No. S-2020-002351 / AREAD-GRUCO 17.2

Envigado, 06/10/2020

Señor
CARMENZA LOPERA LEAL
Urólogos y Ginecólogos de Colombia S.A.
Carrera 25ª #1ª sur-45 piso 6
Teléfono 4487644
Medellin - Antioquia

Asunto: Aceptación Oferta proceso **PN UPRES DEANT MIC 213-2020**

Con toda atención me permito informarle que la propuesta presentada por usted, el pasado 28/09/2020, dentro del proceso **PN UPRES DEANT MIC 213-2020**, cuyo objeto es **"Prestación de servicios de urodinamias, uroflujometrías, videourodinamias, consultas de urología y procedimientos relacionados de apoyo diagnóstico, para garantizar de manera oportuna las atenciones que requieran los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia"** por la suma de DIECISIETE MILLONES PESOS MONEDA LEGAL **($17.000.000,00)** distribuidos de la siguiente manera: $2.000.000,00 correspondientes a la vigencia presupuestal 2020 y $15.000.000,00 correspondientes a la vigencia presupuestal 2021, ha sido aceptada por esta Unidad, así:

No. CONTRATO	102-7-20241-20
CONTRATANTE	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA NIT. 901.363.087-6
ORDENADOR DEL GASTO	Mayor LEONARDO ESPINAL GRANADA
CÉDULA DE CIUDADANÍA No.	71.788.021 de Medellín
CARGO	Jefe Unidad Prestadora De Salud Antioquia
DISPOSICIÓN DE NOMBRAMIENTO	Orden Interna No. 008 del 16/01/2020
RESOLUCIÓN DE DELEGACIÓN	Resolución 00277 del 27/01/2020
CONTRATISTA	**NOMBRE RAZÓN SOCIAL**: Urólogos y Ginecólogos de Colombia S.A. **NIT:** 900131820-1 **REPRESENTANTE LEGAL:** CARMENZA LOPERA LEAL **C.C.** No. 82.028 de Bello - Antioquia **DIRECCIÓN DOMICILIO PRINCIPAL:** Carrera 25ª #1ª sur-45 piso 6 **CIUDAD NOTIFICACIÓN:** Medellin - Antioquia

	TELÉFONO: 4487644 **E-mail:** gerencia@urogine.com
SUPERVISOR DEL CONTRATO	El Supervisor del presente contrato será el Líder Referencia y Contrarreferencia, o quien haga sus veces, quien verificará la ejecución idónea y el cumplimiento del objeto contractual de acuerdo con las funciones asignadas para el efecto en la Resolución No. 00090 del 15/01/2018 y/o demás que la modifique o adicione.
FORMA DE PAGO	En atención a lo descrito en la Guía de Lineamientos para la radicación y obligación de Cuentas Médicas del 18/05/2020 DISAN 1AR - GU - 0002, que a la letra dice: **RADICACION Y OBLIGACION DE CUENTAS MEDICAS** Previo cumplimiento al literal 1.1.3, las facturas que corresponden a servicios médicos por contrato deben ser entregadas en medio físico los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, cuando se trate de documentación de servicios sin respaldo presupuestal (urgencia médica) deben ser entregadas en medio físico los primeros diez (10) días calendario de cada mes, junto con el certificado de preradicado del módulo de radicación de cuentas médicas, en la ventanilla única de Central de Cuentas de donde corresponde la ordenación del gasto, con los siguientes soportes: • Factura (de acuerdo a la normatividad establecida y los requisitos de Ley artículos 616-1,616-3 617 y 618 E. T; artículos 772, 773, 774 Código de Comercio, Modificado Ley 1231 de 2008), este documento debe estar a nombre de la unidad de Sanidad, con el respectivo NIT y soportes de conformidad con lo establecido en la Resolución 3047 de 2008 MINSALUD, Instructivo 013 de 2013 – DISAN o la norma que la adicione, modifique o sustituya. • Certificación aportes parafiscales. • Demás soportes solicitados en el contrato – cláusula “Forma de Pago”. Adicionalmente, se deberá solicitar los siguientes soportes en las cuentas de URGENCIAS MÉDICAS: • Formato de información a terceros. • Certificación bancaria. • Fotocopia del RUT. • Fotocopia cédula representante legal. • Notificación de la urgencia o autorización por parte de referencia y contra referencia de la unidad de Sanidad. • Listado adicional de soportes según el tipo de servicio facturado, conforme al anexo No.5 de la Resolución 3047 de 2008. El pago se realizará en moneda legal colombiana, **en forma mensual**, dentro de los treinta días hábiles siguientes a la radicación de la factura de prestación del servicio, junto con el recibido a satisfacción suscrito por el supervisor del contrato, con los documentos requeridos por la Unidad Prestadora de Salud Antioquia, de acuerdo al derecho a turno y al programa anual mensualizado de caja (PAC). **COMPONENTE AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS** **RECIBIR FACTURA, RESPUESTA A GLOSA O DEVOLUCION DEL PRESTADOR.** La ventanilla única de cuentas, recepcione las facturas que el prestador de servicios d salud, envía mediante oficio en el que especifique la cuantía total de los servicio facturados, consolidado de la relación de facturas. En este paso se pretende asegurar una correcta recepción de las facturas y los soporte para lo cual se debe dejar constancia de la fecha y hora de recepción de

	documentación, tomado en cuenta que los términos de ley para las objeciones a la mism empiezan a correr desde este momento. Es importante contar y registrar el número de folios que se reciben en cada factura y qu estos deben ser inmediatamente archivados conforme a la gestión documental vigen para el Subsistema (algunas Unidades de Sanidad Policial, exigen al prestador entregar documentación conforme lo estipulado para la gestión documental). Realizar la verificación de los requisitos de la factura y los soportes conforme el servic facturado teniendo en cuenta los siguientes criterios: 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 nuevamente a la entidad responsable del pago. Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados una vez surjan los efectos conciliatorios de las mismas. Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley. **REQUISITOS QUE DEBE CUMPLIR LA FACTURA:** • Denominación: la factura debe denominarse expresamente factura de venta y debe estar pre-impreso. • Identificación del prestador de Servicios: debe indicarse claramente apellidos, nombre o razón social y NIT del prestador debe estar pre-impreso. • Debe indicarse el nombre de la Policía Nacional y la correspondiente Unidad de Sanidad Policial. • Firma del usuario que recibió los servicios o el acompañante (en caso de no contar con esta firma debe tener comprobante de recibido del servicio por parte del usuario). • Numeración consecutiva: numeración consecutiva pre-impresa que debe corresponder a la numeración autorizada por la Dirección General de Impuestos y aduanas nacionales (algunos prestadores para diferenciar las facturas por rubros emplean prefijos alfabéticos, pero estos no deben exceder las cuatro letras). • Fecha de su expedición: que corresponda a la prestación del servicio. • Descripción detallada de los servicios prestados: relación pormenorizada de los servicios prestados al usuario, discriminando el valor unitario de los servicios y

	la cantidad de los mismos. • Valor total de los Servicios: sumatoria de los valores totales por servicio. **SOPORTES DE LA FACTURACIÓN** • Formato de información a terceros. • Certificación bancaria. • Fotocopia del RUT. • Fotocopia cédula Representante legal. • Factura (cumplimiento de requisitos de ley Código de Comercio y Estatuto tributario), y que dicho documento se encuentre a nombre de la USP con el respectivo NIT. • Firma del usuario y/o acudiente en los comprobante de recibido del servicio. **SOPORTES DE FACTURAS SEGÚN TIPO DE SERVICIO PRESTADO** **1. Consultas ambulatorias:** ✓ Factura o documento equivalente. ✓ Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle. ✓ Autorización. ✓ Comprobante de recibido del usuario. ✓ Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades ✓ Soporte de la atención. 2. **Exámenes de laboratorio, imágenes y otras ayudas diagnósticas ambulatorias:** ✓ Factura o documento equivalente. ✓ Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle. ✓ Autorización Anexo N°. 4. ✓ Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico. Excepto en aquellos exámenes contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. ✓ Comprobante de recibido del usuario. ✓ Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades. ✓ Soporte de la atención. 3. **Procedimientos terapéuticos ambulatorios:** ✓ Factura o documento equivalente. ✓ Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle ✓ Autorización Anexo N°. 4. ✓ Comprobante de recibido del usuario. ✓ Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades. ✓ Soporte de la atención. **4. Medicamentos de uso ambulatorio:** ✓ Factura o documento equivalente. ✓ Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle. ✓ Autorización Anexo N°. 4. ✓ Comprobante de recibido del usuario. ✓ Fotocopia de la fórmula médica. **5. Servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria):** ✓ Factura o documento equivalente. ✓ Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle ✓ Autorización Anexo N°. 4.

