de existencia y representación legal	SI
Fotocopia cedula de ciudadanía	SI
Boletín de responsables fiscales	SI
Antecedentes disciplinarios	SI
Antecedentes judiciales	SI
RNMC	SI
RUT	SI
Constancia de cumplimiento de aportes parafiscales + planilla	SI
Origen lícito de los recursos	SI
Compromiso anticorrupción	SI
Certificación de no estar incurso en causales de conflicto de intereses, inhabilidad e incompatibilidad.	SI
Consulta de Inhabilidades en Delitos sexuales	SI

Debo manifestar que:

PROPONENTE	REPRESENTANTE LEGAL	CUMPLE CON LOS REQUISITOS JURIDICOS
IPS CLINICA SALUD FLORIDA NIT: 81500025-3	**MAURICIO LONDOÑO AGULILAR C.C 16.893.724**	**CUMPLE**

Atentamente,

Abogada Suly Cortes Grajales
Evaluador jurídico

EVALUACIÓN ECONÓMICA

Que mediante oficio No. **GS-2024-018622-REGI4**, radicada en la oficina de contratos el día 10 de diciembre del 2024, se recibió la verificación económica de la oferta, en la cual se establece que el oferente **CUMPLE** con todas las condiciones económicas planteadas en el presente proceso.

Asunto: Evaluación económica al proceso de mínima cuantía **PN RASES4 MIC 226/2024**.

Me permito dar respuesta a la solicitud realizada mediante oficio, procedente del Jefe grupo contratos regional de aseguramiento en salud No. 4 del proceso **PN RASES4 MIC 226/2024** que tiene por objeto **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE FLORIDA Y SU JURISDICCIÓN, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y QUE SEAN PREVIAMENTE APROBADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE LA DISAN-BOGOTA DC, O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCIÓN CONSTITUCIONAL DE TUTELA"** verificada la información en la plataforma SECOP II, dentro de la invitación a participar y cumpliendo con los parámetros exigidos, se da viabilidad para aceptar la oferta económica.

Oferente: **IPS CLINICA SALUD FLORIDA.**

ANEXO No. 5
OFERTA ECONOMICA

Se solicita a los oferentes diligenciar únicamente los datos del oferente y el porcentaje de descuento ofertado, en caso que el oferente lo quiera ofrecer, el cual será aplicado por parte de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4 a cada uno de los valores estimados contenidos en el Anexo No. 4

ITEM	DESCRIPCIÓN	PRESUPUESTO TOTAL	% DE DESCUENTO OFERTADO
1	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE FLORIDA Y SU JURISDICCIÓN, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y QUE SEAN PREVIAMENTE APROBADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE LA DISAN-BOGOTA DC, O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCIÓN CONSTITUCIONAL DE TUTELA."	$22.000.000	0 %

Una vez revisada la oferta económica subida mediante la plataforma SECOP II, se puede apreciar que la entidad:

IPS CLINICA SALUD FLORIDA oferta un **0%** de descuento.

El valor estimado para el presente proceso de contratación es de **VEITIDOS MILLONES DE PESOS COLOMBIANOS ($22.000.000 COP)**, distribuidos de la siguiente manera: **Vigencia año 2024: DOS MILLONES DE PESOS COLOMBAINOS ($ 2.000.000 COP)** Amparado en el certificado de disponibilidad presupuestal No. **72624** de fecha 22 de noviembre del 2024, expedido por el responsable de presupuesto de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4. **Vigencia año 2025: VEINTE MILLONES DE PESOS COLOMBIANOS ($ 20.000.000 COP)**. Respaldado con la autorización de cupo para vigencias futuras por parte del Director de Sanidad de la Policía Nacional, mediante Oficio N° GS-2024-050341-DISAN con número de autorización SIIF NACIÓN II 17624 para la Regional de Aseguramiento en Salud No.4.

Verificación de documentos punto ORDEN ECONOMICO

IPS CLINICA SALUD FLORIDA	CUMPLE	NO CUMPLE
OFERTA ECONOMICA	X	
SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS	X	
CERTIFICADO EXPEDIDO POR ENTIDAD BANCARIA	X	
DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA	X	

Una vez verificada los documentos en la Plataforma Secop II, la entidad IPS CLINICA SALUD FLORIDA, **CUMPLE**, con todos los requisitos de Orden Económico.

Atentamente,

CPS-4 PAULA ANDREA GUTIERREZ GIRALDO
Comité Evaluador

EVALUACIÓN TÉCNICA

Que mediante oficio No. **GS-2024- 219288-DEVAL**, de fecha 10 de diciembre de 2024 radicada en la oficina de contratos el mismo día, se recibió la verificación técnica de la oferta, en la cual se establece que el oferente **CUMPLE** con todas las condiciones técnicas planteadas en el presente proceso.

Asunto: Evaluación Técnica – Proceso De Mínima Cuantía - PN RASES4 MIC 226/2024

En cumplimiento a la solicitud, respetuosamente se emite evaluación técnica del proceso **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE FLORIDA Y SU JURISDICCIÓN, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y QUE SEAN PREVIAMENTE APROBADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE LA DISAN-BOGOTA DC, O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCIÓN CONSTITUCIONAL DE TUTELA"** así:

Oferta a evaluar:

ANEXO No. 1

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE VERIFICACIÓN Y DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

ITEM	CUPS	SERVICIO	OFERTA	NO OFERTA
		URGENCIAS		
1	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	X	
2	5DSB01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACIÓN EN URGENCIAS COMPLEJIDAD BAJA	X	
3	5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	X	
4	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGÍA (SUTURAS)	X	
5	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS	X	
6	601T02-639	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE(FLORIDA-PALMIRA SIMPLE)	X	
7	601T02-640	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE(FLORIDA-CALI SIMPLE)	X	
8	10B004	INTERNACIÓN COMPLEJIDAD BAJA CUATRO O MAS CAMAS		X
		CONSULTA EXTERNA E INTERCONSULTA Y PROCEDIMIENTOS		
9	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	X	
10	890363	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR		X
11	890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA		X
12	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	X	
13	890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA		X
14	890263	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR		X
15	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	X	
16	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	X	
17	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA	X	
18	890306	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA	X	
19	935301	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	X	
20	935302	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MANO	X	
21	935304	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)	X	
22	935305	APLICACION O CAMBIO DE YESO EN PIE	X	
23	935306	APLICACION O CAMBIO DE YESO, ESPICA, ARNES O ALMOHADILLA PARA INMOVILIZACION DE PELVIS (CADERA)	X	
24	935400	APLICACION DE FERULA SOD	X	
25	936800	INMOVILIZACION O MANIPULACION ARTICULAR INESPECIFICA SOD	X	
26	862701	ONICECTOMIA	X	
27	939402	NEBULIZACION	X	
28	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	X	
29	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	X	
30	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	X	
31	965901	LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA GENERAL	X	
32	965902	LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA ESPECIAL	X	
33	965201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS	X	
34	965301	IRRIGACION O CURACION DE CONDUCTOS NASALES	X	
35	976501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO URETRAL	X	
36	977100	EXTRACCION DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD	X	
37	981100	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD		
38	981201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISION VIA TRANSNASAL	X	
39	982101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE LA CONJUNTIVA	X	
40	982102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN CORNEA O ESCLEROTICA	X	
41	982700	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN BRAZO Y ANTEBRAZO SOD	X	
42	982800	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE SOD	X	
43	982900	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN MIEMBRO INFERIOR SALVO PIE SOD	X	
44	971100	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO SUPERIOR SOD	X	
45	971200	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO INFERIOR SOD	X	
46	971600	SUSTITUCION DE TAPON O DRENAJE DE HERIDA SOD	X	
47	970100	SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) NASOGASTRICO O DE ESOFAGOSTOMIA SOD	X	
47	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	X	
48	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	X	
50	971200	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO INFERIOR SOD	X	
49	873004	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA [CARPOGRAMA]	X	
		AYUDA DIAGNOSTICA Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS		
51	873122	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO	X	
52	873205	RADIOGRAFIA DE CODO	X	
		EXÁMENES DE RADIOLOGÍA (ESPECIAL Y CONVENCIONAL) MAMOGRAFÍA Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES		
54	873210	RADIOGRAFIA DE MANO	X	
55	873333	RADIOGRAFIA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	X	
56	873335	RADIOGRAFIA DE CALCANEO (AXIAL Y LATERAL)	X	
57	873431	RADIOGRAFIA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACION INTERNA)	X	
58	873111	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO	X	
59	873121	RADIOGRAFIA DE HUMERO	X	
60	873204	RADIOGRAFIA DE HOMBRO	X	
61	873312	RADIOGRAFIA DE FEMUR (AP, LATERAL)	X	
62	873313	RADIOGRAFIA DE PIERNA (AP, LATERAL)	X	
63	873340	RADIOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	X	
64	873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP, LATERAL)	X	
65	873302	RADIOGRAFIA PARA MEDICION DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRIA]	X	
66	871091	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS	X	
67	873411	RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	X	
68	873202	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS	X	
69	873412	RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA	X	
70	873422	RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	X	

71	873443	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	X	
72	873444	RADIOGRAFIAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)	X	
73	870004	RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA	X	
74	870101	RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)	X	
75	870104	RADIOGRAFIA DE MALAR	X	
76	870105	RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO	X	
77	870107	RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES	X	
78	870112	RADIOGRAFIA DE MAXILAR SUPERIOR	X	
79	870113	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR	X	
80	870102	RADIOGRAFIA DE ORBITAS	X	
81	870103	RADIOGRAFIA DE AGUJEROS OPTICOS	X	
82	870108	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES	X	
83	870131	RADIOGRAFIA DE ARTICULACION TEMPOROMAXILAR [ATM]	X	
84	870001	RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE	X	
85	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO	X	
86	870005	RADIOGRAFIA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	X	
87	870006	RADIOGRAFIA DE PEÑASCOS	X	
88	870601	RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	X	
89	870602	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO	X	
90	870603	RADIOGRAFIA DE FARINGE [FARINGOGRAFIA]	X	
91	871010	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL	X	
92	871019	RADIOGRAFIA DE COLUMNA UNION CERVICO DORSAL	X	
93	871020	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA	X	
94	871030	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	X	
95	871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	X	
96	871050	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX	X	
97	871111	RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL	X	
98	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	X	
99	871112	RADIOGRAFIA DE ESTERNON	X	
100	871129	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	X	
101	872002	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE	X	
102	872011	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	X	
103	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	X	
103	881431	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	X	
104	881362	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANALISIS DOPPLER	X	
105	881402	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL	X	
106	881401	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	X	
		EXÁMENES DE ECOGRAFIA Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALESX		
108	881306	ECOGRAFIA DE HIGADO, PANCREAS, VIA BILIAR Y VESICULA	X	
109	881305	ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	X	
110	881302	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	X	
111	881131	ECOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	X	
112	881141	ECOGRAFIA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	X	
113	881510	ECOGRAFIA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	X	
114	881301	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	X	
115	881601	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	X	
116	881602	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	X	
117	881610	ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO	X	
118	881620	ECOGRAFIA ARTICULAR DE RODILLA	X	
119	881201	ECOGRAFIA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	X	
120	881313	ECOGRAFIA DE ABDOMEN (PILORO)	X	
121	881332	ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL)	X	
122	881501	ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSABDOMINAL	X	
123	881511	ECOGRAFIA TESTICULAR CON ANALISIS DOPPLER	X	
124	881620	ECOGRAFIA ARTICULAR DE RODILLA	X	
124	903802	ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS	X	
125	903877	ACIDO URICO EN ORINA PARCIAL	X	
126	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	X	
127	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	X	
128	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	X	
129	901001	ANTIBIOGRAMA (DISCO)	X	
130	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	X	
		LABORATORIO CLINICO		
132	901111	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NEELSEN] LECTURA SERIADA TRES MUESTRAS	X	
133	901101	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	X	
134	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	X	
135	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	X	
136	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	X	
137	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	X	
138	903818	COLESTEROL TOTAL	X	
139	901102	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA	X	
140	901104	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	X	
141	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	X	
142	911010	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO	X	
143	907002	COPROLOGICO	X	
144	907003	COPROLOGICO POR CONCENTRACION	X	
145	907004	COPROSCOPICO	X	
146	903881	CREATINA EN ORINA DE 24 HORAS	X	
147	903823	CREATININA DEPURACION	X	
148	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	X	
149	903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL	X	
150	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	X	