	✓ Resumen de atención o epicrisis. ✓ Fotocopia de la hoja de administración de medicamentos. ✓ Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico, excepto los contemplados en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994 o la norma que la modifique, adicione o sustituya. Deberán estar comentados en la historia clínica o epicrisis. ✓ Descripción quirúrgica. ✓ Registro de anestesia. ✓ Comprobante de recibido del usuario. ✓ Lista de precios si se trata de insumos no incluidos en el listado anexo al acuerdo de voluntades. ✓ Fotocopia del informe patronal de accidente de trabajo (IPAT), o reporte del accidente por el trabajador o por quien lo represente. ✓ Fotocopia de la factura por el cobro al SOAT y/o FOSYGA, en caso de accidente de tránsito. **6. Honorarios profesionales:** ✓ Factura o documento equivalente. ✓ Detalle de cargos. En el caso de que la factura no lo detalle. ✓ Autorización Anexo N°. 4. ✓ Comprobante de recibido del usuario. ✓ Descripción quirúrgica. Si aplica. ✓ Registro de anestesia. Si aplica. Si la factura cumple con todos los requisitos y soportes antes enumerados, el funcionario de la ventanilla única de cuentas dará el recibido de la documentación y procederá a realizar la radicación factura por factura en los sistemas de información financiera o en su defecto en base de datos, con el fin de llevar un control por parte de la USP de las facturas recibidas. Después de elaborar la radicación el funcionario entregará mediante relación las facturas a entregar al médico auditor, lo cual debe realizarse por escrito en un tiempo no superior a 5 días hábiles posterior a la radicación. Si la facturación no cumple con la totalidad de estos requisitos o los soportes están incompletos se procederá a devolver sin radicar de forma inmediata al prestador para que subsane la novedad que ocasiono la devolución, dejando constancia de cuales facturas se reciben y cuales se devuelven y porque motivo. Los soportes de facturación por ser tantos y cada mes, se deberán entregar solo la primera vez que se facture dentro del contrato, para las siguientes facturas se presentaría certificado de aportes parafiscales según lo establecido en la norma, soportes reglamentados por la resolución 3047 de 2008. La radicación de las facturas se debe realizar en los primeros 5 días del mes para poder cumplir con los tiempos de la norma y poder pagar en el mes la facturación presentada. **LA RADICACIÒN DEBE SER DEL 100% DE LA FACTURACIÓN RECIBIDA EN EL AREA O SECCIONAL SIN EXCEPCIÓN.** **ENVIAR CUENTA O RESPUESTA A GLOSA RADICADA AL ANALISTA O COORDINADOR DE CUENTAS MÉDICAS.** Mediante oficio con planilla anexa que permita evidenciar la trazabilidad de las facturas se envía al auditor de cuentas la relación de las mismas, adjuntando la totalidad de los soportes a cada una de las facturas especificando el tipo de servicio al que corresponden. El analista de cuentas además de verificar en detalle el cumplimiento a los requisitos de las facturas, debe tener en cuenta los contratos vigentes sus cláusulas y condiciones, debe controlar las fechas de la prestación de los servicios y verificar

contra los contratos vigentes, establecer que los servicios facturados concuerden con los prestados y se encuentren debidamente soportados.
Verificar la comprobación de los derechos de los usuarios, para la fecha de la prestación del servicio que se encuentren relacionados en la facturación en el Sistema de Información en Sanidad Policial SISAP.
Realizar entrega de las cuentas de cobro al auditor médico, teniendo en cuenta que deben organizarse por fecha (se revisan primero las facturas radicadas primero, para evitar vencimiento de términos de ley) y posteriormente se organizan por prestador para evitar fragmentación de la misma cuenta.
SE ENVIA CUENTA O RESPUESTA A GLOSA AL AUDITOR DE CUENTAS MÉDICAS.
Si se trata de una respuesta a glosa el auditor de cuentas procede a revisar los soportes enviados por el prestador en relación a la objeción presentada en la revisión inicial, verificando se haya subsanado la novedad objetada, se anexen los soportes correspondientes o se acepte por parte del prestador la glosa, la respuesta del prestador deberá corresponder a las siguientes explicaciones:

CÓDIGO S/ DECRETO 4747	CAUSA	EXPLICACION
996	Glosa o devolución injustificada	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la Unidad de Sanidad Policial que la glosa o devolución es injustificada al 100%.
997	No subsanada (Glosa o devolución Totalmente aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la Unidad de Sanidad Policial que la glosa o devolución ha sido aceptada al 100%.
998	Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la Unidad de Sanidad Policial que la glosa o devolución ha sido aceptada parcialmente.
999	Subsanada (Glosa o Devolución No Aceptada)	Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la Unidad de Sanidad Policial que la glosa o devolución siendo justificada ha podido ser subsanada totalmente.

En caso que la novedad sea subsanada por el prestador el auditor y la glosa deba ser levantada se procede a realizar la certificación de auditoría para el pago del valor correspondiente, lo cual debe realizarse en los formatos de los anexos 3 y 4 establecidos en el Instructivo 013/ 2013 DISAN AGESA.
Esta certificación es entregada al analista de cuentas para que proceda hacer la notificación a la central de cuentas de la Unidad de Sanidad Policial.
En caso que la objeción no sea subsanada, que los soportes sean insuficientes o no exista pertinencia demostrada a la objeción, debe elaborarse el auditor de cuentas notificara el analista de cuentas, quien procederá a realizar la citación por escrito al prestador de los servicios, con el fin de realizar conciliación de la objeción presentada, dicha citación se realizara mediante oficio que firma el Jefe de la Unidad de Sanidad Policial, en el cual se relacione fecha de la citación a conciliación, facturas a conciliar y novedades no subsanadas en cada una de ellas.

El día de la citación se procede a realizar ante el prestador los motivos por los cuales no se subsano la novedad teniendo presente la normatividad que ampara el proceso y los contratos existentes entre la Unidad de Sanidad Policial y el prestador de servicios de salud, posteriormente se escuchan los argumentos del prestador y se realiza conciliación de las novedades en caso de existir consenso, dejando constancia por escrito (Formato anexo del Instructivo 013/2013 componente auditoría de cuentas médicas) de las decisiones tomadas en la conciliación, en caso de no existir consenso

en alguna de las objeciones se dejara constancia en el acta de conciliación de esta novedad, con el fin de obrar como antecedente ante futuras solicitudes de la Supersalud.
En caso de no tratarse de una respuesta a glosa, si no por el contrario de una factura que no ha sido revisada por el auditor médico, se procederá a realizar la verificación de los datos del prestador, verificación de los códigos diagnósticos registrados en la atención del usuario, verificación de los procedimientos relacionados verificando las tarifas establecidas en la contratación o en el acuerdo de voluntades, verificación de la correcta liquidación de acuerdo con esas tarifas, posteriormente se procede a comparar la factura con lo registrado en la historia clínica verificando pertinencia, integralidad, oportunidad, calidad, suficiencia y racionalidad técnico científica de los servicios prestados.

Si durante esta revisión se encuentra algunos de los siguientes motivos codificados para la objeción de la factura deberá procederse a realizar dicha objeción y enviarse en el formato del anexo, establecido por el Instructivo 013/2013 DISAN AGESA componente auditoría de cuentas médicas.