151	903826	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA	X	
152	901218	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULAOSEA	X	
153	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES	X	
154	906207	Dengue ANTICUERPOS Ig G	X	
155	906208	Dengue ANTICUERPOS Ig M	X	
156	906209	Dengue ANTICUERPOS TOTALES	X	
157	903828	DESHIDROGENASA LACTICA	X	
158	905727	DROGAS DE ABUSO	X	
159	902205	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	X	
160	902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL	X	
161	901325	EXAMEN DIRECTO DE CUALQUIER MUESTRA	X	
162	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	X	
163	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	X	
164	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	X	
165	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	X	
166	906910	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	X	
167	903833	FOSFATASA ALCALINA	X	
168	907005	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACION DE TROFOZOITOS)	X	
169	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	X	
170	903840	GLUCOSA EN ORINA	X	
171	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	X	
172	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	X	
173	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	X	
174	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]	X	
175	903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	X	
176	904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	X	
177	906625	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	X	
178	902211	HEMATOCRITO	X	
179	911018	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] EN TUBO	X	
180	911017	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] POR MICROTECNICA	X	
181	911016	HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] EN TUBO	X	
182	911015	HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] POR MICROTECNICA	X	
183	902213	HEMOGLOBINA	X	
184	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	X	
185	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	X	
186	902207	HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	X	
187	902208	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO	X	
188	902209	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA) AUTOMATIZADO	X	
189	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	X	
190	902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	X	
191	902215	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	X	
192	906317	Hepatitis B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	X	
193	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	X	
194	903027	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS	X	
195	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	X	
196	903028	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	X	
197	903856	NITROGENO UREICO	X	
198	903857	NITROGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	X	
199	906913	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	X	
200	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	X	
201	903862	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS	X	
202	903874	PROTEINAS TOTALES EN ORINA PARCIAL	X	
203	903863	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	X	
204	903886	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)	X	
205	903887	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)	X	
206	903888	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 90 Y 120 MINUTOS)	X	
207	903889	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS)	X	
208	903885	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)	X	
209	903890	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)	X	
210	903891	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)	X	
211	903892	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	X	
212	903893	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	X	
213	903894	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)	X	
214	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	X	
215	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	X	
216	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	X	
217	902224	RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	X	
218	902223	RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	X	
219	902041	RETRACCION DE COAGULO	X	
220	906241	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	X	
221	906242	Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	X	
222	906243	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	X	
223	906244	Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	X	

224	903884	TEST DE O'SULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS)	X	
225	902043	TIEMPO DE COAGULACION	X	
226	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	X	
227	902046	TIEMPO DE SANGRIA [IVY O DUKE]	X	
228	902047	TIEMPO DE SANGRIA ESTANDARIZADO	X	
229	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	X	
230	904921	TIROXINA LIBRE	X	
231	906128	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	X	
232	906127	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	X	
233	906130	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	X	
234	906129	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	X	
235	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	X	
236	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	X	
237	903868	TRIGLICERIDOS	X	
238	903436	TROPONINA I CUALITATIVA	X	
239	907106	UROANALISIS	X	
240	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	X	
241	901237	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA MANUAL)	X	
242	901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)	X	
243	906249	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	X	

OTRAS CONDICIONES TECNICAS MÍNIMAS HABILITABLES

<table>
<tr><th>ITEM</th><th>CONDICIONES TECNICAS</th><th>CUMPLE</th><th>NO CUMPLE</th></tr>
<tr><td>1</td><td>EXPERIENCIA PROPONENTE
Con el fin de garantizar la calidad de los servicios a contratar y evitar incumplimientos en la ejecución del futuro contrato, se requiere que el oferente acredite experiencia durante los últimos tres años en actividades iguales o similares con el objeto del presente proceso. La experiencia debe ser adecuada y proporcional a la naturaleza del proceso y a su valor; para lo cual presentará certificaciones de contratos ejecutados o en ejecución con empresas públicas o privadas, nacionales o extranjeras. La certificación debe contener la experiencia de forma directa e individual o a través de la participación en proponentes plurales, cuyo objeto sea igual o guarde coherencia con el objeto de la presente contratación, y cuya sumatoria sea igual o mayor al 50% del presupuesto oficial asignado en el proceso.

<table><tr><th>PRESUPUESTO OFICIAL</th><th>50% EN PESOS</th><th>EN SMMLV</th></tr><tr><td>$25.000.000</td><td>$12.500.000</td><td>9</td></tr></table>
Las certificaciones deben contener la siguiente información:
• Objeto del contrato
• No. Del contrato
• Valor
• Plazo
• Fechas de inicio y finalización del contrato
• Cumplimiento
• Nombre y NIT del contratante y del contratista

No se admiten:
- Certificaciones de Subcontrataciones.
- Auto certificaciones.
- Copias de contratos, facturas, órdenes de pedido, órdenes de suministro, órdenes de pago.

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.

Nota 1: Si son contratos realizados bajo la modalidad de Consorcio o de Unión Temporal, la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4 tomará para la verificación, el porcentaje (%) de participación en la ejecución del contrato del oferente que haga parte del Consorcio o de la Unión Temporal, y luego se sumará el valor obtenido para así establecer el total acreditado. Para lo anterior, deberá presentar el documento que acreditó la conformación del Consorcio o de la Unión Temporal, donde deberá constar el porcentaje de participación de cada uno de los integrantes para la ejecución del contrato.</td><td>X</td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td>NIVEL DE EDUCACIÓN O NIVEL ACADÉMICO
El oferente deberá anexar junto a la oferta una certificación firmada por el representante legal de la entidad, en la que certifique que cuenta con el talento humano que le permita cumplir con el objeto de este contrato y que este personal posee la formación, capacitación e idoneidad requerida y la experiencia necesaria para la prestación de los servicios y procedimientos que se soliciten, igualmente que realizó la verificación en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) conforme a lo establecido en la Ley 1164 de 2007.</td><td>X</td><td></td></tr>
<tr><td>3</td><td>EXPERIENCIA
El Oferente deberá acreditar junto a la oferta como mínimo un año de experiencia en el mercado y sus servicios deberán estar habilitados ante la Secretaria Departamental de Salud, lo cual se podrá verificar en el Certificado de Existencia y Representación de la cámara de comercio.</td><td>X</td><td></td></tr>
</table>

4	**EXPERIENCIA DEL PERSONAL** El proponente deberá anexar certificación junto a la oferta en la que certifique que el personal vinculado, el cual desarrollará los diferentes procesos relacionados con el objeto del futuro contrato, cuenta con el conocimiento y experiencia de mínimo un año en la práctica de los mismos.	X	
5	**CAPACIDAD OPERATIVA** El oferente mediante certificación firmada por el representante legal de la entidad, anexa a la oferta, deberá certificar que cuenta con la infraestructura física y apoyo tecnológico suficiente para la prestación de los servicios de salud objeto del proceso enmarcados en los parámetros de la Resolución 3100 del 2019 debiendo cumplir con las siguientes condiciones: • Equipos biomédicos y material médico acorde a las necesidades y bajo estándares de seguridad para la atención de los usuarios. • Acreditar la aplicación de protocolos aceptados en salud para el manejo de pacientes y por ningún motivo se aceptarán tratamientos o procedimientos experimentales. • Garantizar la accesibilidad y oportunidad en la atención de los servicios ofertados	X	
6	**REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DEPARTAMENTAL** Con el fin de verificar los servicios habilitados por la entidad, el oferente deberá adjuntar a la oferta la certificación de inscripción en el registro de prestadores de servicios de salud, en donde se identifican los servicios habilitados para la prestación de sus servicios. **Actualizada.** En cuanto a los servicios NO SE ACEPTAN subcontrataciones, paraparticipar deben constituirse como Consorcio o Uniones Temporales.	X	
7	Servicios de urgencias 24 horas para la prestación de servicios de los usuriarios del subsitema de salud Policia Nacional	X	
8	**Compromiso ambiental:** El oferente se compromete a contribuir con la protección del medio ambiente a través de la prevención de la contaminación, el cumplimiento de la legislación y las diferentes regulaciones ambientales y el control de los impactos ambientales adversos, así como al mejoramiento continuo del desempeño ambiental, además sus productos deberán cumplir los parámetros exigidos por el Sistema de Gestión Ambiental. El oferente debe garantizar la disposición final de materiales utilizados y su tratamiento como residuos hospitalarios, los cuales podrán ser verificados periódicamente por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4.	X	
9	El contratista dispondrá de una persona encargada de la Coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre procedimientos, tratamientos, quejas, programaciones y en general para la atención de los usuarios. Esta línea telefónica será de manejo por parte del supervisor del contrato y personal del Grupo de Redes Integrales de Servicios de Salud de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4. **Se debe anexar documento escrito junto a la oferta indicando la información anterior.**	X	
10	El oferente se compromete a prestar los servicios de salud objeto de este contrato a los usuarios de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4. en forma permanente, eficiente, amable y con excelente trato, dentro de los horarios de atención estipulados para cada servicio, de manera oportuna y con calidad.	X	
11	El contratista solo prestará los servicios objeto del contrato a los usuarios y beneficiarios de la Policía Nacional presentando los siguientes documentos: ➢ Documento de identidad original a la vista ➢ Orden de servicio autorizada por la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4 ➢ Formato de Referencia y contra referencia diligenciado	X	
12	La entidad debe verificar que la orden de servicio este diligenciada en su totalidad con nombre del usuario, documento de identificación, diagnóstico, servicio solicitado. Cuando se trate de medicamentos o procedimientos no contemplados en el plan de beneficios, el profesional deberá utilizar y diligenciar los formatos de Comité técnico Científico (CTC) de la Policía Nacional, establecidos para tal fin con el objetivo de agilizar la autorización de los mismos.	X	
13	**Presentar junto con la oferta, firmado por el representante legal** el portafolio actualizado de los servicios que la entidad ofrece con los horarios y días de servicio, de acuerdo a lo solicitado por la Regional de Aseguramiento en Salud N°4. **(No se aceptan brochure o folleto).**	X	
14	En caso de requerir servicios en relación del objeto del contrato que no se encuentren contemplados dentro del mismo, pero que en cumplimiento a sentencias judiciales o necesidad de pacientes sea necesario, se podrán solicitar bajo cotización basada en los precios de mercado actual, bajo la aprobación de la Jefatura de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4.	X	
15	Informar por escrito al supervisor del contrato de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4. ✓ cuando éste lleve un 70% 80% 90% de su ejecución. Por ningún motivo el contratista debe sobre ejecutar el valor del contrato so pena de no ser canceladas las actividades realizadas fuera del valor del contrato. ✓ De manera semanal deberá enviarse correo y/o comunicado donde se indique el valor y % ejecutado del contrato	X	
16	El oferente **anexar junto con su oferta certificación** de revisión de protocolos de manejo en el último año, firmado por el **representante legal de la institución.**	X	