Codificación de motivos de glosas:

General		**Específico**	
Código	Descripción	Código	Descripción
1	Facturación	01	Estancia
		02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
		03	Honorarios médicos en procedimientos
		04	Honorarios otros profesionales asistenciales
		05	Derechos de sala
		06	Materiales
		07	Medicamentos
		08	Ayudas diagnósticas
		09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
		10	Servicio o insumo incluido en caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico
		11	Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala
		12	Factura excede topes autorizados
		13	Facturar por separado por tipo de recobro (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
		14	Error en suma de conceptos facturados
		15	Datos insuficientes del usuario
		16	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
		17	Usuario retirado o moroso
		19	Error en descuento pactado
		20	Recibo de pago compartido
		22	Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes
		23	Procedimiento o actividad
		24	Falta firma del prestador de servicios de salud
		25	Examen o actividad pertenece a detección temprana y protección especifica
		26	Usuario o servicio corresponde a capitación

			27	Servicio o procedimiento incluido en otro
			28	Orden cancelada al prestador de servicios de salud
			51	Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador
			52	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación
			54	Incumplimiento en las metas de cobertura, resolutividad y oportunidad pactadas en el contrato por capitación
	2	Tarifas	01	Estancia
			02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
			03	Honorarios médicos en procedimientos
			04	Honorarios otros profesionales asistenciales
			05	Derechos de sala
			06	Materiales
			07	Medicamentos
			08	Ayudas diagnósticas
			09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
			23	Procedimiento o actividad
			29	Recargos no pactados
	3	Soportes	01	Estancia
			02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
			03	Honorarios médicos en procedimientos
			04	Honorarios otros profesionales asistenciales
			07	Medicamentos
			08	Ayudas diagnósticas
			09	Atención integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico)
			20	Recibo de pago compartido
			30	Autorización de servicios adicional
			31	Bonos o vouchers sin firma del usuario, con enmendaduras o tachones
			32	Detalle de cargos
			33	Copia de historia clínica completa
			35	Formato accidente de trabajo y enfermedad profesional ATEP
			36	Copia de factura o detalle de cargos del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT
			37	Orden o fórmula médica
			38	Hoja de traslado en ambulancia
			39	Comprobante de recibido del usuario
			40	Registro de anestesia
			41	Descripción quirúrgica
			42	Lista de precios
			43	Orden o autorización de servicios vencida
	4	Autorización	01	Estancia
			02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
			06	Materiales
			08	Ayudas diagnósticas
			23	Procedimiento o actividad

		30	Autorización de servicios adicionales
		38	Traslado en ambulancia
		43	Orden o autorización de servicios vencida
		44	Médico que ordena no adscrito
5	Coberturas	01	Estancia
		02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
		06	Materiales
		07	Medicamentos
		08	Ayudas diagnósticas
		23	Procedimiento o actividad
		27	Servicio o procedimiento incluido en otro
		45	Servicio no pactado
		46	Cobertura sin agotar en la póliza Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)
6	Pertinencia	01	Estancia
		02	Consultas, interconsultas y visitas médicas
		03	Honorarios médicos en procedimientos
		04	Honorarios otros profesionales asistenciales
		05	Derechos de sala
		06	Materiales
		07	Medicamentos
		08	Ayudas diagnósticas
		23	Procedimiento o actividad
		53	Urgencia no pertinente
8	Devoluciones	16	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable
		17	Usuario retirado o moroso
		21	Autorización principal no existe no corresponde al prestador de servicios de salud
		34	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma
		44	Médico que ordena no adscrito
		47	Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)
		48	Informe de atención inicial de urgencias
		49	Factura no cumple requisitos legales
		50	Factura ya cancelada
9	Respuestas a Glosas o Devoluciones	96	Glosa o devolución injustificada
		97	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada)2
		98	Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada)
		99	Subsanada (Glosa o devolución no aceptada)

Aplicación de la codificación:

Código	Aplicación
1	**Facturación** Se presentan glosas por facturación cuando hay diferencias al comparar el tipo y volumen de los servicios prestados con el tipo y volumen de los servicios facturados, o cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan en la factura (copagos, cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros). También se aplica en los contratos por capitación para el caso de descuentos por concepto de recobros por servicios prestados por otro prestador o cuando se disminuye el número de

		personas cubiertas por la cápita, o cuando se descuenta por incumplimiento de las metas de cobertura, resolutividad y oportunidad pactadas en el contrato por capitación.
	101	Estancia Aplica cuando: 1. El cargo por estancia, en cualquier tipo de internación, que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencia con las cantidades que fueron facturadas. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en estancia que la entidad responsable del pago no tiene que asumir de acuerdo con lo pactado por las partes.
	102	Consultas, interconsultas y visitas médicas Aplica cuando: 1. El cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. En una factura se registra una interconsulta que originó la práctica de una intervención o procedimiento que realizó el mismo prestador. 3. Se cobran consultas o visitas médicas que se encuentran incluidas en los honorarios médicos post-quirúrgicos. 4. Se cobran consultas y/o controles médicos que se encuentran incluidas en los honorarios médicos del procedimiento del parto, según lo pactado entre las partes. 5. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en consultas, interconsultas y visitas médicas que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
	103	Honorarios médicos en procedimientos Aplica cuando: 1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios médicos en procedimientos que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
	104	Honorarios de otros Profesionales Aplica cuando: 1. Los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades facturadas. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en honorarios de otros profesionales asistenciales que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
	105	Derechos de sala Aplica cuando: 1. Los cargos por derechos de sala que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en derechos de sala que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
	106	Materiales Aplica cuando: 1. Los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de materiales por grupo o atención integral. 3. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en materiales que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
	107	Medicamentos Aplica cuando: 1. Los cargos por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. El prestador de servicios de salud relaciona excedentes en medicamentos que la entidad responsable del pago no tiene que asumir.
	108	Ayudas diagnósticas Aplica cuando: 1. Los cargos por ayudas diagnósticas (incluye procedimientos diagnósticos) que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. 2. De acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente ayudas diagnósticas incluidas una en otra.
	109	Atención Integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico) Aplica cuando: El prestador de servicios de salud registra en la factura cargos detallados que sobrepasan el valor pactado por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.
	110	Servicio o insumo incluido en paquete Aplica cuando: El prestador de servicios de salud registra en la factura cargos adicionales que se encuentran incluidos en un procedimiento de atención integral de acuerdo con lo pactado
	111	Servicio o insumo incluido en estancia o derechos de sala Aplica cuando: 1. Se cobran consultas, interconsultas y/o visitas médicas que están incluidas en las estancias de acuerdo con lo pactado. 2. Se cobran insumos que ya se encuentran incluidos en el ítem de derechos de sala o materiales quirúrgicos. 3. El prestador de servicios de salud registra en la factura actividades, procedimientos o servicios que se encuentran incluidos en la tarifa de la estancia de acuerdo con pactado.
	112	Factura excede topes autorizados Aplica cuando: La factura presenta excedentes sobre

		los topes establecidos previamente entre las partes, o excede el saldo disponible del contrato. No aplica en caso de atención inicial de urgencias o cuando se haya emitido autorización.
	113	Facturar por separado por tipo de recobro (CTC, ATEP, tutelas) Aplica cuando el prestador en una misma factura, registra servicios que previamente se ha pactado que se facturarán en forma independiente, como facturas de recobro por reaseguro, CTC o tutelas.
	114	Error en suma de conceptos facturados Aplica cuando la sumatoria de los ítems registrados en la factura presenta diferencias con los subtotales o el total de los servicios facturados, incluyendo los detalles de los soportes comparados con los subtotales de la factura.
	115	Datos insuficientes del usuario Aplica cuando el prestador del servicio no relaciona en la factura suficiente información del usuario al cual se le prestó el servicio (nombres, apellidos, identificación, plan o programa, entre otros) necesarios para el registro de información por parte de la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios usuarios y se puede tramitar parcialmente la factura y se ha acordado contractualmente.
	116	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable Aplica cuando la factura incluye varios usuarios y es de trámite parcial 1. En la factura se relacionan usuarios o servicios de los cuales uno o varios corresponden a otra entidad responsable y/o a otro plan de beneficios. NOTA: No se pueden relacionar en una misma factura usuarios de diferentes planes de beneficio (POS y medicina prepagada o planes complementarios) así sea de la misma entidad responsable del pago, los cuales deben ser facturados en forma independiente.
	117	Usuario retirado o moroso Aplica cuando en la factura se relacionan usuarios que en el momento de la prestación del servicio no está cubierto por la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios usuarios y se puede tramitar parcialmente. No aplica cuando la entidad responsable del pago ha emitido la autorización de servicios, o cuando el afiliado acredite el derecho mediante la presentación del comprobante de descuento por parte del empleador.
	119	Error en descuento pactado Aplica cuando hay descuentos otorgados, que fueron aplicados de manera diferente a lo pactado. Aplica sólo cuando se puede tramitar parcialmente la factura.
	120	Recibo de pago compartido Aplica cuando 1. Los recaudos de bonos, periodos de carencia, o vales que debe efectuar el prestador de servicios, no se realizan o quedan mal liquidados. 2. Los recaudos de cuotas moderadoras, de recuperación o copagos, que efectuó el prestador de servicios, quedan mal liquidados.
	122	Prescripción dentro de los términos legales o pactados entre las partes Aplica cuando El prestador presenta el cobro de un servicio en fecha posterior a la establecida en la normatividad vigente o incumpliendo los términos de los acuerdos contractuales.
	123	Procedimiento o actividad Aplica cuando: 1. Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas. De acuerdo con la tarifa pactada, se facturen separadamente procedimientos o actividades una en otra.
	124	Falta firma del prestador de servicios de salud Aplica cuando 1. La factura no tiene la firma del prestador.
	125	Examen o actividad pertenece a detección temprana o protección específica Aplica cuando: Se factura una actividad de detección temprana y/o protección específica en una factura de servicios asistenciales y esta actividad hace parte de un paquete de servicios de prevención o protección específica.
	126	Usuario o servicio corresponde a capitación Aplica cuando se factura por evento un servicio prestado a un usuario capitado. Aplica sólo cuando la factura incluye varios usuarios y se puede tramitar parcialmente.
	127	Servicio o procedimiento incluido en otro Aplica cuando se cobran servicios o procedimientos que se encuentran incluidos en otro servicio ya cobrado dentro de la misma u otra factura.
	128	Orden cancelada al prestador de servicios de salud Aplica cuando el prestador de servicios de salud factura un servicio ya cancelado en la factura o en otra anterior por parte de la entidad responsable del pago. Aplica sólo cuando la factura incluye varios usuarios y se puede tramitar parcialmente
	151	Recobro en contrato de capitación por servicios prestados por otro prestador. Aplica cuando se realizan descuentos al valor a pagar por concepto de capitación, originados en los pagos de servicios incluidos en el contrato de capitación y que por motivo de atención de urgencias, remisión de la IPS contratista o imposibilidad de prestarlo, el