17	El proponente elegido presentara en formato Excel la relación de procedimientos, así: 1) códigos CUPS, 2) descripción 3) valor. 4) No de orden de autorización (generada por referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud N°4) 5) Fecha de la orden de autorización (generada por referencia de la Regional de Aseguramiento en Salud N°4)	X	
18	Informar si la empresa, consorcio o unión temporal presenta sanciones vigentes de acuerdo al Registro Único de Infractores Ambientales (RUIA) del Ministerio de Ambiente y Desarrollo http://vital.minambiente.gov.co/SILPA_UT_PRE/RUIA/ConsultarSancion.aspx?Ubic=ext), por lo cual, el oferente deberá anexar carta firmada por el representante legal de la misma, donde manifieste que la empresa no cuenta con sanciones vigentes por incumplimiento de la legislación ambiental colombiana. En el caso de consorcios o uniones temporales, deberá **anexarse la carta firmada por el representante legal** de cada empresa que haga parte del consorcio o unión temporal donde manifieste que no cuenta con sanciones vigentes por incumplimiento de la legislación ambiental colombiana. Anexar junto a la oferta pantallazo de consulta en el Registro Único de Infractores Ambientales (RUIA) del Ministerio de Ambiente y Desarrollo.	X	
19	El servicio debe ser prestado bajo responsabilidad de la entidad contratada, con cumplimiento de requisitos según lo contemplado en el Decreto 1011 del 2006; Resolución 3100 del 2019 y todas aquellas normas legales que deroguen o establezcan estándares de calidad en prestación de servicios de salud. Estos pueden ser verificados en cualquier momento por parte del grupo de Auditores de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4 incluyendo **LA ATENCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS GENERADOS DURANTE EL MANEJO DEL PACIENTE ENTENDIDO COMO "EL DAÑO O COMPLICACIÓN NO INTENCIONAL CONSECUENCIA DEL CUIDADO MÉDICO O TODO AQUEL DERIVADO DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y NO DE LA ENFERMEDAD MISMA DEL PACIENTE.** De esta manera se define que la atención de eventos adversos generados durante el manejo del paciente correrá a cargo del contratista una vez el caso sea verificado por el equipo de auditores de las dos entidades.	X	
20	**EL CONTRATISTA NO PODRÁ CONTINUAR PRESTANDO LOS SERVICIOS OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO, UNA VEZ SE HAYA AGOTADO EL PRESUPUESTO ASIGNADO AL MISMO,** salvo que se trate de urgencias debidamente justificadas de acuerdo a la normatividad vigente para la atención inicial de Urgencia o Urgencia vital, cuyo pago obedecerá al trámite interno establecido para la cancelación de dichos eventos previa autorización de la oficina de referencia.	X	
21	Informar al supervisor del contrato el saldo de este con una periodicidad mensual y cuando se haya ejecutado en un cincuenta (50 %), setenta (70%), noventa (90%) en ningún caso el contrato podrá superar el 100% del valor contratado, si se llegare a sobrepasar este será asumido por el contratista por sobre ejecución contractual; así mismo se realizarán controles y cruces de cartera en la medida que se requiera (diario, semanal, quincenal, mensual).	X	

CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES VERIFICABLES

Lineamientos para la implementación del SG-SST que se deben cumplir

ITEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE	
		SI	NO
1	Presentar junto a la oferta Certificado no superior a tres meses emitido por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) sobre la Evaluación Inicial de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), donde conste una calificación que se encuentre en una escala de valoración "Aceptable" (puntaje mayor a 85%) y mantener la calificación y evidencias a disposición (para el caso de consorcio o uniones temporales se deberá presentar el certificado por cada empresa que conforma la unión temporal o consorcio). La calificación total de la Evaluación Inicial del SGSST será objeto de verificación durante la ejecución del contrato.	X	
2	El Oferente debe cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto N° 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución N° 0312 de 2019 "Por la cual se definen los estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo". Presentar junto a la oferta la constancia donde se certifique que los integrantes de la empresa (en todos sus niéveles) tienen pleno conocimiento y especificación de los peligros/riesgos, así como los medios de control de los mismos, al momento de ejecutar el servicio en la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4. Así mismo que cuentan con la tenencia de los elementos de protección personal acorde a las necesidades y según los riesgos de cada tarea a ejecutar en las instalaciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4. **(aplica para personal que presta sus servicios en las instalaciones propias de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4)**	X	

Conforme a lo anterior, se realizó una verificación en la página de COLOMBIA COMPRA EFICIENTE SECOPII, donde se evidencian los anexos y documentos aportados en la presentación de la oferta, se puede determinar que la IPS CLINICA SALUD FLORIDA S.A NIT 815000253-3, *CUMPLE CON LAS CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS REQUERIDAS*.

Atentamente,

Subintendente. **LEYDI JOHANNA SANCHEZ MERCADO**
Comité Técnico Evaluador

ENF. **JEFE BRETHGETH XILENA PORTILLA DIAZ**
Comité Técnico Evaluador

4. CONSOLIDADO DE VERIFICACIONES JURÍDICA, TÉCNICA Y ECONÓMICA

Una vez analizados los resultados de las evaluaciones remitidas por los comités evaluadores, realizada a la oferta presentada por el oferente **PROFAMILIA** en el aspecto económico, técnico y jurídico el resultado fue el siguiente:

PROPONENTE	VERIFICACIÓN ECONÓMICA		VERIFICACIÓN JURÍDICA		VERIFICACIÓN TÉCNICA	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
IPS CLINICA SALUD FLORIDA SA	X		X		X	

Se reitera a los funcionarios integrantes de los Comités Evaluadores (Jurídico, Técnico y Económico), que las evaluaciones serán única y exclusiva responsabilidad de cada uno de sus integrantes, conforme a la oferta presentada dentro del proceso de Mínima Cuantía No. **PN RASES4 MIC 226/2024**

5. RECOMENDACIÓN

De acuerdo a lo anterior y de conformidad con el numeral 4 del artículo 2.2.1.2.1.5.2. del Decreto 1082 de 2015, el comité evaluador y el comité de adquisiciones, RECOMIENDAN al Señor Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud No. 4, adjudicar el proceso No. **PN RASES4 MIC 226/2024**, cuyo objeto es **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE FLORIDA Y SU JURISDICCIÓN, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y QUE SEAN PREVIAMENTE APROBADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE LA DISAN-BOGOTA DC, O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCIÓN CONSTITUCIONAL DE TUTELA"** A la **IPS CLINICA SALUD FLORIDA SA,** identificada con el Nit. **815000253-3,** representada legalmente por **MAURICIO LONDOÑO AGUILAR** identificado con Cedula de Ciudadanía No. 16.893.724 expedida en Florida, por un valor total de **VEITIDOS MILLONES DE PESOS COLOMBIANOS ($22.000.000 COP),** distribuidos de la siguiente manera: **Vigencia año 2024**: **DOS MILLONES DE PESOS COLOMBAINOS ($ 2.000.000 COP)** Amparado en el certificado de disponibilidad presupuestal No. **72624** de fecha 22 de noviembre del 2024, expedido por el responsable de presupuesto de la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 4. **Vigencia año 2025: VEINTE MILLONES DE PESOS COLOMBIANOS ($ 20.000.000 COP)**. Respaldado con la autorización de cupo para vigencias futuras por parte del Director de Sanidad de la Policía Nacional, mediante Oficio N° GS-2024-050341-DISAN con número de autorización SIIF NACIÓN II **17624** para la Regional de Aseguramiento en Salud No.4.

ITEM	DESCRIPCIÓN	PRESUPUESTO TOTAL	% DE DESCUENTO OFERTADO
1	"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE FLORIDA Y SU JURISDICCIÓN, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y QUE SEAN PREVIAMENTE APROBADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE LA DISAN-BOGOTA DC, O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCIÓN CONSTITUCIONAL DE TUTELA."	$22.000.000	0 %

ITEM	CUPS	SERVICIO	VALOR ESTIMADO
		URGENCIAS	
1	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	$ 73.260
2	5DSB01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACIÓN EN URGENCIAS COMPLEJIDAD BAJA	$ 83.880
3	5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	$ 26.370
4	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGÍA (SUTURAS)	$ 61.020
5	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS	$ 85.950
6	601T02-639	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE(FLORIDA-PALMIRA SIMPLE)	$ 319.230
7	601T02-640	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO TERRESTRE(FLORIDA-CALI SIMPLE)	$ 372.600
		CONSULTA EXTERNA E INTERCONSULTA Y PROCEDIMIENTOS	
8	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	$ 44.460
9	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	$ 64.350
10	890363	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	$ 64.350
11	890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	$ 64.350
12	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	$ 64.350
13	890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	$ 64.350
14	890263	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	$ 64.350
15	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	$ 32.310
16	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	$ 44.460
17	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA	$ 13.770
18	890306	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA	$ 32.310
19	935301	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	$ 69.930
20	935302	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MANO	$ 69.930
21	935304	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)	$ 104.220
22	935305	APLICACION O CAMBIO DE YESO EN PIE	$ 69.930
23	935306	APLICACION O CAMBIO DE YESO, ESPICA, ARNES O ALMOHADILLA PARA INMOVILIZACION DE PELVIS (CADERA)	$ 138.510
24	935400	APLICACION DE FERULA SOD	$ 69.930
25	936800	INMOVILIZACION O MANIPULACION ARTICULAR INESPECIFICA SOD	$ 104.220
26	862701	ONICECTOMIA	$ 108.900
27	939402	NEBULIZACION	$ 18.630
28	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	$ 28.620
29	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	$ 28.620
30	937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD	$ 28.620
31	965901	LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA GENERAL	$ 26.370
32	965902	LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA ESPECIAL	$ 26.370
33	965201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS	$ 31.230
34	965301	IRRIGACION O CURACION DE CONDUCTOS NASALES	$ 31.230
35	976501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO URETRAL	$ 38.610
36	977100	EXTRACCION DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD	$ 71.190
37	981100	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD	$ 75.420
38	981201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISION VIA TRANSNASAL	$ 75.420
39	982101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE LA CONJUNTIVA	$ 80.910
40	982102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN CORNEA O ESCLEROTICA	$ 80.910
41	982700	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN BRAZO Y ANTEBRAZO SOD	$ 80.910
42	982800	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE SOD	$ 75.420
43	982900	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN MIEMBRO INFERIOR SALVO PIE SOD	$ 75.420
44	971100	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO SUPERIOR SOD	$ 69.930
45	971200	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO INFERIOR SOD	$ 69.930
46	971600	SUSTITUCION DE TAPON O DRENAJE DE HERIDA SOD	$ 26.370
		AYUDA DIAGNOSTICA Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS	
47	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	$ 61.020
48	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	$ 33.390
		EXÁMENES DE RADIOLOGÍA (ESPECIAL Y CONVENCIONAL) MAMOGRAFÍA Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	
49	873004	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA [CARPOGRAMA]	$ 62.730
50	873112	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	$ 62.730
51	873122	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO	$ 62.730
52	873205	RADIOGRAFIA DE CODO	$ 62.730
53	873206	RADIOGRAFIA DE PUÑO O MUÑECA	$ 62.730
54	873210	RADIOGRAFIA DE MANO	$ 62.730
55	873333	RADIOGRAFIA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	$ 62.730
56	873335	RADIOGRAFIA DE CALCANEO (AXIAL Y LATERAL)	$ 62.730
57	873431	RADIOGRAFIA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACION INTERNA)	$ 62.730
58	873111	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO	$ 81.360
59	873121	RADIOGRAFIA DE HUMERO	$ 81.360
60	873204	RADIOGRAFIA DE HOMBRO	$ 81.360
61	873312	RADIOGRAFIA DE FEMUR (AP, LATERAL)	$ 81.360
62	873313	RADIOGRAFIA DE PIERNA (AP, LATERAL)	$ 81.360
63	873340	RADIOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	$ 81.360
64	873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP, LATERAL)	$ 81.360
65	873302	RADIOGRAFIA PARA MEDICION DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRIA]	$ 80.910
66	871091	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS	$ 69.030
67	873411	RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	$ 69.030
68	873202	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS	$ 36.810
69	873412	RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA	$ 36.810
70	873422	RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	$ 36.810
71	873443	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	$ 36.810
72	873444	RADIOGRAFIAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)	$ 33.120
73	870004	RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA	$ 81.360
74	870101	RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)	$ 81.360
75	870104	RADIOGRAFIA DE MALAR	$ 81.360