		servicio es efectivamente prestado por otro prestador.
	152	Disminución en el número de personas incluidas en la capitación Aplica cuando el número de personas incluidas en la capitación es disminuido porque una autoridad competente excluye a algunas de las personas de la base de datos de beneficiarios de subsidios.
	154	Incumplimiento en las metas pactadas en cobertura, resolutividad y oportunidad. Aplica cuando el prestador incumple o no demuestra el cumplimiento en las metas pactadas en cobertura, oportunidad y resolutividad pactadas en el contrato por capitación. El valor de la glosa, será la proporción que se haya acordado, de acuerdo con los criterios de evaluación establecidos en el acuerdo de voluntades.
	2	**Tarifas** Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los pactados.
	201	Estancia Aplica cuando el cargo por estancia, que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencia con los valores que fueron pactados o establecidos normativamente, vigentes al momento de la prestación del servicio.
	202	Consultas, interconsultas y visitas médicas Aplica cuando el cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado y/o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencias con los valores que fueron pactados.
	203	Honorarios médicos en procedimientos Aplica cuando: 1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados. 2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados, vigentes al momento de la prestación del servicio.
	204	Honorarios de otros profesionales asistenciales Aplica cuando los cargos por honorarios de los profesionales en salud diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en soportes de la factura, presentan diferencias con los valores pactados.
	205	Derechos de sala Aplica cuando los cargos por derechos de sala que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados.
	206	Materiales Aplica cuando los cargos por materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores pactados.
	207	Medicamentos Aplica cuando los cargos por medicamentos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores que fueron pactados.
	208	Ayudas diagnósticas Aplica cuando los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con los valores pactados.
	209	Atención Integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico) Aplica cuando el prestador de servicios de salud registra en la factura un mayor valor en el cobro del caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, o presenta cargos detallados cuya sumatoria final resulta superior a la tarifa pactada. No aplica cuando se haya pactado, o en la normatividad vigente se encuentre establecido el cobro adicional de servicios que exceden el paquete.
	223	Procedimiento o actividad Aplica cuando los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con los valores pactados.
	229	Recargos no pactados Aplica cuando en la factura se adicionan cobros de recargos no pactados previamente entre la entidad responsable del pago y el prestador de servicios de salud.
	3	**Soportes** Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.
	301	Estancia Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la estancia.
	302	Consultas, interconsultas y visitas médicas Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la consulta, interconsulta y/o visita médica.
	303	Honorarios médicos en procedimientos Aplica cuando: 1. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian los honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u

		otros procedimientos que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura. 2. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian los honorarios de anestesia que vienen relacionados y/o justificados en la factura.
	304	Honorarios de otros profesionales asistenciales Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian los honorarios de los profesionales en salud, diferente a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados y/o justificados en la factura.
	307	Medicamentos Existe ausencia total o parcial, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de administración de medicamentos o en el comprobante de recibido de medicamentos por parte de los usuarios Existe inconsistencia en los contenidos de la factura o documente equivalente frente a relacionados en la hoja de administración de medicamentos o en el comprobante de recibido de medicamentos por parte de los usuarios
	308	Ayudas diagnósticas Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la práctica de ayudas diagnósticas que vienen relacionadas y/o justificadas en los soportes de la factura. Incluye la ausencia de lectura del profesional correspondiente, cuando aplica.
	309	Atención Integral (caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico) Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian las actividades adicionales al caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.
	320	Recibo de pago compartido Aplica cuando se le esté cobrando el 100% de la factura. Aplica cuando no se anexan a la factura los soportes de los bonos, vouchers o vales por periodos de carencia, cuotas moderadoras, de recuperación, copagos, que recibió el prestador de servicios de salud.
	331	Bonos o vouchers sin firma del usuario, con enmendaduras o tachones Aplica cuando se evidencia que los vouchers o los bonos presentan enmendaduras, tachones o no se encuentran debidamente firmados por el usuario o un acudiente en el caso de imposibilidad para firmar. Solo aplica en caso de cobro del 100% de la factura a la entidad responsable del pago.
	332	Detalle de cargos Aplica cuando: 1. Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian el detalle de cargos, de los valores facturados.2. Se anexan detalle de cargos de usuarios diferentes al registrado en la factura.
	333	Copia de historia clínica completa Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la copia de la historia clínica completa para el recobro. Aplica sólo en los eventos de alto costo.
	335	Formato ATEP Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el formulario del IPAT (Informe del Presunto Accidente de Trabajo), en los casos que los eventos correspondan a un accidente de trabajo o enfermedad profesional ATEP. En caso de no contarse con el IPAT, este soporte se sustituye por el informe que haga el prestador de servicios de salud al asegurador del presunto origen laboral para que el asegurador solicite el formulario. Decreto 2463/2001 Art. 25.
	336	Copia de la factura o detalle de cargos para excedentes de SOAT Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en las copias de las facturas enviadas a la compañía de seguros SOAT, al encargo fiduciario de FOSYGA con sus respectivos detalles, cumpliendo los topes.
	337	Orden o fórmula médica Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la orden y/o fórmula médica.
	338	Hoja de traslado en ambulancia Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de traslado.
	339	Comprobante de recibido del usuario Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el comprobante de recibido del usuario como evidencia de haber recibido el servicio.
	340	Registro de anestesia Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en el registro de anestesia.
	341	Descripción quirúrgica Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad de la copia de la descripción operatoria de cirugía.
	342	Lista de precios Aplica únicamente cuando no existe contrato entre el prestador y el pagador y el prestador debe adjuntar la parte del documento que relaciona los precios de compra del prestador para los medicamentos e insumos incluidos en la factura. No aplica en los casos en que existe contrato entre el pagador y el prestador ya que esta lista de precios debe ser un anexo del contrato, a menos que se requiera actualizar la

		información
	4	**Autorizaciones** Aplican glosas por autorización cuando los servicios facturados por el prestador de servicios de salud, no fueron autorizados o difieren de los incluidos en la autorización de la entidad responsable del pago o cuando se cobren servicios con documentos o firmas adulteradas. Se consideran autorizadas aquellas solicitudes de autorización remitidas a las direcciones territoriales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, en los términos establecidos en la presente resolución.
	401	Estancia Aplica cuando: 1. El número de horas en observación, o días en habitación, que vienen relacionados en la factura presenta diferencia con los días autorizados. 2. El tipo de estancia prestado no corresponde al autorizado.
	402	Consultas, interconsultas y visitas médicas Aplica cuando la consulta, interconsulta y/o visita médica relacionada y/o justificada en los soportes de la factura presenta diferencias con lo autorizado.
	406	Materiales Aplica cuando los materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los autorizados.
	408	Ayudas Diagnósticas Aplica cuando las ayudas diagnósticas relacionadas y/o justificados en los soportes de la factura presentan diferencias con lo autorizado.
	423	Procedimiento o Actividad Aplica cuando el procedimiento o actividad prestada relacionada y/o justificada en los soportes de la factura, difiere de la autorizada.
	430	Autorización de servicios adicional Aplica cuando existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en los soportes de la factura que evidencian la autorización de algunos servicios no incluidos en el evento principal del plan de manejo o de la solicitud formulada oportunamente por el prestador y no respondida en los términos de la presente resolución. No aplica cuando durante la realización de un procedimiento quirúrgico debidamente autorizado, el cirujano considera necesaria la realización de un procedimiento adicional derivado de los hallazgos intraoperatorios, siempre y cuando la conducta asumida justifique la realización de dicho procedimiento adicional a la luz de la sana crítica de la auditoría médica.
	438	Traslado Aplica cuando: 1. El traslado en ambulancia no cuenta con la autorización pactada en el acuerdo de voluntades. 2. No aplica en caso de traslados de urgencias
	443	Orden o autorización de servicios vencida Aplica cuando: 1. La orden o autorización de servicios que se anexa como soporte de la factura ha superado el límite de días de vigencia. 2. La orden o autorización de servicios que se anexa como soporte de la factura ha sido reemplazada por solicitud del prestador de servicios de salud.
	444	Profesional que ordena no adscrito Aplica en aquellos casos que se presten servicios ordenados por un profesional que no hace parte del cuerpo médico de la entidad responsable del pago.
	5	**Cobertura** Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que no están incluidos en el respectivo plan, hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.
	501	Estancia Aplica cuando el número de días en observación o habitación, que vienen relacionados en la factura no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
	502	Consultas, interconsultas y visitas médicas Aplica cuando la consulta, interconsulta y/o visita médica relacionadas no están incluidas en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
	506	Materiales Aplica cuando los materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
	507	Medicamentos Aplica cuando los medicamentos entregados o relacionados en la hoja de suministro de medicamentos y/o justificados en la factura no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
	508	Ayudas diagnósticas Aplica cuando las ayudas diagnósticas relacionadas y/o justificados en los soportes de la factura no están incluidas en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
	523	Procedimiento o actividad Aplica cuando en la factura se cobra un procedimiento o una actividad que no están incluidos en el respectivo plan ó hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
	527	Servicio o procedimiento incluido en otro Aplica cuando se factura por separado un procedimiento incluido en otro ya facturado.
	545	Servicio no pactado Aplica cuando en la factura se cobra un servicio que no se

		encuentra establecido entre las partes.
	546	Cobertura sin agotar en la póliza (SOAT) Aplica cuando se facturan servicios a la entidad responsable del pago sin agotar los topes cubiertos por las pólizas de Seguro Obligatorio de accidentes de tránsito y el administrador fiduciario de FOSYGA.
	6	**Pertinencia** Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que se generan por no existir coherencia entre la historia clínica y las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica. De ser pertinentes, por ser ilegibles los diagnósticos realizados, por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada.
	601	Estancia Aplica cuando el cargo por estancia, sea ésta en observación o, habitación, que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.
	602	Consultas, interconsultas y visitas médicas Aplica cuando el cargo por consulta, interconsulta y/o visita médica que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para el cobro.
	603	Honorarios médicos en procedimientos Aplica cuando: 1. Los cargos por honorarios médicos en procedimientos quirúrgicos, de hemodinamia, radiología u otros procedimientos que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro. 2. Los cargos por honorarios de anestesia que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
	604	Honorarios de otros profesionales asistenciales Aplica cuando los cargos por honorarios de otros profesionales asistenciales diferentes a los quirúrgicos y clínicos, que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación para el cobro.
	605	Derechos de sala Aplica cuando los cargos por derechos de sala que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
	606	Materiales Aplica cuando los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
	607	Medicamentos Aplica cuando los cargos por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
	608	Ayudas diagnósticas Aplica cuando los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
	623	Procedimiento o actividad Aplica cuando los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
	653	Urgencia no pertinente Aplica cuando los servicios prestados no obedecen a una atención de urgencia de acuerdo con la definición de la normatividad vigente.
	8	**Devoluciones** Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas.
	816	Usuario o servicios corresponde a otro plan o responsable. Aplica cuando: 1. La factura corresponde a un usuario que pertenece a otra entidad responsable del pago 2. La factura corresponde a un usuario o servicio que pertenece a otro plan de la misma entidad responsable del pago 3. La factura corresponde a un servicio que debe ser pagado por otra entidad responsable del pago Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.
	817	Usuario retirado o moroso Aplica cuando la factura corresponde a un usuario que en el momento de la prestación del servicio no está cubierto por la entidad responsable del pago o se encuentra moroso en el pago. Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.
	821	Autorización principal no existe o no corresponde al prestador de servicios de salud Aplica cuando se carece de autorización principal o ésta no corresponde al prestador de servicios. Cuando la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud y en tal caso no aplicará esta causa de devolución.
	834	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma Aplica

		cuando: 1. No se anexa a la factura de internación o de urgencias con observación la epicrisis. 2. Para el caso de facturas de atención de urgencias, cuando no se anexa la hoja de atención de urgencias 3. Para el caso de facturas de atención odontológica, cuando no se anexa el odontograma. Nota: Aplica sólo cuando la factura que incluye varios usuarios, no se puede tramitar parcialmente.
	844	Profesional que ordena no adscrito Aplica cuando el profesional que ordena el servicio no hace parte del cuerpo médico de la entidad responsable de pago. No aplica en caso de atención inicial de urgencias.
	847	Falta soporte de justificación para recobros (CTC, tutelas, ARP) Aplica cuando no se incluyen en la factura los soportes de justificación para recobros de comité técnico científico, tutelas o accidentes de trabajo o enfermedad profesional de conformidad con la normatividad vigente.
	848	Informe atención inicial de urgencias Aplica cuando la atención de urgencias no es informada a la entidad responsable del pago, en los términos definidos. No aplica en los casos que no sea posible identificar la entidad responsable de pago dentro de los términos establecidos, ni en aquellos casos en los que se formuló solicitud de autorización para prestación de servicios adicionales dentro de las 24 horas siguientes al inicio de la atención inicial de urgencias. Se consideran informadas aquellas atenciones comunicadas a las direcciones departamentales y distritales de salud por no haberse establecido comunicación con la entidad responsable del pago, en los términos establecidos en la presente resolución.
	849	Factura no cumple Aplica cuando la factura o el documento equivalente a la factura no cumplen con alguno de los requisitos legales.
	850	Factura ya cancelada Aplica cuando la factura corresponda a servicios ya cancelados por la entidad responsable del pago
	9	**Respuestas a glosas y devoluciones** Las respuestas a glosas y devoluciones se deben interpretar en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago
	996	Glosa o devolución injustificada Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución es injustificada al 100%.
	997	No subsanada (Glosa o devolución totalmente aceptada) Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución ha sido aceptada al 100%.
	998	Subsanada parcial (Glosa o devolución parcialmente aceptada) Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución ha sido aceptada parcialmente.
	999	Subsanada (Glosa o Devolución No Aceptada) Aplica cuando el prestador de servicios de salud informa a la entidad responsable del pago que la glosa o devolución siendo justificada ha podido ser subsanada totalmente

NOMBRE BENEFICIARIO: UROLOGOS Y GINECOLOGOS DE COLOMBIA S A
ENTIDAD FINANCIERA: BANCOLOMBIA S.A
TIPO DE CUENTA: CUENTA CORRIENTE
CUENTA No. 22231115417

APROBACIÓN PRESUPUESTAL

Certificado de Disponibilidad Presupuestal SFI No. 518 y SIIF No. 50120 del 11/09/2020, Recurso 16, expedido por el Jefe de Presupuesto de la UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA.