76	870105	RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO	$ 81.360
77	870107	RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES	$ 81.360
78	870112	RADIOGRAFIA DE MAXILAR SUPERIOR	$ 81.360
79	870113	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR	$ 81.360
80	870102	RADIOGRAFIA DE ORBITAS	$ 81.360
81	870103	RADIOGRAFIA DE AGUJEROS OPTICOS	$ 81.360
82	870108	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES	$ 81.360
83	870131	RADIOGRAFIA DE ARTICULACION TEMPOROMAXILAR [ATM]	$ 81.360
84	870001	RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE	$ 91.890
85	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO	$ 81.360
86	870005	RADIOGRAFIA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	$ 105.030
87	870006	RADIOGRAFIA DE PEÑASCOS	$ 105.030
88	870601	RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	$ 94.050
89	870602	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO	$ 94.050
90	870603	RADIOGRAFIA DE FARINGE [FARINGOGRAFIA]	$ 94.050
91	871010	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL	$ 102.960
92	871019	RADIOGRAFIA DE COLUMNA UNION CERVICO DORSAL	$ 102.960
93	871020	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA	$ 100.800
94	871030	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	$ 100.800
95	871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	$ 125.370
96	871050	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX	$ 97.830
97	871111	RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL	$ 89.370
98	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	$ 89.370
99	871112	RADIOGRAFIA DE ESTERNON	$ 80.460
100	871129	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	$ 80.460
101	872002	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE	$ 104.220
102	872011	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	$ 138.060
		EXÁMENES DE ECOGRAFIA Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	
103	881431	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	$ 97.830
104	881362	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANALISIS DOPPLER	$ 144.450
105	881402	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL	$ 119.430
106	881401	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	$ 152.460
107	881432	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL	$ 152.460
108	881306	ECOGRAFIA DE HIGADO, PANCREAS, VIA BILIAR Y VESICULA	$ 144.450
109	881305	ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	$ 144.450
110	881302	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	$ 144.450
111	881131	ECOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 148.680
112	881141	ECOGRAFIA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 148.680
113	881510	ECOGRAFIA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 148.680
114	881301	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	$ 148.680
115	881601	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 148.680
116	881602	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 155.880
117	881610	ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO	$ 155.880
118	881620	ECOGRAFIA ARTICULAR DE RODILLA	$ 155.880
119	881201	ECOGRAFIA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 156.690
120	881313	ECOGRAFIA DE ABDOMEN (PILORO)	$ 229.140
121	881332	ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL)	$ 174.960
122	881501	ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSABDOMINAL	$ 156.690
123	881511	ECOGRAFIA TESTICULAR CON ANALISIS DOPPLER	$ 201.240
		LABORATORIO CLINICO	
124	903802	ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 20.790
125	903877	ACIDO URICO EN ORINA PARCIAL	$ 20.790
126	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 20.790
127	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 12.600
128	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 24.120
129	901001	ANTIBIOGRAMA (DISCO)	$ 38.610
130	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 192.330
131	906304	ANTIGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 43.650
132	901111	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NEELSEN] LECTURA SERIADA TRES MUESTRAS	$ 19.710
133	901101	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	$ 19.710
134	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	$ 12.960
135	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	$ 31.230
136	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	$ 36.810
137	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	$ 36.810
138	903818	COLESTEROL TOTAL	$ 37.890
139	901102	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA	$ 19.710
140	901104	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 43.650
141	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 15.930
142	911010	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO	$ 23.040
143	907002	COPROLOGICO	$ 12.240
144	907003	COPROLOGICO POR CONCENTRACION	$ 18.630
145	907004	COPROSCOPICO	$ 48.330
146	903881	CREATINA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 28.620
147	903823	CREATININA DEPURACION	$ 28.620
148	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 17.820
149	903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL	$ 17.820
150	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 17.820
151	903826	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA	$ 11.520
152	901218	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULAOSEA	$ 82.620
153	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES	$ 72.900
154	906207	Dengue ANTICUERPOS Ig G	$ 131.760

155	906208	Dengue ANTICUERPOS Ig M	$ 131.760
156	906209	Dengue ANTICUERPOS TOTALES	$ 123.570
157	903828	DESHIDROGENASA LACTICA	$ 21.870
158	905727	DROGAS DE ABUSO	$ 116.100
159	902205	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	$ 7.110
160	902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL	$ 7.110
161	901325	EXAMEN DIRECTO DE CUALQUIER MUESTRA	$ 31.230
162	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	$ 31.230
163	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	$ 17.820
164	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	$ 11.160
165	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	$ 20.430
166	906910	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 32.310
167	903833	FOSFATASA ALCALINA	$ 22.680
168	907005	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACION DE TROFOZOITOS)	$ 28.260
169	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	$ 85.590
170	903840	GLUCOSA EN ORINA	$ 12.600
171	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 18.630
172	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	$ 46.980
173	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	$ 46.980
174	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]	$ 18.630
175	903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	$ 46.980
176	904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	$ 60.120
177	906625	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 68.220
178	902211	HEMATOCRITO	$ 5.580
179	911018	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] EN TUBO	$ 16.380
180	911017	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] POR MICROTECNICA	$ 16.380
181	911016	HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] EN TUBO	$ 29.340
182	911015	HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] POR MICROTECNICA	$ 29.340
183	902213	HEMOGLOBINA	$ 11.520
184	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	$ 68.220
185	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	$ 68.220
186	902207	HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	$ 30.870
187	902208	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO	$ 30.870
188	902209	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA) AUTOMATIZADO	$ 30.870
189	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	$ 30.870
190	902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	$ 15.930
191	902215	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	$ 15.930
192	906317	Hepatitis B ANTIGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	$ 134.280
193	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	$ 97.830
194	903027	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 56.340
195	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	$ 56.340
196	903028	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	$ 56.340
197	903856	NITROGENO UREICO	$ 14.850
198	903857	NITROGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 14.850
199	906913	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	$ 62.730
200	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 18.630
201	903862	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 14.130
202	903874	PROTEINAS TOTALES EN ORINA PARCIAL	$ 12.600
203	903863	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	$ 12.600
204	903886	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)	$ 85.599
205	903887	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)	$ 85.599
206	903888	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 90 Y 120 MINUTOS)	$ 85.599
207	903889	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS)	$ 85.599
208	903885	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)	$ 85.599
209	903890	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)	$ 85.599
210	903891	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)	$ 85.599
211	903892	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$ 85.599
212	903893	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$ 85.599
213	903894	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)	$ 85.599
214	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	$ 19.710
215	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	$ 12.600
216	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	$ 12.600
217	902224	RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	$ 19.710
218	902223	RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	$ 19.710
219	902041	RETRACCION DE COAGULO	$ 19.710
220	906241	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 102.510
221	906242	Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	$ 102.510
222	906243	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 107.550
223	906244	Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	$ 107.550
224	903884	TEST DE O'SULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS)	$ 85.590
225	902043	TIEMPO DE COAGULACION	$ 18.180
226	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	$ 44.910
227	902046	TIEMPO DE SANGRIA [IVY O DUKE]	$ 7.830
228	902047	TIEMPO DE SANGRIA ESTANDARIZADO	$ 7.830
229	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	$ 43.650
230	904921	TIROXINA LIBRE	$ 74.160
231	906128	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 113.490
232	906127	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 113.490