VALOR

El valor del presente contrato es de DIECISIETE MILLONES PESOS MONEDA LEGAL ($17.000.000,00) distribuidos de la siguiente manera: $2.000.000,00 correspondientes a la vigencia presupuestal 2020 y $15.000.000,00 correspondientes a la vigencia presupuestal 2021, discriminado así:

Rubro Presupuestal No.: 02-02-02-009-03

GRUPO / ITEM	CUPS	ELEMENTO	PRECIO TECHO
1	931000	BIOFEEDBACK X 1	$ 49.700,00
2	601101	BIOPSIA DE PROSTATA SIN PATOLOGIA	$ 337.000,00

3	702201	COLPOSCOPIA CON PATOLOGIA	$	170.000,00
4	981905	CISTOSCOPIA CON EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	$	250.000,00
5	573201	CISTOSCOPIA (PAQUETE)	$	180.000,00
6	452301	COLONOSCOPIA CON PATOLOGIA	$	250.000,00
7	451301	ENDOSCOPIA CON PATOLOGIA	$	235.000,00
8	861411	BOTOX (SALA, HONORARIOS, TOXINA)	$	1.250.000,00
9	586300	DILATACION URETRAL (PAQUETE)	$	155.000,00
10	882272	DOPPLER DE PENE CON INYECCION INTRACAVERNOSA	$	472.500,00
11	882272	DOPPLER DE PENE SIN INYECCION	$	320.250,00
12	881511	DOPPLER TESTICULAR	$	87.000,00
13	881502	ECO DE PROSTATA	$	90.000,00
14	881332	ECO RENAL Y VIAS URINARIAS	$	90.000,00
15	892903	PENOSCOPIA	$	63.000,00
16	892001	ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR: HIGADO, PANCREAS, VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO	$	89.250,00
17	892400	ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	$	105.000,00
18	881340	ULTRASONOGRAFIA DE ABDOMEN: MASAS ABDOMINALES Y RETROPERITONEO	$	105.000,00
19	892001	ULTRASONOGRAFIA DE HIGADO, PANCREAS, VIA BILIAR Y VESICULA	$	73.500,00
20	881201	ULTRASONOGRAFIA DE MAMA	$	65.100,00
21	881521	ULTRASONOGRAFIA DE PENE	$	68.250,00
22	881313	ULTRASONOGRAFIA DE PILORO	$	36.750,00
23	881318	ULTRASONOGRAFIA DE RECTO	$	52.500,00
24	881331	ULTRASONOGRAFIA DE RIÑONES, BAZO, AORTA O ADRENALES	$	68.250,00
25	881130	ULTRASONOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CARA	$	68.250,00
26	881601	ULTRASONOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE EXTREMIDADES SUPERIORES	$	65.100,00
27	8817	ULTRASONOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE REGION LUMBAR	$	68.250,00
28	881141	ULTRASONOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE TORAX	$	68.250,00
29	881602	ULTRASONOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE EXTREMIDADES INFERIORES	$	65.100,00
30	881112	ULTRASONOGRAFIA DIAG CEREBRAL TRANSFONTANELAR	$	64.050,00
31	881141	ULTRASONOGRAFIA DIAG DE CUELLO Y TIROIDES	$	63.000,00
32	881131	ULTRASONOGRAFIA DIAG DE GLANDULAS SALIVALES	$	63.000,00
33	881290	ULTRASONOGRAFIA DIAG DE OTROS SITIOS TORACICOS	$	47.250,00
34	881301	ULTRASONOGRAFIA DIAG DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	$	63.000,00
35	881240	ULTRASONOGRAFIA DIAG DE TORAX: PERICARDIO O PLEURA	$	63.000,00
36	881431	ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	$	44.100,00
37	881432	ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL	$	57.750,00
38	881402	ULTRASONOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL	$	36.750,00
39	881401	ULTRASONOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	$	57.750,00
40	881510	ULTRASONOGRAFIA TESTICULAR	$	68.250,00
41	892001	URODINAMIA	$	102.700,00
42	892400	UROFLUJOMETRIA	$	63.000,00
43	892001	VIDEO URODINAMIA	$	1.155.000,00
44	890202	CONSULTA UROLOGIA	$	55.000,00
		TOTAL	**$**	**7.001.600,00**

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	Las contempladas en el anexo No. 1 de este documento
GARANTÍA ÚNICA Y SANCIONES	Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la publicación de la aceptación de oferta, el CONTRATISTA deberá constituir y presentar a favor de la POLICÍA NACIONAL UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA, Garantía Única que cubra los siguientes riesgos: **a). CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO** por el 20% del valor de la aceptación de la oferta, vigente por un término igual de la vigencia de la aceptación de la oferta y cuatro (4) meses más. **b). CALIDAD DEL SERVICIO O DEL BIEN:** por el cincuenta por ciento (50%) del valor de la aceptación de la oferta, vigente por un término igual de la vigencia de la aceptación de la oferta y seis (6) meses más. **c) PÓLIZA DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES:** 5% del valor de la aceptación de la oferta Vigente por un término igual a la vigencia de la aceptación de la oferta y tres (3) años más. **d) RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL:** 200 SMMLV contratos cuyo valor sea igual o inferior a 1.500 SMLMV numeral 1 del art. 2.2.1.2.3.1.17 del Decreto 1082 de 2015 por la vigencia del contrato. **2. SANCIONES** **a). MULTAS.**- En caso de mora o incumplimiento parcial de alguna de las obligaciones derivadas de la presente aceptación de oferta por causas imputables al **CONTRATISTA** - salvo circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito conforme a las definiciones del artículo 1º de la Ley 95 de 1.890 - las partes acuerdan que la **POLICÍA,** mediante acto administrativo, hará efectivas multas sucesivas, cuyo valor se liquidará con base en el cero punto cinco por ciento (0,5%) del valor dejado de cumplir o entregar, por cada día de retardo y hasta por quince (15) días calendario, que se descontara del saldo que le adeuda a la entidad. Esta sanción se impondrá mediante acto administrativo, en el que se expresará las causas que dieron lugar a ella. **b). PENAL PECUNIARIA.**- De conformidad con lo previsto en los artículos 1592 y 1599 del código civil colombiano, en caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total o parcial de las obligaciones derivadas de la presente aceptación de oferta, **EL CONTRATISTA** pagará a la **POLICÍA,** a título de pena pecuniaria, una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor de la aceptación de oferta cuando se trate de incumplimiento total de la aceptación de oferta y proporcional al incumplimiento parcial de la aceptación de oferta que no supere el porcentaje señalado. Para efectos de calcular el monto del incumplimiento parcial relativo a la obligación de plazo de ejecución, se empleará la misma fórmula de estimación de valor contemplada en el literal a) del presente artículo. El pago de la cláusula penal pecuniaria estará amparado mediante póliza de seguros en las condiciones establecidas en la presente aceptación de oferta. **PARÁGRAFO.- APLICACIÓN DEL VALOR DE LAS SANCIONES PECUNIARIAS:** Una vez notificada la resolución por medio de la cual se hace efectiva alguna de las sanciones aquí estipuladas, el **CONTRATISTA** dispondrá de quince (15) días calendario para proceder de manera voluntaria para a su pago. Las multas no serán reintegrables aún en el supuesto que el **CONTRATISTA** dé posterior ejecución a la obligación incumplida. En caso de no pago voluntario y una vez en firme la resolución que imponga multas, podrá tomarse del saldo a favor del **CONTRATISTA** si lo hubiere, o acudir a cobro coactivo.

PLAZO Y FORMA DE EJECUCIÓN	El plazo de ejecución del contrato será a partir de la entrega de la carta de inicio hasta el 31 de Mayo de 2021 y/o hasta agotar presupuesto lo primero que ocurra. El objeto del contrato a celebrar se ejecutará en forma de **tracto sucesivo**, y de acuerdo a los requerimientos del contratante **Nota:** El incumplimiento a cualquiera de los plazos antes estipulados genera la imposición de las sanciones correspondientes, previo cumplimiento de las actuaciones administrativas pertinentes.
LUGAR DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	Los servicios de salud objeto del presente estudio previo, se prestarán en las instalaciones ofrecidas por el contratista y que sean aprobadas por la Unidad Prestadora de Salud Antioquia.
MONEDA DEL CONTRATO	Pesos colombianos
LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO	El presente contrato se liquidará de conformidad con lo señalado en el artículo 60 de la Ley 80 de 1993 y artículo 11 de la Ley 1150 de 2007.
VIGENCIA	La vigencia de la presente aceptación de oferta será igual al plazo de ejecución más 60 días calendario.

De acuerdo a lo anterior, el señor Ordenador del Gasto Mayor LEONARDO ESPINAL GRANADA, acepta recomendaciones realizada por el comité evaluador(técnico, jurídico y económico), la cual fue publicada el día 01/10/2020 a través de la plataforma SECOP II, aprobada por el Jefe de Contratos, Asesor Jurídico, Jefe Administrativo y Financiero (E) , por lo cual se decide adjudicar el proceso **PN UPRES DEANT MIC 213-2020** cuyo objeto es **"Prestación de servicios de urodinamias, uroflujometrías, videourodinamias, consultas de urología y procedimientos relacionados de apoyo diagnóstico, para garantizar de manera oportuna las atenciones que requieran los usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia"** a la entidad **Urólogos y Ginecólogos de Colombia S.A.** identificado con el NIT **900131820-1**, representada legalmente por la señora CARMENZA LOPERA LEAL, identificada con cédula de ciudadanía No**.** 43.817.985 de Bello - Antioquia, en atención a que cumplió técnica, jurídica y económicamente, de conformidad con los términos establecidos en la invitación que rigió el proceso y la oferta presentada.

Atentamente;

Mayor LEONARDO ESPINAL GRANADA
Jefe Unidad Prestadora De Salud Antioquia

	DEPENDENCIA	**NOMBRE DEL FUNCIONARIO ASESOR**	**FIRMA**
ELABORADO POR	PRECONTRATOS	Subintendente BRYAN MANUEL TOSCANO LOPEZ	
REVISADO POR	RESPONSABLE GRUPO CONTRATOS	Intendente CESAR ANDRES MARTINEZ RAMIREZ	
REVISADO PARA FIRMA POR	ASESOR JURÍDICO	Abogado RUBÉN DARÍO HINCAPIÉ ARROYAVE	
FECHA DE ELABORACIÓN	06/10/2020		
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma del señor JEFE DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA			

ANEXO No. 1

OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:

En general, son obligaciones del **CONTRATISTA:**

1.) Cumplir con el objeto contractual.
2.) Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.
3.) Cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales (Cajas de Compensación Familiar, Sena e ICBF), por cuanto el cumplimiento de ésta obligación es requisito indispensable para la realización de cualquier pago.
4.) Constituir en debida forma y aportar al Grupo de contratos de la **Unidad Prestadora de Salud Antioquia**, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única.
5.) Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá civil, penal y disciplinariamente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros.
6.) No acceder a peticiones o amenazas, de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, el CONTRATISTA deberá Informar de tal evento a la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias.
7.) Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato.
8.) Deberá dar cumplimiento a la normatividad que sobre gestión ambiental se encuentre vigente y en especial a las disposiciones referentes al manejo de los residuos peligrosos que sean generados como consecuencia de la ejecución del contrato, cuando haya lugar.
9.) Prestar los servicios objeto del contrato 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, sin discriminación frente a otro tipo de usuarios que atienda.
10.) Atender a los usuarios con la mayor diligencia y cuidado, utilizando el equipo humano y técnico idóneo para cada uno de los servicios contratados, sin perjuicio del cumplimiento estricto de todas las normas que le impongan las disposiciones legales y éticas o de carácter sanitario vigentes en la actualidad o que se expidan en el futuro, así como los deberes que impone la sana práctica profesional, el orden público, lo moral y las buenas costumbres.
11.) La atención de los eventos adversos generados durante la atención 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 usuario. ”, correrán por cuenta del prestador.
12.) Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por la ley y las autoridades administrativas o sanitarias.
13.) Una vez agotado el contrato, el CONTRATISTA se compromete con el contratante a no continuar prestando los servicios objeto del contrato, salvo que se trate de un caso de urgencia debidamente justificado, de acuerdo con la normatividad vigente. Los servicios prestados por fuera del contrato que no cumplan con las anteriores condiciones, no serán pagados por el contratante
14.) Deben contar con los certificados de habilitación de los servicios a prestar, soportado por registro único de habilitación para cada uno de los servicios a contratar en su IPS sede principal y cada una de las IPS sedes alternas puestas a disposición de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
15.) En la atención de usuarios remitidos, deberá utilizarse las guías de manejo acordadas.
16.) Para la prestación del servicio, el CONTRATISTA deberá cumplir con el siguiente procedimiento: Demostración de derechos y autorización:

a. Para acceder al servicio directamente con el contratista el usuario debe presentar la orden de autorización en el formato establecido por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional; la autorización de los servicios de salud se realizará mediante tramite interno, la cual será validad por correo electrónico. El trámite interno se realizará con coordinación de la central de referencia de la Unidad Prestadora De Servicios De Salud Antioquia. Una vez prestado el servicio, la orden de autorización debe quedar firmada por el paciente o acudientes debe presentar el carné que acredite los derechos de Sanidad de la Policía Nacional. En caso tal que los usuarios no tengan aún su carné, pueden presentar constancia VIGENTE de que se

encuentra en trámite, expedida por la Oficina de Talento Humano del Comando del Departamento de Policía, Comando de la Metropolitana, Caja de Sueldos de Retiro (CASUR) o Caja General de Pensionados de la Policía (CAGEN).

b. Acompañando al carné que autoriza los servicios de sanidad, debe presentarse documento de identificación en original según el caso (Registro civil de nacimiento para menores de 7 años, tarjeta de identidad para usuarios entre 7 y 17 años, cédula de ciudadanía para usuarios mayores de edad).

c. Usuarios que no cumplan estos requisitos, no deben ser atendidos, salvo los casos expresamente autorizados de acuerdo a la normatividad legal vigente (Atención de urgencias vitales y atención inicial de urgencias).

d. Todo procedimiento adicional que no haga parte del procedimiento o servicio inicialmente autorizado, y que el proveedor estime conveniente en un momento dado para atender al usuario, así se encuentre entre el listado contractual y tarifado, requerirá el aval por parte de la oficina de referencia y contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia la única dirección electrónica válida para este proceso es deant.rases-rco@policia.gov.co, o mediante la web: www.disan.policia.gov.co, sin que se convierta en un obstáculo para la atención, cuando se encuentra en riesgo inminente la vida del usuario.

e. Todo servicio electivo, fuera del plan de beneficios del SSPN, debe ser tramitado para estudio de aprobación ante el Comité Técnico Científico (CTC del nivel central DISAN), para lo cual el especialista tratante debe diligenciar completamente el formato de justificación diseñado para tal fin por parte del SSPN (se adjunta al presente contrato como formato 2) y remitirlo a la central de autorización de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia, para que ésta adelante el trámite ante el CTC del nivel central. No se admiten formatos institucionales del CONTRATISTA. Solo cuando requieran su administración urgente por la condición clínica del usuario, orden judicial o tutela, se da cumplimiento a la prestación o suministro con la inmediatez requerida y éstos serán reportados posteriormente.

f. Referencia: Para todos los demás servicios ambulatorios (primera vez o control) u hospitalarios, se requerirá remisión en formato oficial SSPN y autorización expedida por la oficina d referencia y contrarreferencia de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia.

g. Los formatos de referencia y autorización impresos deberán estar debidamente diligenciados, firmados y sellados. Los formatos de autorización generados por medios electrónicos pueden digitalizar firmas (facsímil) y sellos, sometiéndose a lo establecido en la Ley 527 de 1999 y normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

h. Contra-referencia: Luego de la atención del paciente, siempre deberá remitirse a la USP el formato de contra-referencia informando el estado de salud del usuario, su evolución clínica y recomendaciones de tratamiento. Las citas de control con especialista requerirán siempre la contra-referencia para ser autorizadas.

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

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

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

19.) Toda oferta económica que se presente por parte del contratista deberá ser liquidada en pesos con sus respectivos códigos CUPS.

20.) El contratista deberá facturar el paquete en su totalidad si fue cumplido de acuerdo a la oferta de las inclusiones del paquete ofertado, de lo contrario deberá facturar solo por evento lo realizado para cada caso.

21.) El contratista deberá contraremitir a la red Propia cuando el menor cumpla con el peso adecuado para el seguimiento y control en los diferentes programas de Crecimiento y desarrollo perteneciente a la Seccional de Sanidad Antioquia

22.) El contratista deberá facturar el paquete en su totalidad si fue cumplido de acuerdo a la oferta de las inclusiones del paquete ofertado, de lo contrario deberá facturar solo por evento lo realizado para cada caso.