233	906130	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 113.490
234	906129	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 113.490
235	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	$ 32.310
236	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	$ 32.310
237	903868	TRIGLICERIDOS	$ 20.790
238	903436	TROPONINA I CUALITATIVA	$ 95.310
239	907106	UROANALISIS	$ 19.710
240	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	$ 81.360
241	901237	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA MANUAL)	$ 81.360
242	901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)	$ 81.360
243	906249	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	$ 106.740

OBSERVACIONES GENERALES:

- ✓ Publicado el informe de evaluación en el SECOP, **se otorga un plazo de un día hábil** para que los proponentes puedan formular observaciones al mismo, contado a partir de la publicación del informe de evaluación. **(Artículo 2.2.1.2.1.5.2 numeral 5 del decreto 1082 de 2015).**

- ✓ La adjudicación se hará mediante comunicación de aceptación de la oferta, que se publicará en el SECOP II.

- ✓ Con la publicación de la comunicación de aceptación en el SECOP II el proponente seleccionado quedará informado de la aceptación de su oferta.

- ✓ La comunicación de aceptación junto con la oferta constituye para todos los efectos el contrato celebrado.

Atendiendo la recomendación hecha por los evaluadores Jurídico, Técnico y Económico del presente proceso, la cual fue acogida por el Comité de Adquisiciones de la Regional de Aseguramiento en Salud No.4, la jefatura de la Regional De Aseguramiento En Salud No.4, la acepta y determina que se proceda a la adjudicación del proceso.

Mayor, CRISTIAN HERNANDO ALVAREZ ZAMBRANO
Jefe de la Regional de Aseguramiento en Salud N° 4

Anexo: Soportes de las evaluaciones realizadas y lista de asistencia

Elaborado por: PT. DIANA CHAVEZ FERNANDEZ – Analista de contratos
Revisado por: CT. GUSTAVO ANDRÉS NARVÁEZ ARTEAGA- Jefe grupo de contratos RASES4
Fecha de elaboración. 10/12/2024
Ubicación: C:\\ Mis Documentos\

"Humanismo y calidad, camino a la excelencia en la sanidad policial"
Avenida 10N 16N-21 Barrio Granada
Teléfono 6604128
Deval.rases-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.4

Fecha:	Santiago de Cali, 10 diciembre del 2024		
Hora de inicio:	16:00 horas	**Hora de finalización:**	16:30 horas
Lugar:	Sala de Juntas Regional de Aseguramiento en Salud N° 4		

ACTA 30 – ARLOF – GRUCO

Que trata de la presentación del informe de las evaluaciones del proceso de Mínima Cuantía No. **PN RASES4 MIC 226/2024**, cuyo objeto es **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, RESIDENTES EN EL MUNICIPIO DE FLORIDA Y SU JURISDICCIÓN, SEGÚN PROTOCOLOS ESTABLECIDOS TÉCNICA Y CIENTÍFICAMENTE EN EL ÁMBITO NACIONAL CONSIGNADOS EN EL ACUERDO NO. 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN EL ACUERDO 002 DEL 27 DE ABRIL DE 2001 Y QUE SEAN PREVIAMENTE APROBADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE LA DISAN-BOGOTA DC, O AQUELLOS AMPARADOS BAJO ACCIÓN CONSTITUCIONAL DE TUTELA"**

ASISTENTES

GR.	NOMBRES Y APELLIDOS	UNIDAD O DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	CEDULA DE CIUDADANÍA	TELÉFONO	FIRMA
MY	GEOVANNY ALBERTO FRANCO SANCHEZ	Jefe Área Logística y Financiera	geovanny.franco1269@correo.policia.gov.co	6107640	3123511639	
CT	GINA PAOLA CARRASCAL AGUILAR	Jefe Área de Aseguramiento en Salud RASES	gina.carrascal1195@correo.policia.gov.co	22736053	3244722119	
IT	OSCAR PALOMINO	Oficina de Planeación	oscar.palomino1021@correo.policia.gov.co	6406412	3102415242	
PT	FABIAN CABRERA	Responsable de jurídica	fabian.cabrerar@correo.policia.gov.co	1089290269	3223113250	
SI	LEYDI SANCHEZ MERCADO	Comité Técnico	leydi.sanchez3821@correo.policia.gov.co	1.116.244.998	3132813578	
CPS	BRIGITHE PORTILLA	Comité Técnico	—	1.082.656587	—	
CPS	PAULA ANDREA GUTIERREZ	Comité Económico	gutierrezpaula@correo.	1090558016	3104370444	
CPS	SULY CORTES GRAJALES	Comité Jurídico	deval.rases-ntj@policia.gov.co	29+05?A+	3014976089	
CT	GUSTAVO ANDRÉS NARVÁEZ ARTEAGA	Jefe Contratos RASES	gustavo.narvaez1233@correo.policia.gov.co	1086103038	3174837140	
PT	DIANA MADELEINE CHAVEZ FERNANDEZ	Analista de contratos	diana.chavezf@correo.policia.gov.co	1107061537	3008135202	