23.) INFORMACIÓN QUE EL CONTRATISTA DEBE SUMINISTRAR A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA DE LA POLICÍA NACIONAL DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

a. Notificar al supervisor del contrato en forma oportuna, respecto de los inconvenientes que se puedan presentar en desarrollo de la ejecución del respectivo contrato.
b. Reportar la ejecución del contrato al Supervisor del Contrato; en los formatos semanal y mensual al correo deant.rases-rco@policia.gov.co,, de acuerdo con los siguientes formatos:

FORMATO SEMANAL

MINISTERIO DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA

FECHA: _____

ENTIDAD: _____

CONTRATO Nro.: FECHA INICIO: FECHA TERMINA:

VALOR INICIAL: _____
ADICION Nro. 1 : _____
ADICION Nro. 2 _____
TOTAL : _____

DIAS SEMANA	FECHA	VALOR EJECUTADO	Nro. USUARIOS	Nro. PROCEDIMIENTOS	VALOR TOTAL
LUNES					
MARTES					
MIERCOLES					
JUEVES					
VIERNES					
SABADO					
DOMINGO					

FORMATO MENSUAL

MINISTERIO DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ANTIOQUIA

FECHA: _____

ENTIDAD: _____

CONTRATO Nro.: FECHA INICIO: FECHA TERMINA:

VALOR INICIAL: _____
ADICION Nro. 1 : _____
ADICION Nro. 2 _____
TOTAL : _____

DIAS SEMANA	FECHA	VALOR EJECUTADO	Nro. USUARIOS	Nro. PROCEDIMIENTOS	VALOR TOTAL
MES 1					
MES 2					
MES 3					
MES 4					
MES 5					
MES 6					
MES 7					

c. Debe reportar al supervisor del contrato y a la oficina de calidad de la Seccional de Sanidad Antioquia, y el programa de Promocion y la prevención los nombres, identificación, estado del usuario semanalmente con el fin de evidenciar la ganancia del peso durante el tratamiento deant.rases-rco@policia.gov.co, y deant.espri-jef@policia.gov.co,
d. Atender oportuna y eficazmente las solicitudes que le formule la Jefatura de la Unidad Prestadora de Sanidad Antioquia.

26.) El contratista deberá coordinar las fechas de entrega de facturación con el Supervisor del contrato, para efectos de expedición del Recibido A Satisfacción, ya que las facturas con sus respectivos RAS, deberán ser radicadas en la Ventanilla única de cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia un único día del mes, el cual será informado una vez se expida la carta de inicio.

27.) Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los cinco primeros días de cada mes, en la Oficina de Central de Cuentas de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia ubicada en el cuarto piso del Establecimiento de Sanidad Complementario, con el fin de garantizar el pago de dicha factura el mes siguiente de prestada, acompañada de la siguiente información:

- Recibido a satisfacción RAS expedido por el supervisor del contrato (Jefe de Referencia y Contrarreferencia)
- Fecha de prestación del servicio
- Relación de usuarios atendidos con número de documento de identificación y procedimientos realizados de acuerdo al objeto de los términos de referencia (Registros Individuales de Procedimientos en Salud - RIPS)
- Factura que cumpla con los requisitos legales vigentes
- Número del contrato contra el cual se facturan los servicios

28.) El contratista deberá reportar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad contractual (déficit de recurso humano o tecnológico) que dificulte la prestación de los servicios a la población de la Sanidad Policial, y documentando a la vez plan de contingencia o probables soluciones para la prestación del servicio.

29.) El contratista deberá garantizar que los especialistas ofertados en la propuesta y según su competencia e idoneidad, emitan y diligencien el concepto médico laboral en el formato establecido por el contratante y adjunto por el Usuario el día de la respectiva consulta.

Parágrafo: Dentro del concepto medico laboral proferido por el especialista competente NO se deberán realizar juicios correspondientes a la merma de la capacidad laboral, pues, ello es competencia de las autoridades medico laborales de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, la responsabilidad del Galeno que suscriba el respectivo concepto medico laboral deberá estar circunscrita a dejar por sentado lo siguiente:

- Diagnóstico
- Evolución
- Tratamiento realizado
- Secuelas de las lesiones o afecciones que presente el Usuario.

30.) El contratista deberá anexar el portafolio de servicios (incluir valor en pesos y manual tarifario cotizado) y garantizar la prestación de los servicios a las tarifas que sean presentadas en la propuesta
31.) Si el contratista dentro de su portafolio de servicios presenta servicios no relacionados en el ***Anexo OFERTA ECONÓMICA***, deberá ofertarlos en un documento aparte ***Anexo porta folio de servicios y/o tarifas propias*** clasificadas por sistema incluyendo valores y manual tarifario.
32.) Entregar formalmente al contratante el modelo de prestación de servicios definido por el posible prestador (IPS y/o ESE) junto con la propuesta.
33) El contratista se obliga a repostar dentro de los siguientes cinco días a su ocurrencia, eventos adversos e incidentes presentados en ejecución del contrato, con su respetivo análisis e implementación de un plan de mejora, al supervisor del contrato y ordenador del gasto, asumiendo los consto de atención en salud derivados del evento adverso, dicho reposte se consignará en formato 3SS-FR-0006 REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS **(ANEXO 11)**
34) El contratista deberá cumplir con la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" y la Resolución No. 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo".

FICHA TÉCNICA DE PRODUCTOS O SERVICIOS URODINAMIAS

-Deben contar con la habilitación de los servicios a prestar, soportado por registro único de habilitación para cada uno de los servicios a contratar en su IPS, sede principal y cada una de las IPS sedes alternas, puestas a disposición de los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional; y mantenerlos vigentes.

-Disponer de un sistema de información histórica que registre de forma individual las actividades desarrolladas, utilizando la codificación establecida en los Códigos CUPS, para aquellos que están identificados en los mismos, así como las especificaciones técnicas requeridos en los Registros Individuales de Procedimientos en Salud (RIPS) y la normatividad que la adicione, sustituya o modifique.

-Designar un coordinador médico quien cumplirá las funciones de interlocutor entre el contratista y el supervisor del contrato, que en concordancia con el Jefe del Grupo de Prestación de Servicios Asistenciales del Establecimiento de Sanidad Complementario y la oficina de Garantía de la Calidad, den solución a los inconvenientes que se les presente a los pacientes.

-Presentar protocolos para la realización de los estudios ofertados.

-El contratista deberá adecuar las instalaciones para la prestación del servicio, de acuerdo a las normas vigentes de habilitación, según el resolución 1441 de 2013 y sus normas reglamentarias.
El contratista debe realizar el control de calidad de las mediciones ambientales de los rayos ionizantes de los equipos y cursos de protección radiológica con su respectiva certificación, según la resolución 9031 de 1990.

-Garantizar la prestación de servicios, procedimientos y actividades de urodinamias, uroflujometrías, videourodinamias, consultas de urología y procedimientos relacionados de apoyo diagnóstico para los servicios de salud hospitalarios, procedimientos diagnósticos y terapéuticos de mediana y alta complejidad, para el paciente pediátrico y adulto, en servicios de consulta ambulatoria, hospitalización, así como el suministro de medicamentos para los procedimientos que lo requieran, insumos y elementos que sean necesarios para garantizar de manera oportuna las atenciones que requieran los usuarios del subsistema de salud de la policía nacional de la Unidad Prestadora de Salud Antioquia.

Garantiza el servicio oportuno para los pacientes que por su condición clínica, comorbilidades o por la técnica del procedimiento así lo requiere.
Oportunidad: El contratista debe estar en condiciones de prestar los servicios con la oportunidad mínima a continuación detallada: consulta externa y apoyo diagnostico hasta 20 días calendario, otros procedimientos y cirugías hasta 15 días y urgencias en las primeras 24 horas y en todos los casos igual o menor a la oferta presentada, oportunidad estipulada en las Resoluciones, 1446 de

mayo 8 de 2006 y Resolución 1552 de mayo 14 de 2013 MINPROTECCION y circular única título II de SUPERSALUD http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=wCkTy84Cv8I=&tabid=103

-Garantiza disponibilidad de atención de todos los servicios de acuerdo a la oferta y horarios de atención presentados.

-Garantiza la realización de consultas, procedimientos, estudios diagnósticos y terapéuticos relacionados con para la atención de los pacientes de cualquier edad, (entre ellos al pediátrico y adulto mayor) tanto en el ámbito ambulatorio y hospitalario, en el lugar ofertado, si la condición clínica del paciente permite su traslado.

-El contratista deberá tener como mínimo el recurso humano que garantice la prestación de los servicios objeto del contrato; debiendo demostrar la experiencia de dos años como mínimo de los profesionales asignados por el contratista

-El contratista se compromete a suministrar todos los insumos administrativos, médicos quirúrgicos y dispensar los medicamentos requeridos para la realización de todos los estudios ofertados.

-El contratista debe garantizar el mantenimiento de los precios (incluye medicamentos e insumos) durante la vigencia del contrato.